

PROSPETTIVE ADLERIANE IN PSICOSESSUOLOGIA

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

RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno 7 - N. 10 - Luglio 1979

RIVISTA

DI

PSICOLOGIA
INDIVIDUALE

Anno 7

N. 10

Luglio 1979

DIREZIONE

Piazza Irnerio 2
20146 Milano

**REDAZIONE E
AMMINISTRAZIONE**

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Prof. Francesco Parenti

REDATTORE CAPO

Dott. Pier Luigi Pagani

Tipografia Saronne
Via Washington, 13
20146 Milano

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



INDICE

<i>Congresso SIPI</i>	pag. 5	F. BOGETTO	
G.G. ROVERA		<i>«L'efficienza sessuale quale artificio di compenso»</i>	pag. 85
<i>«Tecniche di approccio corporeo e complesso di inferiorità»</i>	pag. 9		
F. FIORENZOLA		G. NOFERI	
<i>«La sessualità nell'anziano»</i>	pag. 17	<i>«Valore simbolico della tematica sessuale nelle nevrosi ossessive»</i>	pag. 88
F. CASTELLO			
<i>«Impotenza, timore della omosessualità, frigidità ed altri elementi di disarmonia della sfera sessuale, quali componenti dello stile di vita nevrotico».</i>	pag. 20	G. ANGELINI	
M. FULCHERI		<i>«Insufficienza orgasmica femminile da disinvestimento affettivo»</i>	pag. 93
<i>«Analisi dei fattori socio-culturali che stanno incrementando le fobie di omosessualità»</i>	pag. 32		
R. ACCOMAZZO PESCARMONA		L. GRANDI	
<i>«Osservazioni e ipotesi interpretative in tema di frigidità adolescenziale»</i>	pag. 36	<i>«Linee direttive di educazione sessuale nella scuola media inferiore»</i>	pag. 100
A. MASCETTI			
<i>«Attualità della prospettiva psicosociale nella visione adleriana della sessualità»</i>	pag. 44	F. DI SUMMA	
G. PICELLO		<i>«Il comportamento in un gruppo di lavoro con presenza di personale di ambo i sessi»</i>	pag. 107
<i>«Il problema della comunicazione logica e analogica in psicosessuologia»</i>	pag. 50		
A. ANGLESIO - R. BOSCOLO		A. FERRERO - M. ORBECCHI	
<i>«La modificazione del ruolo sociale della donna nella genesi delle problematiche psicosessuologiche»</i>	pag. 58	<i>«Note su alcuni aspetti della sessualità in pazienti borderline»</i>	pag. 112
G. MORASSO			
<i>«Ninfomania e cleptomania: aspetti concomitanti in due pazienti di sesso femminile»</i>	pag. 65	P. LUPARIA	
U. FORNARI		<i>«L'espressione sessuale intesa come compito vitale dell'uomo in Adler»</i>	pag. 118
<i>«Sessualità e criminalità: punti interpretativi e operativi»</i>	pag. 72		
M.C. DE GIULI		S. FASSINO - F. MAIULLARI	
<i>«L'impotenza come finzione rafforzata nell'ambito di uno stile di vita nevrotico»</i>	pag. 81	<i>«Interpretazione adleriana di un caso di omosessualità maschile con voyeurismo»</i>	pag. 122
		J.M. TEFNIN	
		<i>«La psicosessuologia in ambiente minorile istituzionalizzato»</i>	pag. 133
		A.S. OMODEO	
		<i>«Il superamento delle diffidenze degli utenti verso i consultori: interventi clinici e promozionali»</i>	pag. 139
		P. DAGLIO	
		<i>«L'incidenza psico-sociale nel comportamento sessuale e prospettive di revisione di alcuni concetti psicopatologici»</i>	pag. 143
		<i>«Rassegna bibliografica»</i>	pag. 156

IL PRIMO CONGRESSO NAZIONALE DELLA S.I.P.I.

Nei giorni 11 e 12 novembre 1978 si è tenuto a Bergamo, presso l'Hotel Excelsior San Marco, il 1° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale. La manifestazione ha ottenuto un pieno successo per l'alta affluenza degli iscritti, per il livello scientifico delle comunicazioni e per le vaste risonanze sulla stampa d'informazione e specializzata.

La presidenza generale dei lavori è stata affidata al Prof. Francesco Parenti e al Prof. Gian Giacomo Rovera, la segreteria generale al Dott. Pier Luigi Pagani. Hanno collaborato a presiedere le varie sezioni i consiglieri Dott. Francesco Castello e Dott. Pier Luigi Pagani. Hanno contribuito ai compiti di segreteria il Prof. Alessandro Castelli, il Dott. Mauro Cosmai, la Dott.ssa Maria Cristina De Giuli e il Dott. Giacomo Mezzena. Sono stati graditi ospiti il Dott. Victor Louis, direttore dell'Istituto Alfred Adler di Zurigo, e Mr. Paul Rom, direttore del bollettino internazionale adleriano ed esponente della società inglese di psicologia individuale.

La prima giornata è stata dedicata alle comunicazioni sul tema: "Prospettive adleriane in psicosessuologia", la seconda alle comunicazioni sull'argomento: "La psicoterapia del bambino e dell'adolescente". Per superare i problemi relativi all'alto numero di comunicazioni, è stata adottata una nuova formula. Gli interventi sono stati articolati in quattro sezioni contemporanee ed ivi discussi. Al termine di ogni giornata, in sessione comune, i presidenti di sezione hanno riassunto i lavori da loro coordinati, aprendo una discussione generale.

Nella giornata conclusiva è intervenuta una équipe della Radiotelevisione Italiana (TG2), che ha ripreso i lavori e raccolto interviste, realizzando poi un esauriente servizio.

Riteniamo che il Congresso abbia contribuito a ribadire la vitalità, la diffusione e l'attualità della nostra scuola, quanto mai congeniale alle tematiche individuali e collettive del nostro tempo.



1º Congresso Nazionale S.I.P.I.: una delle quattro sezioni di lavoro.



1º Congresso Nazionale S.I.P.I.: attività della segreteria.



1º Congresso Nazionale S.I.P.I.: l'ospite inglese Mr. Paul Rom parla dal tavolo della presidenza.



1º Congresso Nazionale S.I.P.I.: un settore dell'aula principale.

COMUNICAZIONE D'APERTURA

GIAN GIACOMO ROVERA *

TECNICHE DI APPROCCIO CORPOREO E COMPLESSO DI INFERIORITÀ

A

Nell'ambito dell'attuale discorso psicosessuologico sul significato del corpo, appaiono prevalere quelle tendenze che ad esso conferiscono una notevole importanza. Pochi sessuologi sono disposti oggi a confondere il sessuale corporale col sessuale localizzato all'apparato della riproduzione; così come pochi psicopatologi si sentirebbero di sostenere che i comportamenti sessuali siano riferibili ad un istinto, nel senso rigoroso del termine.

Il corpo, qualora non sia inteso come mero "oggetto", media infatti una esperienza che dà senso alle consegne percettive, motorie, verbali, eccetera, specie quando si rapporta ad un altro corpo durante un incontro come quello sessuale. Le abitudini acquisite accrescono ed arricchiscono la potenzialità del nostro vissuto corporeo, in un sistema che è aperto e correlato al mondo. Il corpo come corporeità è integrato nella situazione umana ed è una dimensione della stessa, al punto che si potrebbe dire che ogni attività ha un suo aspetto corporeo, il quale in particolari momenti si specifica in modo determinato e prevalente.

Non si tratta di giungere ad una spiegazione totale dell'esistenza, passando attraverso il corpo, ma di comprendere come la nostra corporeità possa incontrarsi con quella di un'altra persona, aprendosi al suo mondo. Vi è quindi una "donazione di senso" più vasta, intrinsecamente ed interamente umana.

Sotto tale ottica antropologica, gli approcci corporei sarebbero da ritenersi un'esperienza resa possibile della struttura biologica, in rapporto (unitario ed integrato) a quella psichica. È così possibile situare un certo tipo di intelligenza psicomotoria radicata nell'organismo, sulla

*Cattedra di Igiene Mentale dell'Università di Torino

cui base, mediante una lunga interazione coll'ambiente e con la cultura, si giunge a gesti ed a condotte significanti (Lowen).

In questo senso l'uomo è un "sistema aperto", teleonomicamente orientato (che presuppone perciò un programma genetico che guida ed inscrive l'apprendimento), il quale si volge verso certi scopi, (cioè verso una anticipazione simbolica di se stesso). Dal sé corporeo l'individuo passa all'identità del proprio sé ed in seguito all'immagine di sé (riferita alla propria valutazione in rapporto agli altri); infine egli organizza l'immagine che si è fatto del mondo, anche attraverso un'elaborazione dell'"Altro generalizzato" che collauda o limita le sue spinte realizzative (Rovera).

Se questo è il modello che criticamente ed operativamente viene posto, l'approccio corporeo non può che rapportarsi al problema della corporeità del singolo individuo e perciò al suo stile di vita.

La storia corporea del soggetto e lo stile irripetibile del suo agire significativo ci offrono (ad una lettura dinamica profonda) una chiave esplicativa, non solo dei motivi eventuali che lo conducono al permanere di una conflittualità, ma anche alla metà (talora fittizia) che egli intende perseguire.

B

Qualora ci si voglia riferire alle tecniche di approccio corporeo in rapporto al complesso di inferiorità, le problematiche debbono peraltro essere ulteriormente specificate.

Il quesito che ci si pone è se possa esistere una correlazione e quale essa sia, tra "tecniche di approccio corporeo" e "sentimento e/o complesso di inferiorità".

Per rispondere sono necessari una configurazione concettuale ed un approccio clinico a questi temi, che non devono essere intesi come modelli esclusivi e totalizzanti, ma come una proposta per ulteriori approfondimenti in campo psicosessuologico.

a) Innanzitutto è opportuno ricordare che nel loro uso corrente le tecniche di approccio corporeo non sempre si riferiscono alle concezioni comportamentistiche, e solo molto raramente a quelle psicodinamiche.

Com'è noto il comportamentismo è una psicologia della condotta e dell'apprendimento che pretende di utilizzare il metodo di una rigorosa sperimentazione, escludendo l'analisi introspettiva degli stati di coscienza e rifacendosi unicamente a quel tipo di registrazione dei fenomeni sui quali tutti gli osservatori possono trovarsi d'accordo. Molto

sommariamente il comportamentismo può essere considerato come un insieme di "riflessi" comuni gli uni agli altri, secondo un modello a tipo stimolo-risposta-rinforzo.

Circa i vari tipi di approccio corporeo un elenco schematico ci indica con immediatezza quali possono essere le differenti proposte e le varie applicazioni cliniche.

Si distinguono infatti:

I) I trattamenti sulla motricità: tra questi le molteplici tecniche educative e rieducative dell'età evolutiva.

II) La fisioterapia in senso stretto, quale si utilizza in medicina generale, in ortopedia, in gerontologia, in neurologia.

III) Gli approcci corporei indiretti:

1) Lo psicodramma di Moreno (nelle variazioni psicoanalitiche, lacaniane e adleriane).

2) La danzaterapia (anche con meditazione a tipo Kundalini).

3) Le tecniche di rilassamento (yoga, training autogeno, ipnosi, sottotecniche per la psicoprofilassi ostetrica, rilassamento progressivo secondo Jacobson, eccetera).

IV) L'approccio corporeo diretto a finalità psicosessuologiche:

1) La vegetoterapia e la bioenergia di W. Reich.

2) Le tecniche elaborate da Masters e Johnson, dalla Kaplan, eccetera.

3) L'utilizzazione di approcci ludico-aggressivi (con eventuale sganciamento del registro fantasmatico). Gioco della torre, del ping pong, della culla, della lotta, del "massacro", ecc. (microtecniche utilizzate abitualmente da Abraham e Pasini).

4) Il bombardamento sensoriale audiovisivo.

5) Le tecniche di massaggio californiano (euforizzanti).

6) Gli interventi integrati secondo la scuola di Minneapolis (Mason) (specie in riferimento ai problemi sessuologici degli handicappati, dei paraplegici, degli anziani, eccetera).

b) Che significato assumono questi molteplici tipi di approccio corporeo per la Psicologia Individuale? I problemi del corpo e della sessualità sono fondamentali già nei primi lavori di Adler e ricorrono poi in tutta la sua opera e nella serie degli studi adleriani al proposito.

Quello che qui ci preme sottolineare è che il “complesso di inferiorità”, pilastro della Psicologia Individuale, entra nel vivo delle problematiche non solo del corpo (e ciò risale allo studio di Adler del 1908 sull’inferiorità d’organo), ma anche delle tecniche più recenti di intervento sessuologico.

È noto che da un sentimento di inadeguatezza e di disagio, che nasce da una reale o fittizia condizione di inferiorità (e che è una posizione comune nell’infanzia), si può giungere ad un complesso di inferiorità, quando l’individuo (con modalità più intense e scompensate), esprime la sua incapacità nel risolvere in maniera “adattiva” i compiti che gli si pongono (Parenti, Rovera, Pagani, Castello). Tale situazione, generatrice di ansia, porta il soggetto ad un superamento inautentico del complesso di inferiorità, attraverso vari tipi di compensazione negativa, che non giungono a risolvere le problematiche di fondo. Molti casi nell’ambito delle cosiddette insufficienze quantitative delle condotte sessuali (anorgasmia, eiaculazione precoce, vaginismo), manifestano uno stile di vita pervaso dal timore di essere inadeguati nei rapporti con l’altro sesso: rivelano cioè un complesso di inferiorità.

C

Giacché le tecniche di approccio corporeo (del III e specie del IV gruppo) sono specificatamente utilizzate nelle terapie delle insufficienze sessuali, ne deriva che spesso esiste una stretta correlazione tra le suddette tecniche ed un complesso di inferiorità.

Al riguardo appaiono opportune alcune precisazioni ed esemplificazioni.

a) Nella Psicologia dell’Educazione, Adler dice testualmente: “La cosa importante, che bisogna tenere sempre presente, è che una singola manifestazione comportamentale non ha nessun significato se viene isolata dal contesto della personalità globalmente considerata e che saremo in grado di comprenderla solo studiandola col resto dell’essere umano”. Ciò comporta, nell’ambito di una psicoterapia di tipo adleriano, che, qualora si voglia affrontare direttamente un sintomo (nella fattispecie sessuologica), la prevalente strategia trasformativa, a cui si rifanno le tecniche di approccio corporeo, debba essere riferita anche ad una strategia esplorativa e prospettica (Rovera, Fassino, Angelini).

b) È inoltre necessario avere presenti gli stadi dell'analisi psicologica individuale, vale a dire:

- 1) La comprensione del paziente e dei suoi problemi;
- 2) La presa di coscienza da parte del soggetto del significato del complesso di inferiorità e del carattere fittizio sia della metà, che dello stile di vita personali;
- 3) per ultimo l'adesione a quella nuova linea diretrice che l'individuo scopre con la psicoterapia.

Queste tre tappe possono venire scandite, mediante le tecniche di approccio corporeo, più come momenti psicologici che come tempi cronologici. Si schematizzano tre situazioni tipo per ricordare sia la notevole flessibilità di questo tipo di interventi, sia la rilevanza del complesso di inferiorità.

I^a SITUAZIONE

Dopo una preliminare fase diagnostica si può proporre, come intervento iniziale, un approccio corporeo diretto, con le sottotecniche ritenute più aderenti ai problemi del soggetto e della coppia (mezzi audiovisivi, approccio ludico, di focalizzazione sensoriale, di massaggio). Una tecnica di approccio diretto può agire quale detonatore sessuologico e anche come rivelatore di un sottostante complesso di inferiorità; questo verrà elaborato solo successivamente.

Esempio 1: Donna di anni 32 con anorgasmia primaria e marcata struttura fobico-ossessiva. Complesso di inferiorità, specie riferito alla condizione socio-culturale d'origine. Protesta virile con spiccata volontà di potenza e ipercompensazione riuscita negli studi e nel lavoro.

Sposata da quattro anni. Dopo tre colloqui diagnostici (uno singolo e due di coppia), si decide per un intervento di psicoterapia breve (dieci sedute di cui due a livello coniugale). Successivo trattamento della coppia con tecniche di approccio corporeo, secondo il metodo Kaplan. Aumento del piacere sessuale e discreta regressione della sintomatologia psichica.

II^a SITUAZIONE

Dopo una elaborazione analitica dello scopo fittizio che si radica nel complesso di inferiorità (otto - dodici sedute singole e di coppia) in soggetti con evidente problematica psicosessuologica, le tecniche di approccio corporeo possono essere utilizzate per "agire" direttamente in modo trasformativo, sull'insufficienza della condotta sessuale.

Esempio 2: Uomo di anni 31, sposato da cinque anni; da allora eiaculazione precoce. Tre colloqui diagnostici e terapia, presso un'équipe sessuologica, con sottotecniche specifiche: ludiche (gioco della torre e del ping-pong) di "compressione", eccetera. Dopo quindici giorni, netto miglioramento del controllo eiaculatorio, ma contemporanea insorgenza di una sintomatologia depressiva.

Si effettuano dodici colloqui analitici a frequenza settimanale, che pongono in luce un evidente complesso di inferiorità (intellettuale), compensato negativamente da un'aspirazione ad una superiorità sessuale (frustrata). Smascheramento della metà fittizia con buon recupero sia psicologico che sessuale. Emerge una conflittualità a livello di coppia.

III^a SITUAZIONE

Elaborazione analitica (del complesso di inferiorità) e tecniche di approccio corporeo vengono proposte in parallelo ed utilizzate in modo integrato, con un costante "rinvio" da una strategia all'altra. I vari operatori intervengono preferenzialmente in équipe a livello di interdisciplinarietà.

Esempio 3: Donna di 37 anni, sposata con due figli. Struttura fobica con complesso di inferiorità fisica accentuatosi gravemente dopo mastectomia destra. Da allora anorgasmia secondaria.

Si programma un tipo di intervento integrato: colloqui psicoterapeutici di coppia con tecniche di approccio corporeo, specie a livello di focalizzazione sensoriale I^o - legame di piacere (secondo Masters e Johnson e secondo Kaplan). Elaborazione delle reazioni negative sul fantasma della mutilazione del seno e sul precedente complesso di inferiorità. Risoluzione dell'anorgasmia dopo due mesi con netto miglioramento della sintomatologia depressiva.

COMMENTO

Le tre situazioni ed i tre esempi tratteggiano il ruolo dell'approccio psicodinamico nelle terapie sessuali, specie in rapporto alle resistenze. Il complesso di inferiorità può rappresentare il polo di focalizzazione di una psicoterapia di tipo adleriano.

D

Per concludere si sottolineano alcune notazioni in merito al tipo degli interventi proposti. Considerate le ipotesi metodologiche e le tecniche riferite, anche alla luce di esperienze personali, sembra che le

caratteristiche salienti di questi procedimenti possano essere sintetizzate in alcuni punti principali:

a) Vi è una certa brevità in rapporto alle cure analitiche classiche: non più di una ventina di sedute oltre le specifiche applicazioni delle tecniche di approccio corporeo. La spaziatura ed il ritmo devono anche adeguarsi all'evoluzione del quadro clinico.

b) La frequente limitazione dello scopo perseguito spesso non porta ad una revisione in profondità dello stile di vita. Specifica è tuttavia la focalizzazione sul sintomo sessuologico e sulle mète fittizie inerenti al complesso di inferiorità.

c) La scelta dei pazienti da proporre per un intervento di questo tipo tiene presente che rispondono meglio ai trattamenti i soggetti con buona capacità di compenso e le coppie ben motivate affettivamente.

Meno importante per una buona risoluzione sembra avere il periodo di insorgenza della sintomatologia sessuale.

d) La strategia del trattamento implica da parte degli operatori (che talora non appartengono alla stessa équipe) una maggior qualità di presenza, una precisa "identificazione culturale" (Rovera), una flessibilità, intesa come utilizzazione di modi diversi ed interdipendenti di operare nell'ambito di un determinato sfondo di referenze e di comunicazione. Vi è infatti l'opportunità di ricorso a tecniche multiple, ad interventi diretti e ad atteggiamenti non sempre in precedenza codificati: il tutto peraltro da inscriversi nella linea di un intervento strutturato di tipo analitico.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM G., PASINI W. - Introduzione alla sessuologia medica - (1974) Feltrinelli, Milano 1975.
- ADLER A. - La compensation psychique (1908) Payot, Parigi, 1956.
- ADLER A. - Il temperamento nervoso (1912) Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A. - Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo (1927) Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A. - Psicologia dell'educazione (1930) Newton Compton, Roma, 1973.
- ADLER A. - Le sens de la vie (1933) Payot, Paris, 1975.
- LOWEN A. - Il linguaggio del corpo (1958) Feltrinelli, Milano, 1978.
- MASON M. - The role of the female co-therapist in the male sex offenders group. Third Int. Congr. of Medical Sex. Abstracts, Rome, 224, 1978.
- MASTERS W. e JOHNSON V. E. - L'atto sessuale nell'uomo e nella donna (1966) Feltrinelli, Milano, 1972.
- MASTERS W. e JOHNSON V. E. - Il legame del piacere (1974) Feltrinelli, Milano, 1975.
- KAPLAN S. H. - Nuove terapie sessuali (1974) Bompiani, Milano, 1976.
- PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P. L. e CASTELLO F. - Dizionario ragionato di psicologia individuale - Cortina, Milano, 1975.
- ROVERA G. G. - Mania e rapporto intersoggettivo - Ann. Freniat e Scienze Affini, 88, I-19, 1970.
- ROVERA G. G. - Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana - Rel. Congr. Ital. di Psicoterapia, Venezia, 1974, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976.
- ROVERA G. G. - Fenomenologia del corpo e stile di vita nelle malattie psicosomatiche. Atti Congr. Med. Psicosom., Pozzi, Roma, 1975.
- ROVERA G. G. - Tactique de relation et sémantique existentielle: propos de psychot-thérapie d'Adler. Xe Congr. Int. de Psychot., Paris, 1976.
- ROVERA G. G. - La individual psicologia: un modello aperto. Rel. Congr. Int. di Psicologia Individ. Monaco, 1976 Riv. Psic. Ind. (5-6), 1977.
- ROVERA G. G. - La psicoterapia quale situazione di crisi - da "la psicoterapia nelle situazioni di crisi" Il Pensiero Scientifico, Roma, 1977.
- ROVERA G. G., CIONINI CIARDI E. e ACCOMAZZO R. - Modelli psicosessuologici in igiene mentale - Minerva Medica, Torino, 1975.
- ROVERA G. G., FASSINO S. e ANGELINI G. - Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia - Minerva Medica, 18.4. 1977 (167-174).

FRANCESCO FIORENZOLA

LA SESSUALITÀ NELL'ANZIANO

Vorrei presentare qui alcune sintetiche osservazioni psico-sociologiche e cliniche su vissuti relativi ai temi della sessualità in un gruppo di soggetti ultra-sessantenni di entrambi i sessi.

L'attenzione alle variazioni ambientali, che ispira ogni adleriano, mi ha impegnato a rapportare analiticamente la fenomenologia esposta alle particolari caratteristiche di costume della società attuale. Ho inquadrato le mie notazioni separatamente per il sesso maschile e per quello femminile, poiché ancora nell'ambiente sociale odierno esistono condizionamenti assai differenti sui due sessi, che si protraggono anche durante l'età anziana.

La decadenza senile è vissuta dall'uomo come fattore inferiorizzante per molteplici ragioni (quali la perdita di ruolo socio-lavorativo, il decadimento estetico, la minore efficienza intellettuale e mnemonica, la diminuita funzionalità muscolare, ecc.), ma soprattutto, e specie a certi livelli di cultura, per il deterioramento dei valori umani, anatomico-funzionali e psicologici, riguardanti la sessualità. La potenza virile poggia largamente il suo prestigio sull'esibizione orgogliosa dei successi in campo amoroso e quindi il loro declino induce frustrazioni di varia gravità.

L'entità della sensazione di handicap è influenzata da una vasta serie di elementi, in parte individuali e in parte collettivi, che cercherò di riassumere in alcuni punti chiave:

- 1) L'importanza attribuita ai valori sessuali nella cultura, nell'eventuale sottocultura e nella più ristretta cerchia ambientale in cui il soggetto vive.
- 2) Il grado di persistenza della residua funzione sessuale sino alla sua totale scomparsa.
- 3) La situazione familiare, articolata nella sua affettività e nella sua possibile conflittualità interna.
- 4) La continuazione di una almeno parziale attività lavorativa gratificante (che frena quasi sempre il senso d'inferiorità) o invece la sua cessazione.

Quando si è strutturata una sofferenza psicologica centrata sul tema specifico, l'anziano tende, con diverso grado di vitalità, a elaborare compensazioni più o meno validamente sostitutive o per contro, nei casi più infelici, astensionistiche e passive sino all'autodistruzione. Adler afferma giustamente che ogni unità individuale, e quindi ogni sua dinamica psicologica, è diversa dalle altre e irripetibile. Ogni via di compenso ha dunque sue peculiarità imprevedibili. A scopo puramente esemplificativo e didattico, elencherò comunque alcuni fra gli artifici compensatori che ho avuto con maggior frequenza occasione di constatare:

- 1) La messa a punto di attività di ricambio bilancianti che si estendono dagli interessi intellettuali, politici, sportivi, al culto di hobbies tecnologici, artistici, artigianali, ecc.
- 2) L'assunzione di un atteggiamento moralistico o addirittura polemico, tendente a sminuire sul piano generale il ruolo dell'erotismo, specie giovanile, e perciò a trasformare la carenza di attività sessuale in una superiorità etica.
- 3) La ricerca di vie devianti di appagamento della sessualità, volte ad elaborare una perversione che non implichi una totale funzionalità. Citerò a questo proposito il voyeurismo, l'esibizionismo, la pedofilia.
- 4) Lo scaturire di amori senili che privilegiano, esponendola talvolta, l'affettività, sino a delineare soggettivamente un personaggio romantico, ansioso e comunque in qualche modo eroico.
- 5) La totale rinuncia ad ogni forma di appagamento che culmina in soluzioni depressive e talora nel suicidio, da intendersi anche come atto impotente di accusa verso l'inesorabilità biologica e verso la persistente vitalità giovanile.

Nella donna il complesso di inferiorità su base sessuale prende corpo d'abitudine più chiamando in causa implicazioni estetiche, che fondandosi sulla perdita di potenza in una funzione. Anche qui il terreno ambientale, nei suoi aspetti socio-culturali, gioca quasi sempre un ruolo determinante. In linea di massima, sino ad un determinato livello socio-economico, la donna anziana è indotta da una secolare tradizione ad accettare la rinuncia in campo sessuale. Giunta alla senilità, essa ha già superato in precedenza i problemi del calo estetico, assai più precoci e traumatizzanti nella fase climaterica.

In certe regioni si osservano sottoculture in cui l'anziana assume un vero e proprio "potere matriarcale" e diviene paradossalmente felice nell'esercitarlo. Cessano anzi per lei allora le vessazioni che derivavano,

nel suo periodo fecondo, dal dover essere oggetto di proprietà di un solo uomo. La nobilitazione nasce da presunzioni di saggezza connaturali all'età e da nuovi compiti direttivi, a loro volta spesso vessatori verso altri soggetti femminili più giovani (in genere le nuore).

In ambiente più evoluto tale situazione è ormai tramontata. A livello popolare e piccolo-borghese, alla donna spettano ruoli per la verità modesti nell'ambito della casa e si strutturano più di rado piccole dittature femminili polemicamente contestate e perciò fonte di sofferenza per la stessa dittatrice.

Anche qui la persistenza di attività lavorative extra-familiari (ad esempio la conduzione di negozi o esercizi artigianali o piccole aziende) vale come salvaguardia contro la depressione. A livello medio-borghese, la sessualità femminile trova ancora vie di espressione puramente simboliche nel culto di un'eleganza solo apparentemente smorzata nella sua clamorosità, ma ancora orgogliosa, ad esempio, nell'esibizionismo della distinzione. L'atto di "acquistare" oggetti di vestiario ha un chiaro valore sostitutivo e appagante per la volontà di potenza.

Vi sono infine microsettori dell'ambiente che assegnano alla donna anziana più ampie libertà anticonformiste e quindi persino quella, un tempo impensabile, di coltivare sino in fondo l'esercizio anche sessuale di una pseudo-giovanilità, sostenuta da trattamenti estetici. È frequente in questi casi la ricerca di un partner maschile giovane. Quest'ultimo fenomeno tende ad incrementarsi, a seguito della progressiva parificazione dei ruoli socio-sessuali. Il dongiovannismo senile, insomma, non è più solo appannaggio dell'uomo.

La via terribile della depressione e dell'autodistruzione si osserva naturalmente, infine, anche nella donna, con l'aggravante di una maggior frequenza della solitudine, dovuta sia alla longevità femminile, sia al frequente privilegio di età per i maschi nel matrimonio.

FRANCESCO CASTELLO

IMPOTENZA, TIMORE DELLA OMOSESSUALITÀ, FRIGIDITÀ
ED ALTRI ELEMENTI DI DISARMONIA DELLA SFERA
SESSUALE, QUALI COMPONENTI DELLO STILE DI VITA
NEVROTICO.

Ogni modalità nevrotica, produttrice ed espressione di sofferenza, si correla a situazioni specifiche, confluenti in momenti costanti, apparentemente immodificabili e frequentemente rilevabili in un gran numero di pazienti, cui solitamente attribuiamo il nome di sintomi.

L'applicazione del modello medico alle problematiche psichiche conduce a catalogare, in senso nosologico, quadri sindromici, alcuni dei quali finiscono a dignità di entità morbose a sé stanti. Da questo deriva la spinta allo studio della loro etiologia e patogenesi, al fine di scoprirne le cause, le modalità di instaurazione, l'eventuale terapia.

La logica corrente ci induce a considerare un sintomo come causato da un unico processo patologico e un insieme sintomatologico, che investe un settore funzionale, come una malattia avente una sua autonomia di origine, di esordio, di evoluzione e di sviluppo, e porta, identificando nell'insieme delle disfunzioni un disturbo alla normalità dell'esistenza, a tentare di combattere direttamente il "male", sulla base del paradigma: scomparsa del sintomo = guarigione.

Non intendo soffermarmi a discutere la validità di questa impostazione metodologica, dato che molto è già stato detto e scritto sulla impossibilità di trasporre il modello medico nel campo psicologico. Mi limito a premettere che la relazione si articola su una visione globale dei problemi tra i quali stanno anche i vari elementi di disarmonia della sfera sessuale, che, quando riferibili a problematiche conflittuali o a riferimenti somatici di dinamiche psico-relazionali, non possono mai essere affrontati come fenomeni a sé stanti.

La modalità nevrotica investe, in maniera più o meno evidente, l'intera esistenza in un continuum unitario, di cui i sintomi sono le espressioni più periferiche.

Alfred Adler, precedendo le acquisizioni che successivamente si sono ascritte a merito di discipline quali quelle antropologiche e linguistiche, oltre che neuropsicologiche, affermava nella "Conoscenza dell'uomo" che: "I fenomeni della vita psichica, data la loro ambiguità, devono essere esaminati nelle loro connessioni e non come unità a sé stanti, ma in rapporto al fine ultimo verso cui sono rivolti. È possibile quindi una comprensione della vita psichica solo presupponendo la direzione unitaria di quanto in essa si manifesta".

I fenomeni della vita psichica perdono la possibilità di essere interpretati, se non vengono inseriti nel contesto globale dell'esistenza, che ha una sua direzione ed uno scopo; se presi isolatamente non hanno significato univoco.

L'affermazione di Adler ha un importante valore innovativo, perché apre la problematica razionale in un campo, che ancor oggi è fortemente dominato dalla tendenza alla suddivisione di elementi dell'esistenza in parti sempre più piccole e ristrette ed alla loro elaborazione e valorizzazione (per motivi o scopi che sembrano riflettere una sorta di "coscienziosità asociale") fino a costituire dei contesti artificiosi, che poi vengono calati sugli uomini reali come cappe o maschere grottesche. Intendo riferirmi al modo di trattare, come questioni autonome, problemi di "emergenza sessuologica", che, quando non legati a turbe biologiche, sono da inserire nella tematica richiamata da Adler.

Impotenza, frigidità, timore della omosessualità ed altri elementi di disarmonia della sfera sessuale vengono oggi addotti, con eccezionale frequenza, come fattori disturbanti, dai nostri pazienti. Su questo non esistono dubbi e questo ci induce a vedere, nel dilagare dei sintomi, la opportunità e la necessità di affrontarli come tema autonomo, proprio per la sua vasta rilevanza sociale, sottolineata dalla loro diffusione. Ci troviamo così, di fatto, ad adottare un criterio epidemiologico, che è uno dei criteri più determinanti per l'attuazione del modello medico, che viene riapplicato in campo psico-sociale, sia dai medici che dagli altri operatori formati attraverso lo studio delle scienze umane.

Il modello medico si fonda sul dato sperimentale e sulla significatività statistica. Oggi la medicina sa costruire intelligenze artificiali, calcolatori elettronici che consentono di risolvere problemi (PRIBRAM) e di fare diagnosi automatiche. Non risulta, e non riesco ad immaginare, che si possa arrivare ad estendere i modelli cibernetici al mondo motivazionale, alla sfera affettiva, alla dinamica delle relazioni interpersonali di cui il rapporto psicoterapico è una particolare espressione.

L'ambiguità dei fenomeni della vita psichica, che non costituisco-

no nella loro espressione esplicita unità a sé stanti, anche se vi è la tendenza a renderli tali filtrandoli attraverso le difese nevrotiche dei pazienti e nostre, deve essere costantemente oggetto di attenzione da parte dello psicoterapeuta, che altrimenti potrebbe trasformarsi in agente iatrogeno.

L'esemplificazione di qualche caso ci consentirà di verificare la portata delle generalizzazioni prima esposte.

Un elemento particolare è comunemente presente in tutte le situazioni di cui stiamo per occuparci: la tendenza, da parte dei pazienti, a presentare i sintomi con un linguaggio predicativo (come quello descritto da VIGOTSKY) privo del soggetto, che origina nell'interlocutore, l'analista in questo caso, la sensazione di ascoltare l'esposizione di un giudizio determinato emotivamente. Accade allora di dover tentare il chiarimento del significato lessicale dei termini, poiché, senza questo, l'esposizione si fa sempre più confusa e la confusione contribuisce a far passare in secondo piano qualsiasi altro evento contemporaneo, preliminare, concomitante, e talvolta determinante rispetto a ciò su cui il paziente concentra sempre più la sua attenzione, sotto l'influsso di un meccanismo di inibizione laterale applicata ai concetti, oltre che ai percetti.

Ricordo di una paziente, sposata, madre di una ragazza undicenne, che venne da me lamentando frigidità. Soltanto dopo un certo numero di sedute potè emergere che la frigidità, nei rapporti col marito, concomitava con l'esistenza di una sua relazione affettiva platonica, ma intensamente vissuta, con un altro uomo. Questo modo di esporre potrebbe apparire banalizzante verso i problemi della donna, che in verità era travagliata da profondi conflitti. La paziente adduceva al marito la propria frigidità, che riproponeva poi al suo parnter platonico ed all'analista, mascherando un suo desiderio che tendeva a reprimere dietro lo schermo della sua asserita frigidità. Le era stato detto che, se la sua relazione extraconiugale fosse stata scoperta, la bambina le sarebbe stata tolta, e lei desiderava da me il suggerimento di una soluzione che le consentisse di non dover subire alcuna conseguenza dal suo eventuale abbandono del marito per andare a convivere con un altro uomo; in particolare, avrebbe voluto garantirsi di poter scongiurare la temuta riprovazione della madre e della suocera e, pur di tentare di tutelarsi sotto questo aspetto, sceglieva di soffrire il mancato appagamento dei suoi desideri, che reprimeva, trasformandoli in questa sorta di "frigidità".

È degno di rilievo il fatto che la p. ricordasse con grande disagio che il padre, quando lei era bambina, aveva trascorso un certo periodo

di tempo in prigione, probabilmente per truffa. Questo ricordo, connesso strettamente a quello del disagio provato quando ne venne a conoscenza, aveva costituito uno dei più gravi problemi della sua infanzia, e continuava ad essere un assillo. La frigidità era una giustificazione da addurre al marito, ma era anche l'ostacolo alla realizzazione di un desiderio che avvertiva illegittimo, e che avrebbe potuto soddisfare solo in un clima di assoluzione preliminare, o di imposizione da necessità.

Il suo stile di vita era tutto improntato al "dover fare" in alternativa al desiderare.

Con questa paziente fu possibile avviare abbastanza rapidamente il processo di chiarificazione, ma il suo bisogno di dipendenza intenso e il suo tendere ad ottenere una conferma di accettazione assoluta (assoluzione) da parte mia, esprimibile attraverso il soddisfacimento della sua richiesta di trovare una soluzione pratica al bisogno di appagare il suo desiderio senza cambiare nulla nella sua vita (evitando qualsiasi conseguenza), erano proprio gli elementi fondanti del suo "stile di vita". La donna, vista la non fondatezza della sua asserita frigidità, che avrebbe voluto poter coltivare ed ingigantire per esibirla come base di assoluzione per i suoi sensi di colpa ed i suoi timori di assumersi dirette responsabilità, preferì interrompere l'analisi piuttosto che avviare un lavoro di approfondimento che avvertiva come un'avventura pericolosa.

Una ragazza di 17 anni, ricoverata in ospedale per dimagramento ed amenorrea secondaria, lamentava una assoluta estraneità corporea, che si esprimeva attraverso la caduta totale della eccitabilità sessuale da lei precedentemente coltivata in maniera intensa con la masturbazione.

Questo quadro aveva iniziato a profilarsi in concomitanza con l'avvio di una relazione sentimentale con un ragazzo, durata poco più di due mesi e poi bruscamente interrotta da quest'ultimo. La paziente non aveva mai avuto rapporti sessuali con lui, ma da allora non provava più alcun piacere a masturbarsi. In concomitanza a ciò avvertiva come estraneo il suo corpo, che riteneva imbruttito, tanto da vederlo diventare perioso come quello di un uomo. Questo dichiarato (e non confermato) irsutismo era stato una delle cause che l'avevano condotta al ricovero.

La ragazza riferiva di frequenti episodi dolorosi al basso ventre, che interpretava come localizzati all'utero. Attribuiva la perdita della sensibilità erogena ad una presunta tara genetica trasmessale dal padre, che aveva sempre mostrato nei suoi confronti scarso interesse.

Tutto il suo comportamento appariva finalizzato a richiamare su di sé quell'attenzione che il padre non le aveva mai dedicato e la sua insensibilità sessuale era l'elemento centrale del suo messaggio di protesta e

di richiesta di aiuto, su cui si innestava la tendenza a manipolare gli altri per compensare l'insicurezza.

Una giovane coppia di coniugi venne a consultarmi, lamentando tutta una serie di difficoltà nei rapporti sessuali, presenti fin dall'inizio del loro matrimonio, che era avvenuto circa tre anni prima.

Il marito non era mai riuscito a compiere una penetrazione completa e la moglie, fin dalla prima volta, durante il viaggio di nozze, aveva manifestato la sua delusione per l'impotenza del coniuge.

I problemi, al primo colloquio con entrambi, vennero da loro presentati nei seguenti termini "oggettivi": inadeguata capacità di erezione, associata ad ejaculazione precoce, a carico del marito, cui corrispondeva una dichiarata delusione ed insoddisfazione della moglie, che si aspettava stimolazioni tali da farle provare un piacere che immaginava, ma che non aveva mai avuto occasione di sperimentare, anche nel corso di esperienze con altri partners.

Entrambi provenivano da famiglie autoritarie e possessive, dalle quali non avevano sviluppato un'adeguata autonomia. L'unico atto autonomo da essi compiuto era stato il matrimonio, avvenuto con la disapprovazione generale dei familiari, dai quali i due dipendevano anche sotto il profilo economico.

Nella coppia esisteva un'atmosfera di continua contesa, ispirata all'avversione reciproca coltivata dalle due famiglie di origine, alle quali i coniugi si sentivano intensamente legati da un rapporto di dipendenza conflittuale.

Il marito, inoltre, soffriva un intenso senso di inferiorità a causa di una fimosi, di cui la famiglia non aveva mai provveduto a farlo curare. In una seduta a due, in un'atmosfera di intensa ansia, l'uomo mi chiese di visitarlo per questa sua affezione, della quale si vergognava molto. Dopo averlo visitato gli dissi della necessità di correzione chirurgica e, avvertendo il suo disorientamento, gli proposi di organizzare io tutto quanto era necessario. Il paziente accettò la proposta e dopo pochi giorni entrò in ospedale. Ricevetti dalla famiglia di lui diverse telefonate, con cui si tentava di indurmi a fare opera di persuasione nei suoi confronti circa la non indispensabilità dell'intervento e la più importante necessità che lasciasse la moglie. Il mio rifiuto di ottemperare alla richiesta suscitò violente reazioni, che andarono a ripercuotersi su di lui. La moglie se ne andò di casa e tornò dalla madre. Il marito, appena dimesso dall'ospedale, si trovò a subire un'offensiva familiare tendente a convincerlo della grande fortuna che rappresentava per lui la fuga della moglie. Egli venne da me a chiedere consiglio; invece di suggerirgli una soluzio-

ne, cercai di aiutarlo a capire in che direzione andassero i suoi sentimenti.

Fu quella l'ultima volta che vidi il paziente. Seppi, poi, che era andato a cercare la moglie, che si erano riappacificati, che erano tornati a vivere insieme e che avevano iniziato un'attività autonoma commerciale, affrancandosi dalla subordinazione ai genitori.

L'impotenza e la frigidità, pur effettivamente presenti in questo caso, col sostegno di elementi anatomici, avevano assunto il ruolo di pretesto legittimo, attraverso il quale manifestare il disagio ed il desiderio di ribellione ai genitori (in particolare quelli di lui) che non poteva essere direttamente espresso.

L'aiuto da me fornito consisteva nella incondizionata accettazione che consentì ai due di evidenziare il conflitto coi genitori, come elemento ostacolante la sopravvivenza del loro rapporto. Per questo era indispensabile trovare un punto di riferimento, un sostegno.

Ho avuto ancora, ultimamente, notizie della coppia: i due, a distanza di oltre due anni dagli episodi sopra riferiti, continuano a vivere ed a lavorare insieme.

In questo caso, l'aiuto non ebbe alcuna caratterizzazione formale. Non abbiamo mai parlato di avviare una psicoterapia, né abbiamo mai definito il tipo di lavoro che stavamo svolgendo. Tutto si è svolto in un'atmosfera di familiarità, alla buona, ed io ho assunto nei loro confronti un atteggiamento paternamente preoccupato, che non faceva distinzioni tra lui e lei. Non ho mostrato nemmeno l'intenzione (che non avevo) di farli restare insieme a tutti i costi. Credo di essere riuscito a farli sentire, forse per la prima volta nella loro vita, nella condizione di potersi fidare di qualcuno.

Un uomo di 34 anni viene a chiedermi se ho particolare competenza su questioni di sessuologia. In risposta gli propongo di espormi il suo problema. Continua ad esigere garanzie che io continuo a non dargli sulla questione specifica, dicendo di non avere alcuna fiducia nella psicoterapia e nell'analisi, e di aver bisogno di un sessuologo, perché il suo è un problema sessuale. Gli rispondo che ogni problema umano è importante, specie quando dietro ad esso c'è una grande paura per qualcosa che ci appare tremendo. Con l'aria di chi si concede a malincuore, mi fa capire che non vorrebbe impegnarsi in un lavoro lungo, anche perché non è disposto a spendere molto denaro per cose alle quali non crede, ma che comunque proverà ad espormi ciò che gli accade, nella speranza che io possa suggerirgli un rimedio.

In passato frequentava, con una certa regolarità, una prostituta, ma non una qualunque, una persona che gli dava un certo affidamento. Non gli piace sprecare i suoi soldi. Da un po' di tempo ha notato che dopo l'atto sessuale si sente molto stanco, anzi una volta non è riuscito a compierlo perché non ha avuto una sufficiente erezione. Ne è rimasto molto colpito e contrariato. Da allora ha diradato le visite alla partner e si preoccupa perché non gliene viene mai voglia. Crede che ci sia qualche motivo organico alla base di questo, anche se una visita urologica ha avuto esito negativo per la presenza di malattie.

Alla richiesta se gli accade mai di sognare, mi risponde sorridendo che non crede a queste cose, che non capisce cosa c'entrino, dal momento che prima si sentiva normale e adesso non più, benché non ci siano stati nella sua vita cambiamenti di sorta.

Lavora in un ufficio pubblico, il suo capufficio è una donna con la quale va molto d'accordo e non ricorda esperienze traumatizzanti di sorta.

Quando gli chiedo di parlarmi della sua famiglia, dice che non c'è alcunché di particolare, a parte il fatto che il suo unico fratello, da qualche tempo, si è sposato, e da allora si frequentano raramente, perché è giusto che ognuno viva liberamente la sua esistenza.

I suoi primi ricordi sono costituiti da vissuti di inferiorità nei confronti di coetanei più ricchi di lui, con case più belle, più forniti di giocattoli interessanti. La madre ha passato un lungo periodo in ospedale psichiatrico, dove è deceduta qualche anno fa. Il padre ha sempre avuto nei confronti dei figli un atteggiamento molto riservato.

Una volta il paziente si era innamorato di una ragazza, che vedeva passare nei pressi di casa sua; non ha mai espresso i suoi sentimenti e, dopo un certo periodo di tempo, non ha più avuto l'occasione di incontrarla.

Per questo ha sofferto molto; si augura di non dover mai più ripetere una simile dolorosa esperienza.

Frequenta volentieri qualche amico ma si sente escluso quando gli vengono preferite compagnie femminili.

Di solito passa le vacanze in montagna con un gruppo di conoscenti: sono loro a fare il programma.

Non crede si debba dare ascolto alla propria fantasia; c'è il rischio di fare cose che possono rendere ridicoli o di cui ci si debba pentire.

Un giorno, dopo circa una decina di sedute, mi dice, "non con l'intenzione di offendermi", che non ha avuto alcun miglioramento; gli rispondo che la nostra fantasia non è cosa da sottovalutare, perché è que-

sta che governa i nostri desideri. Il p. lamenta che le cure tonificanti, anche a base di ormoni maschili, non gli fanno alcun effetto.

Fin dalla seconda seduta non aveva più fatto cenno a nuove visite alla solita prostituta, ma ha continuato a parlare della grande spossatezza che provava dopo essere stato con lei.

Il paziente non sogna mai. Una notte ha avuto una polluzione e ne è rimasto stremato.

Continua ad esprimere giudizi negativi nei confronti dell'analisi; a questi rispondo che non è affatto obbligato a continuare l'analisi e che, forse, se non prova desideri sessuali, potrebbe dedicarsi ad altre cose, più direttamente interessanti per lui.

Dalla sua esposizione di sé, condotta sempre con una cautela che richiama alla mente il pudore delle giovani di manzoniana memoria, emergono a tratti la sua paura delle donne ed il tentativo di esorcizzare il timore di essere un omosessuale, o che gli altri lo giudichino tale.

Tiene a farmi rilevare il suo grande rispetto per l'autorità, confermato dall'atteggiamento di formale deferenza mostrato nei miei confronti.

Ad un certo punto, dopo circa due mesi dall'inizio, chiede di fissare un termine di scadenza per il nostro lavoro, che definisce di prova. Alla mia risposta che se vuole può essere lui a fissare il termine, afferma il desiderio di concludere dopo dieci sedute (il ritmo era settimanale).

Alla seduta successiva, la decima, è di umore euforico: andrà per qualche giorno ad aiutare un amico che ha uno stand in una fiera commerciale, a vendere vino e liquori. L'idea lo entusiasma, mi invita ad andarlo a trovare e si congeda con molta correttezza.

Un altro paziente è un uomo di 35 anni, che soffre da circa 10 anni di disturbi molto fastidiosi al capo e al tronco, con sensazioni crampiformi, ipertonie muscolari e cefalee. Ha sempre frequentato con regolarità prostitute, senza difficoltà, tranne un'ultima volta, circa due anni fa, in cui non ha potuto compiere l'atto sessuale per mancata erezione; in precedenza perveniva molto rapidamente alla conclusione e di questo ha un ricordo piacevole. Fino a questo momento non ha mai avuto una relazione sentimentale, perché non è mai riuscito a farsi accettare da una donna.

Da tempo si è innamorato di una collega di ufficio, affetta da disturbi psichici di una certa gravità, per i quali è stata più volte ricoverata. Da quell'episodio di défaillance non ha più avuto rapporti sessuali. Durante l'analisi emerge che esso concomita con l'inizio del suo inna-

moramento, ma il paziente esclude prontamente la possibilità di un nesso tra le due cose.

L'analisi, dopo circa un anno e mezzo, è ancora in corso. L'uomo continua a sostenere che i suoi mali fisici non gli consentono di essere come gli altri; se potesse abolire i suoi dolori, forse si dedicherebbe maggiormente ad altre cose.

Non attribuisce valore ai sogni ed alla fantasia, perché tanto gli uni che l'altra non si sono mai avverati; è meglio non pensarci.

Durante la psicoterapia comincia ad abbandonare la condizione di completo isolamento in cui si era posto: prende, anche se con fatica, la patente di guida, partecipa a qualche iniziativa per trascorrere il fine settimana assieme ad alcuni colleghi, va a sciare.

Un giorno, la ragazza di cui è sempre innamorato gli propone di cominciare a frequentarsi. La proposta lo riempie di gioia, ma si preoccupa per la sua impotenza. La notte ha polluzioni frequenti, ma crede che l'impotenza abbia cause organiche.

Quando si trova con la ragazza non riesce, nonostante il forte trasporto che prova per lei, ad avere erezioni valide. Inoltre, quando torna a casa, viene assalito da intensi dolori addominali che collega all'antefatto solo come ulteriore prova del suo stato di malattia. Un tentativo di rapporto sessuale con la ragazza pienamente consenziente non riesce; in compenso il dolore addominale, dopo poche ore, insorge violento. In altra occasione, in casa della ragazza, in una situazione di incertezza per il rischio di essere scoperto da qualche familiare, tenta nuovamente e riesce ad avere un rapporto, che è costretto ad interrompere perché arriva qualcuno. Me lo riferisce come un qualcosa che non modifica le condizioni di cui si lamenta.

La relazione con la ragazza è complessa, dati i suoi problemi psichici. Il paziente ritiene che non possa durare, anche se lui ci terrebbe a continuare. Dopo una serie di vicende alterne, determinate dalle incertezze di lei, i due si accordano per considerarsi non impegnati al matrimonio, pur frequentandosi, perché questo fa piacere ad entrambi.

Da allora l'argomento impotenza non viene più alla ribalta; ogni tanto l'uomo riferisce di polluzioni notturne con constatata erezione, che però giudica non esprimenti una funzione sessuale regolare.

Questo paziente, del quale per diverse ragioni non posso qui esporre l'intera problematica emersa nel corso dell'analisi, inserisce l'impotenza tra le conseguenze dei suoi dolori persistenti, cui attribuisce, convinto, una causa organica. È deluso della medicina, da cui si è sempre

aspettato la soluzione di tutti i mali; la sua attesa è sempre di tipo passivo e totale.

In questi ultimi tempi, ha iniziato a prendere in esame, come pura ipotesi, la possibilità che i suoi mali non siano solo organici; questo significa introdurre i problemi lamentati nella sua esistenza, intesa come contesto, invece di far dipendere tutta la sua esistenza dai problemi lamentati dei quali, comunque, continua ancora ad attendere una soluzione radicale e miracolistica.

Dai casi esposti emerge la non primarietà dei sintomi, in contrasto con la diffusa tendenza dei pazienti nevrotici ad attribuire ai sintomi la colpa di tutti i disagi della loro vita. Per loro, i sintomi disturbanti sembrano costituire il cardine su cui tutto il contesto dell'esistenza si articola. Il seguire questa interpretazione, come il paziente tende a fare, conduce all'esasperazione dei processi di alienazione che i sintomi stessi rappresentano e che, nel contempo, trovano, anche se in termini ambigui, un tentativo di freno, attuato proprio col rivolgersi all'analista. Soltanto un lavoro di ricostruzione unitaria e di riappropriazione della personalità può portare, o riportare, a quella consapevolezza di sé che consente di affrontare in modo adeguato il problema delle compensazioni negative.

I pazienti qui descritti erano tutti intenti al perseguitamento di scopi fittizi ed i sintomi presentati erano il mezzo per raggiungere questi scopi. Notiamo, per inciso, che anche il sistematico ricorso a prostitute da parte dei pazienti di sesso maschile costituisce un sintomo importante e non solo un'abitudine.

Tutto questo discorso non ha alcun sapore di novità e vale per ogni problema nevrotico, indipendentemente dal contenuto sintomatologico.

In ogni stile di vita nevrotico, nel quale le compensazioni al sentimento di inferiorità e di insicurezza si irrigidiscono, fino a costituire una gabbia che imprigiona l'individuo, si evidenziano sintomi esprimenti conflitti profondamente radicati, che trovano aggancio sul versante somatico. Tutto questo corrisponde al tentativo di compensare direttamente il settore carente.

I sintomi a carico della sfera sessuale stanno tra questi ultimi: indicano un grande bisogno di sicurezza (inappagato) compensato fittiziamamente attraverso la precostituzione dell'insuccesso più clamoroso, proprio nel campo delle relazioni interpersonali più coinvolgenti. Essi, infatti, costituiscono la base di un tentativo di "non relazione" che è la ricerca paradossale di un evento impossibile (WATZLAWICK).

Non è casuale che questi pazienti siano venuti a proporre un sintomo, e che, tranne uno di loro, tutti abbiano abbandonato l'analisi quando hanno constatato che questa li coinvolgeva direttamente, stravolgendone il loro progetto fittizio di trattare il sintomo stesso come un qualcosa di estraneo, che in fondo non li riguardava e non li rappresentava.

L'abbandono della terapia da parte di un paziente con modalità di elaborazione paranoica non è per noi fonte di sorpresa. Nasce però un problema per gli analisti: trovare delle modalità di approccio ai portatori di queste sintomatologie "di emergenza sessuologica", che si inseriscono sottilmente nelle problematiche quotidiane e quindi possono venire scambiate con problematiche marginali. Una tale evenienza potrebbe rappresentare un sistematico, pericoloso misconoscimento di una tendenza al riaffioramento in molte persone di modalità psicotiche di elaborazione della realtà, che può esprimersi alternativamente con l'intensificazione delle sofferenze individuali o con l'assunzione di comportamenti dai quali traspare la più completa assenza di maturazione del senso sociale.

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., *Relazione su un caso di gastroduodenite psicosomatica*, da "Thérapy in Psychosomatic Medicine" Atti del III Congresso Mondiale dell'ICPM, Pozzi, Roma, 1977.
- CASTELLO F., *Il rapporto medico paziente nella dimensione del contesto relazionale*, Medicina Psicosomatica, 23, 3, 1978.
- CAZZULLO C. L., *Sintomi e realtà*, dal vol.: Le nevrosi da Freud a oggi, Garzanti, Milano, 1977.
- DE SAUSSURE F., *Cours de linguistique générale*, Payot, Paris, 1922.
- FREUD S., (1905), *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (trad. it.: Tre saggi sulla sessualità, Dall'Oglio, Milano, 1975).
- FREUD S., (1915-1917), *Introductory lectures on Psychoanalysis*, Hogart Press, Voll. XV, XVI, London, 1950.
- FREUD S., (1920) *Beyond the pleasure principle*, Hogart Press, Vol. XVII, London, 1950.
- FROMM E., *Beyond the chains of illusion. My encounter with Marx and Freud*, Pocket Books Inc., 1962.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1967.
- MILLER G.A., GALANTER E., PRIBRAM K.H., *Plans and structure of behavior*, Holt, Rinheart and Winston, 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.
- WATZLAWICK P., BEAUVIN J.H., JACKSON D.D., *Pragmatic of human communication. A study of interactions patterns, pathologies and paradoxes*, W. W. Norton & Co., New York, 1967.

MARIO FULCHERI

ANALISI DEI FATTORI SOCIO-CULTURALI CHE STANNO INCREMENTANDO LE FOBIE DI OMOSESSUALITÀ

Appare universalmente accettato che i contenuti della nevrosi cambino in rapporto alle modificazioni dell'ambiente, del costume, della società. La teoria adleriana è stata per alcuni aspetti all'avanguardia in tale modello interpretativo; Adler stesso intuì molto precoce-mente l'importanza rivestita dal terreno culturale e sociale nello sviluppo psichico dell'individuo e quindi nelle manifestazioni di patologia mentale.

Un settore, nel quale gli influssi sociali sembrano esercitare influenze dinamicamente determinanti, è certo quello della sessualità; del resto nella storia del costume il ruolo dell'erotismo ha più volte presentato mutamenti anche radicali.

Nel suo ambito, settorialmente, l'omosessualità è stata socialmente vissuta con variazioni di ruolo ancora più drastiche.

Nell'antica Grecia, per esempio, così come nella tarda romanità, la pratica omosessuale era considerata pressocché normale, mentre in epoche diverse, nei suoi confronti, si agitarono dure condanne, non solo sotto il profilo etico ma, talora, anche giuridico.

Ciò sul piano pragmatico, soprattutto nei confronti dell'omosessualità maschile, poiché quella femminile, in quanto più discreta nei suoi vissuti, si è presentata con meno clamore alla ribalta dell'attenzione pubblica.

Il tema di questa comunicazione vuole porre in rilievo l'importanza odierna dei fattori socio-culturali nella genesi della fobia dell'omosessualità.

A chi riferisce pare che, negli ultimi tempi, si sia registrato un considerevole incremento statistico dei soggetti, soprattutto di sesso maschile, che presentano una fobia di omosessualità.

Tale personale impressione risulta confermata anche da alcuni dati tratti dalla recente letteratura clinico-psicologica.

La significatività del fenomeno è ribadita dalla comparazione con lo scarso rilievo che si accordava in passato a tale manifestazione fobica.

Effettuate queste premesse, focalizzeremo ora l'attenzione su alcuni principali fattori che ci sembrano determinanti nell'analisi interpretativa di tale sintomatologia. La prima considerazione è che la fobia dell'omosessualità, se inserita nel processo di emancipazione e liberazione sessuale, presenta degli aspetti paradossali; infatti l'orientamento socioculturale di oggi verso l'omosessualità si è marcatamente attenuato per quanto riguarda i giudizi drasticamente punitivi o infamanti e da anni, di conseguenza, è in corso una progressiva graduale "deterribilizzazione" dell'omosessualità: la condanna morale si è via via diluita e la riduzione della censura ha comportato l'accettazione di condotte di tipo omosessuale in sempre più ampi "gruppi culturali" ed il comportamento omosessuale si è reso sempre più compatibile con l'adattamento alla cosiddetta "norma". Ne è derivata, quindi, una degradazione dell'omofilia come pericolo.

In base a questi dati avremmo dovuto perciò osservare una riduzione delle incidenze fobiche riguardanti il tema specifico. Se però, considerata l'opposta registrazione dei fatti, approfondiamo l'argomento, ci rendiamo conto che, parallelamente, si sono manifestati, e sono tutt'ora in corso, altri processi di trasformazione con possibili influenze sul problema.

Ai residui delle vecchie condanne emarginanti, si intrecciano importanti modificazioni che coinvolgono una scelta psicosessuale.

L'attuale atteggiamento femminile, nei confronti della vita erotica, appare in costante e rapida evoluzione. Nelle generazioni giovanili si nota una sempre maggiore disponibilità al rapporto sessuale vissuto non più come vergogna, non più come dequalificante, bensì come libera scelta, come qualcosa di paritario che porta con sé la necessità di una preparazione, la possibilità di rivendicare dei diritti, la partecipazione attiva e complementare tra i due partners.

Ciò comporta un vissuto diverso da parte dell'uomo, che si trova ad avere una compagna sessualmente più impegnativa, alle volte quasi un giudice qualificato, una persona che nella ottenuta libertà può cercare partners "più giovani" senza il bisogno di vivere l'uomo come guida, come rassicurazione, come "maestro sessuale".

Questa trasformazione sociale può dunque determinare nell'uomo una perdita di sicurezza rapportabile al cambiamento di ruolo; egli ne è genericamente frustrato e portato perciò a difendere le proprie prerogative con maggiore ansia e timore di un tempo.

Il costume sociale attuale ha determinato inoltre il dilagare della pubblicizzazione erotica; l'appagamento sessuale, una volta segreto, costituisce oggi uno dei temi collettivi più importanti e si inserisce a grandi lettere nella cultura. Tutto ciò induce nell'uomo un'ambivalenza psicologica. Se da un lato, infatti, egli desidera mantenere un ruolo di potenza virile, e conserva la necessità di ben figurare sessualmente, sia nei confronti degli altri uomini che della donna, d'altra parte nella sessualità e nella vita civile egli elabora delle dinamiche ipercollaudanti tali da porre in dubbio i ruoli cui aspira. Dover prendere rapporto con partners sempre più spesso pari a lui, non solo come posizione sociale o come cultura, ma anche nella conoscenza del sesso, delle tecniche erotiche, di ciò che si può o si deve fare, comporta ansia ed insicurezza.

Nei casi in cui esista poi, per vari motivi, per esempio tematiche intrafamiliari, un complesso di inferiorità, il timore di non reggere a questo confronto può determinare svariate compensazioni patologiche; una di queste, in campo sessuale, prende corpo nel rifugiarsi, a scopo autoprotettivo, in una ipotesi di omosessualità.

Dato che, nonostante il processo di emancipazione, in una parte ancora notevole dell'ambiente permangono sfumate immagini dequalificanti, l'omosessualità può acquisire però nel contempo impronte di umiliazione e tanto più tali considerazioni agiscono, tanto più si avranno compensazioni nella fobia dell'omosessualità piuttosto che nella pratica omosessuale effettiva. Psicodinamicamente questa conflittualità può risalire ad una figura paterna ipervirile e conseguentemente difficile da imitarsi o, al contrario, debole e passiva nell'ambito di un rovesciamento dei ruoli fra i genitori; così la presenza di una figura materna autoritaria può sollecitare per estensione un timore di giudizio da parte di tutte le donne.

Analogo significato possono assumere vissuti di ruolo e confronto nell'ambito dell'intera costellazione familiare e specie della "fratia". In siffatte situazioni, la scelta può indirizzarsi verso caratteristiche omosessuali, concretizzandosi se l'ambiente socio-culturale accetta l'omosessualità e, in caso contrario, persistendo cioè elementi di condanna, quali la derisione, l'emarginazione, etc., trasformandosi in fobia.

In questo contesto può trovare spiegazione la maggiore frequenza della fobia di omosessualità nel sesso maschile; si tenga presente che, mentre l'omofilia dell'uomo accelera un processo di dequalificazione generale in quanto mortifica la volontà di potenza collegata ancora all'"alto maschile", negli individui di sesso femminile può invece addirittura entrare a far parte di un processo soggettivamente vissuto come

emancipazione, con l'acquisto di posizioni una volta esclusive del maschio.

Sull'omosessualità femminile il precedente assunto consente valutazioni notevolmente differenti.

Perché registriamo una frequenza minore di fobia di omosessualità nella donna? Se la trasformazione socio-culturale attuale consente alla donna di manifestare la propria protesta virile e tende a compensare l'inferiorità finora accusata, l'assunzione di qualità comportamentali maschili può essere meno ansiogena e conflittuale. La fobia potrà pertanto presentarsi solo nei casi in cui il soggetto continui a vivere, in ambivalenza alle sue nuove ipotesi di scelta, una competizione soggettiva con altre donne che hanno imboccato invece una via di valorizzazione lungo direttive sessuali tradizionaliste e quindi femminili. Un altro elemento che favorisce il quadro è l'esistenza di specifiche inferiorità d'organo, soprattutto di natura estetica, solo in parte compensabili con l'elaborazione di una diversa semanticà maschile.

Vorrei inoltre osservare che l'omosessualità femminile si articola, più di quella maschile, nella gestione di ruoli abbastanza rigidi ed alterna perciò personaggi di copertura imitati dal maschio ad altri che conservano le significazioni esteriori della femminilità, ma inidirizzano le scelte verso compagne erotiche del proprio sesso che hanno elaborato una soluzione del primo tipo. In questi casi la deviazione non è per nulla qualificante perché non avvicina chi la gestisce all'immagine dell' "altro maschile". Si aggiunga la frustrazione che nasce dall'aver acquisito un partner degradato e quindi non del tutto appagante come termine di confronto interpersonale.

Il trattamento delle fobie dell'omosessualità richiede, a mio parere, una premissa esplicativa analoga a quella che si impone nella psicoterapia dell'omosessualità reale. Occorre cioè presentare al soggetto l'omofilia non come particolare impronta biologica precostituita, e quindi con implicazione di morbosità quasi legata al destino, ma come una alternativa di scelta che può effettuarsi o meno sotto l'egida del libero arbitrio. Tale restituzione dell'autonomia nella scelta erotica lascia aperte, nei piani di vita, tutte le situazioni possibili non più "terribilizzate", e consente quindi, in molti casi, di accantonare ipotesi subite e vissute come non soddisfacenti.

ROSSANA PESCARMONA ACCOMAZZO

OSSERVAZIONI E IPOTESI INTERPRETATIVE IN TEMA DI FRIGIDITÀ ADOLESCENZIALE

Nel corso di questo secolo siamo stati spettatori di un sempre crescente interesse per quanto riguarda la sessualità e le complesse problematiche ad essa connesse.

La trattazione di problemi sessuali intesi in termini scientifici e perciò più liberamente divulgati è da considerarsi acquisizione relativamente recente.

Come sottolinea Lemaire in un articolo sull'igiene mentale della vita sessuale diverse fonti hanno contribuito al suo sviluppo.

1) Dopo l'attenzione accordata da Freud alla sessualità infantile, Adler e Jung hanno spostato la loro attenzione a ciò che essa poteva sottendere in una visione di più ampia portata. Gli autori successivi si sono avviati con infinite variazioni di dettaglio lungo i due filoni dell'istintualismo puro e del culturalismo psicologico.

2) Gli ulteriori progressi della fisiologia e dell'endocrinologia in particolare hanno riportato l'accento sui fattori psichici come causa di disturbi sessuali.

3) Infine i documenti statistici (Kinsey), etnologici (Mead) e i numerosi studi sociologici e comportamentistici hanno ampliato l'informazione sessuologica.

Nell'ambito dell'estensione raggiunta dalla trattazione delle problematiche psicosessuologiche, una fascia relativamente meno approfondita è quella che riguarda sia la sessuologia adolescenziale, sia in particolare la psicopatologia sessuale dell'adolescente.

Facendo riferimento al modello di E. H. Erikson dello sviluppo psicologico è opportuno sottolineare che il ciclo evolutivo, che si riferisce alla risoluzione della pubertà per giungere all'adolescenza, è certamente sotto il profilo sessuale molto complesso e talora difficile per ogni individuo.

Alcuni Autori hanno teso a minimizzare tale periodo in relazione al fatto che la "preparazione precedente" avrebbe dovuto essere sufficientemente maturativa.

In effetti, come rileva Rovera, la spinta di grandi mutamenti somatici ed ormonali, il verificarsi di esigenze anticonformistiche rispetto ai genitori ed ai precedenti "simboli guida", l'insorgere di nuovi rapporti interpersonali e di gruppo, sono fattori che conducono il soggetto a precise verifiche della propria corporalità, a spostamenti rispetto al modello ideale dell'Io, ad atteggiamenti spesso contradditori verso le proprie figure parentali e verso l'autorità, a rapporti spesso incongrui con l'alto sesso in relazione alla propria maturazione psicosessuale.

Oggi assistiamo ad una sempre maggiore richiesta di intervento circa specifiche problematiche psicosessuologiche degli adolescenti.

Mancano finora indagini effettuate con sufficiente rigore scientifico ed adeguamento confrontale, tali da permettere di affermare che siamo di fronte ad un effettivo incremento della patologia sessuale adolescenziale; le inchieste finora svolte indurrebbero a pensare che si tratti piuttosto del risultato di una maggiore sensibilizzazione al problema sessuale in generale, unito ad un effettivo superamento di pregiudizi e di tabù.

È inoltre andato estendendosi il concetto che presupposto di un adeguato sviluppo sessuale sono gli stessi problemi di maturazione, di identità personale, di socializzazione, che sono alla base della formazione della personalità.

In effetti l'aumento dei testi divulgativi di argomento sessuale, il sorgere di riviste di informazione specifiche, lo spazio sempre maggiore dedicato dai rotocalchi al "sesso" hanno modificato non tanto, anche per la non sempre buona qualità di queste pubblicazioni, le problematiche, quanto l'approccio individuale a questi temi.

Di fronte a questa effettiva realtà clinica pare opportuno sottolineare l'interesse di un approfondimento delle indagini circa la sessualità adolescenziale anche in vista delle possibilità di fornire rapporti ed adeguati contributi al vasto problema, più che mai attuale, della pedagogia psicosessuologica.

Mi propongo qui di evidenziare taluni aspetti oggi più frequenti dell'approccio educativo e socioculturale alla sessualità, che possono concorrere od avere parte determinante nella genesi di alcune forme psicopatosessuologiche nell'adolescente, facendo preciso riferimento alla disfunzione orgasmica femminile.

Data la complessità di questo problema, che vede ancora oggi discordi diversi Autori circa la sua stessa definizione, e non parendo opportuno in questo ambito disperdersi nella disquisizione circa il distinguere tra l'orgasmo vaginale e clitorideo, premetto che con il termine di

disfunzione orgasmica voglio intendere semplicemente il disturbo del raggiungimento dell'orgasmo, comprendente sia una frigidità primaria o totale che una frigidità situazionale o relativa.

Tra le situazioni che ricorrono con frequenza tale da indurre a pensare che giochino un ruolo importante nella genesi dell'alterazione, la letteratura classica sottolinea tra l'altro la mancanza di un vero accordo psicologico con il partner che, indipendentemente dalle cause, realizzerebbe una elusione delle aspettative femminili per cui, come affermano Masters e Johnson, si verrebbe a creare nella struttura psicosessuale della donna un predominio di carattere negativo.

Vorrei sottolineare come, indipendentemente dalla validità di queste affermazioni, nell'adolescente di oggi assuma importanza rilevante il problema non tanto dell'accordo psicologico, quanto di un adeguato coinvolgimento con il partner.

È frequente osservare come alle stimolazioni formativo-informative attuate spesso in modo enfatizzato dai comuni mezzi di comunicazione di massa o talvolta in modo selvaggio, anticipando le aspettative del soggetto in età evolutiva, da genitori o educatori che contestano un tradizionalismo conformistico, non corrisponda un'adeguata maturazione psicosessuologica.

La cultura dominante, come sottolinea Bettelheim, soprattutto quando si tratta di soggetti in età evolutiva, preferisce fingere che i profondi conflitti interiori che traggono origine dai nostri impulsi o dalle nostre emozioni violente, cioè il lato oscuro dell'uomo, non esistano e professa di credere in un'ottimistica filosofia del miglioramento basata sulla conoscenza realistica del comportamento umano fisiologico.

Si viene quindi a determinare da un lato la perdita di fattori erotizzanti, anche se in parte negativi, come la fantasia, la curiosità del probito, il desiderio di trasgressione, dall'altra l'incapacità di vivere il rapporto sessuale come appagamento non soltanto di uno stimolo, ma anche di altre esigenze psicoaffettive.

La scelta stessa del partner sessuale è stata attuata secondo modelli immaturi di gradevolezza estetica o di prestigio sociale, che lasciano in secondo ordine il ruolo affettivo del soggetto, per cui, per un bisogno di adeguamento a quella che si crede la condotta comune, ed alla cultura propagandata, si tendono a realizzare rapporti tecnicamente senza problemi, ma emotivamente insoddisfacenti.

* * *

Una ragazza di 19 anni venne da me dicendosi subito molto disposta ad affrontare un trattamento psicoterapeutico per risolvere il suo problema di frigidità. In effetti, dopo le prime sedute in cui descrisse in modo particolareggiato, ma esclusivamente razionale, le modalità delle sue prime esperienze sessuali avvenute circa un anno e mezzo prima, la scoperta del suo problema e ciò che aveva messo in atto fino ad allora per risolverlo, affermò che le pareva di non avere più niente da dire, dimostrando nei miei confronti un'aspettativa di quasi immediata risoluzione delle proprie difficoltà. Risultò in seguito che questo desiderio che qualcuno risolvesse per lei i problemi era stato l'atteggiamento consueto nei confronti delle difficoltà, atteggiamento di cui aveva potuto collaudare l'efficacia nei confronti dei suoi genitori. Circa questi ultimi la paziente parlò della madre come di persona affettiva, molto vicina, confidente, adeguatamente permissiva, e del padre come un po' più distaccato ma sempre pronto a venirle in aiuto e ad appoggiarla.

Dal momento che nella sua esposizione la ragazza non si era soffermata a descrivermi in modo da caratterizzarli i ragazzi con cui aveva avuto relazioni affettive, le chiesi di farlo, al che rispose che forse aveva omesso questi particolari in quanto si trattava di personaggi piuttosto simili. Approfondendo l'argomento risultò che ciò che in effetti questi partners avevano in comune non erano tanto caratteristiche psicologiche o di condotta, quanto piuttosto estetiche e di livello sociale. Successivamente, trattando di cosa l'aveva spinta alla sua prima esperienza sessuale, emersero le curiosità, il disagio di dover palesare la propria verginità ed il fatto di ritenere di aver raggiunto l'età giusta per questa esperienza. A quest'ultimo proposito la paziente ricordò un particolare che mi pare degno di nota: erano circa 4 mesi che frequentava un ragazzo figlio di amici dei genitori ed apprezzato da quest'ultimi, quando per un fine settimana venne lasciata sola in casa, cosa assolutamente inconsueta. La paziente mi riferì di aver vissuto la situazione quasi come dimostrazione del benestare dei genitori circa la sua esperienza sessuale.

Questa interpretazione poteva essere accettabile in quanto fin da bambina aveva sperimentato la più completa libertà di comunicazione in famiglia su temi sessuali, anzi la madre si era premunita di informarla sempre anche di più di quanto fosse richiesta, avvalendosi sia di pubblicazioni scientifiche che di libri di educazione sessuale che acquistava puntualmente non appena ne veniva a conoscenza.

Si venne quindi tratteggiando una figura materna che, trovatisi di fronte verosimilmente ad un precoce soffocamento della fiducia nelle proprie capacità e della speranza di successo in molti settori, aveva ac-

cettato con "rassegnazione" l'immagine di sé come figura di secondo piano sottoposta tradizionalmente al maschio. Cercando una linea di compenso nel suo ruolo di educatrice anticonformista, ma forse in eccesso ed iperprotettiva anziché autonomizzante.

Pur non essendo sempre vero che l'attribuzione alla bambina di un ruolo centrato sulla valorizzazione della sensibilità, dell'emotività, della passività, del bisogno di essere guidata e protetta, costituisca un eventuale vantaggio per la disponibilità erotica, è indubbio che il tentativo di valorizzarla facendole acquisire esclusivamente un bagaglio informativo, senza permettere un'adeguata maturazione che induca a valorizzare le emotività, può avere risultati ancora più negativi.

* * *

In altri casi la disfunzione orgasmica femminile, accompagnata da uno scarso investimento affettivo che si manifesta tramite una facile intercambiabilità dei partners, è radicata nella paura di un pericolo inconsciamente associato alla piena attuazione dello scopo sessuale, oppure ad un nascosto sentimento di inferiorità.

Ciò si verifica prevalentemente in soggetti che apparentemente ostentano la necessità di sfatare il concetto di sessualità come peccaminosa e dannosa e di debellare un ormai stantio privilegio del maschio, propugnando un paritario dovere di piacere sessuale che spesso induce proprio alla perdita di quest'ultimo.

In effetti si registrano in questi casi delle compensazioni per lo più inadeguate, improduttive o addirittura controproducenti del sentimento o del complesso di inferiorità.

Un altro caso di mia osservazione riguarda una ragazza di 17 anni, figlia unica di genitori medio borghesi del settentrione italiano.

La paziente venne da me sotto iniziale invito dei familiari, in quanto accusava ansia, crisi depressive, facile stancabilità, insonnia, per cui aveva interrotto gli studi classici intrapresi.

Il trattamento fu inizialmente ostacolato dall'atteggiamento distaccato della paziente, che tendeva a nascondere i problemi con un atteggiamento forzatamente anticonformistico e falsamente disincantato.

Le prime sedute, alle quali per altro veniva regolarmente, furono occupate da comunicazioni riguardanti la scelta femminista della paziente e tutta una serie di accuse mosse alla società consumistica in generale, ai concetti di famiglia, educazione, etc.

In seguito ad uno dei frequenti litigi con la madre la ragazza si di-

mostrò molto più abbattuta del consueto ed insolitamente poco loquace. Sotto l'invito a comunicarmi ciò che la faceva soffrire, dopo una crisi di pianto iniziò a parlare di sé.

Venne così tratteggiato il quadro della propria famiglia in cui il padre fu presentato come autoritario, ma fondamentalmente assente, completamente occupato dal proprio lavoro, nell'ambito del quale riceveva spesso frustrazioni per la presenza del nonno, figura rigidamente patriarcale di cui continuava l'attività; la madre, vissuta come ostile, venne descritta dedita ad un'educazione formale della figlia e volta ad incutere il rispetto e la dipendenza nei confronti dei genitori, iperprotettiva in modo assillante, tanto da rendere estremamente difficolosi i rapporti della paziente con i coetanei, verso i quali ha sempre provato sentimenti di inadeguatezza. Il soggetto proponeva fino a questo punto una tipica situazione adolescenziale caratterizzata da un atteggiamento contradditorio verso le proprie figure parentali e verso l'autorità; manifestato tramite il desiderio di protezione (significato finalistico dei sintomi) contrapposto alla evidente insofferenza di fronte ad una situazione di dipendenza.

Dall'episodio sopra descritto la paziente diventò molto più collaborativa e spontanea nelle proprie comunicazioni, venendo così a parlare dei suoi attuali problemi di mancata realizzazione nello studio (precedentemente ostentata come contestazione di metodi), di difficoltà nei rapporti interpersonali, limitati ad un gruppo di accese femministe, a cui in effetti dalla comparsa dei sintomi partecipava stancamente, e ad alcuni ragazzi con cui nell'ultimo anno aveva avuto brevi relazioni. Il problema sessuale della paziente emerse solo più tardi, quando accettò l'ipotesi che potesse essere una sua difesa l'affermare di conquistare con facilità i propri partners, anzi di essere lei a fare le prime proposte sessuali ed a gestire le relazioni. Inizialmente infatti, richiesta circa la sua partecipazione al rapporto sessuale, affermò che l'orgasmo femminile non era null'altro che un atteggiamento di cedimento al maschio, confermando in questo modo la sua frigidità. Nel caso in questione le ripetute frustrazioni affettive e sociali hanno indotto un tentativo di compensazione attuato tramite un'inadeguata, in quanto esclusiva, valorizzazione sessuale. In effetti la scoperta delle proprie armi seduttive l'hanno spinta ad utilizzarle non tanto per ottenere una soddisfazione erotica-affettiva, quanto per compensare il proprio timore di non accettazione da parte del partner e del gruppo. In tale condotta è inoltre presente il modello educativo dei genitori, richiamandone finalisticamente l'attenzione.

È particolarmente evidente in questo caso la scelta di una linea di compenso, in realtà poco efficiente, che lascia disagio ed ingenera un rapporto poco soddisfacente con il mondo, con gli individui e con i compiti fondamentali dell'esistenza.

Per concludere vorrei far rilevare che, attraverso l'analisi di alcune delle dinamiche attuali che sottendono certi problemi psicosessuologici dell'adolescente, si evidenzia la validità della concezione adleriana che inserisce il tema del sesso in una posizione di equilibrio fra i compiti vitali dell'uomo, cioè gli affetti, le relazioni sociali, il lavoro.

L'impressione al giorno d'oggi è che si sia di fronte ad una sopravalutazione dell'oggetto sessuale: tende ad affermarsi una idealizzazione della pulsione in quanto tale, in tutte le sue forme di espressione erotica accompagnata da un'adeguata individualizzazione dell'oggetto sessuale, cioè della persona. Pare opportuno a questo proposito sottolineare quanto sia inutile e dannoso tanto enfatizzare la sessualità quanto considerarla peccaminosa e pericolosa.

Nelle sue modalità normali la sessualità si esplica per mezzo di rapporti interpersonali e la sua dinamica è quindi riconducibile al più vasto argomento dell'integrazione fra individui. Si conferma quindi che, perché i rapporti sessuali diano piena soddisfazione, occorre che appaghi contemporaneamente non solo lo stimolo fisico, ma anche le altre esigenze psicoaffettive e non contrastino il sentimento sociale.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM G., "Sexuologie Clinique" Ed. Doin, Parigi, 1967
- ABRAHAM G., "Sexuologie Clinique" Ed. Doin, Parigi, 1967.
- ABRAHAM G., PASINI W. "Introduzione alla sessuologia medica" Feltrinelli, Milano, 1975
- ADLER A. "Il temperamento nervoso" Newton Compton, Roma, 1971
- ADLER A., "La psicologia individuale e la conoscenza dell'uomo" Newton Compton, Roma, 1975
- ARIETI S., "Manuale di Psichiatria" Boringhieri, Torino, 1970.
- BETTELHEIM B., "Il mondo incantato" Feltrinelli, Milano, 1977.
- BRICAIRE M. H., DREYFUS-MOREAU J., "Les impuissances sexuelles et leur traitement" Flammarion, Parigi, 1964.
- DEUTSCH M., "Psicologia della donna nell'adolescenza" Einaudi, Torino, 1957.

- ERIKSON E. H., "Infanzia e società" Armando, Roma, 1967
- FREUD S., "Scritti sulla sessualità femminile" Boringhieri, Torino, 1969.
- LEMAIRE J. G., "Hygiène mentale de la vie sexuelle et conjugale" Encyclopédie médico-chirurgicale, Psichiatrie, 37960 E, 10
- MASTERS W. H., JONSON V. E., "Patologia e terapia del rapporto coniugale" Feltrinelli, Milano, 1972
- MEAD M., "Maschio e femmina" Il Saggiatore, Milano, 1964.
- PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P., CASTELLO F., "Dizionario ragionato di psicologia individuale" Cortina, Milano, 1975.
- ROVERA G. G., CIONINI CIARDI E., ACCOMAZZO R., "Modelli psicosessuologici in igiene mentale" Minerva Medica, Torino, 1975.

ALBERTO MASCETTI

ATTUALITA' DELLA PROSPETTIVA PSICOSOCIALE NELLA VISIONE ADLERIANA DELLA SESSUALITA'

La classica teoria psicoanalitica della libido, formulata da Sigmund Freud negli ormai antichi "Tre saggi sulla teoria sessuale" (1905) con grande originalità e maestria, sembra oggi sempre più brillare di una sua luce fredda, chiusa, lontana.

La magnifica costruzione resiste nel tempo della memoria, più che nel presente, dove significati nuovi, prospettive diverse premono alla porta. Si avverte più impellente che mai il bisogno di tirare le somme, di vedere più chiaro dentro quello che sembra il pozzo senza fondo della problematica legata alla sessualità.

Non è un caso che Michel Foucault, l'archeologo del sapere occidentale, dopo aver analizzato le modalità e le ragioni costitutive della scienza psichiatrica e clinica da una parte e giuridica dall'altra, si accinga oggi nell'impresa di redigere una serie di saggi, che hanno come tema la sessualità.

Il primo di questi, pubblicato di recente in Italia, s'intitola appunto "La volontà di sapere", con il dichiarato ambizioso progetto di scandalizzare le vie e le ragioni, la genesi in breve di tutto quel campo di conoscenze che da qualche tempo noi chiamiamo "La sessualità".

Non è vero, ci ammonisce Foucault, che vi è stata repressione del sesso e della sessualità da parte del potere o dei poteri dell'epoca, ma anzi interesse primario, desiderio continuo di investigazione, di classificazione, di razionalizzazione di tutti i molteplici problemi inerenti alla sessualità, con il fine raggiunto della costruzione di una vera e propria "scientia sexualis".

È in questo movimento culturale d'interesse vasto e rinnovato intorno al problema del sesso, che s'inserisce il genio di Freud, congeniale ad esso, suo elemento unificante, centrale.

Non è Freud l'eroe solitario che alza finalmente il velo sul tabù del sesso, celato nei secoli, ma la diffusa cultura borghese del suo tempo dov'è immerso, che spinge il giovane medico viennese verso più sistematiche conoscenze dei problemi della sessualità.

Ancora una volta Freud ci viene presentato come uomo del suo tempo, il tempo della sessualità, il tempo della borghesia che vuole saperne di più sulla "sua" sessualità.

Ma quale sessualità Freud ci propone come visione definitiva? Quella dell' "homo natura", dell'esigenza della ricerca naturalistica, della riflessione e della riduzione biologico-scientifica, ci ricorda L. Binswanger ne "La concezione freudiana dell'uomo...." in «Per un'antropologia fenomenologica» (1970).

L' "homo natura" gioca la sua esistenza tra pulsione e illusione e dalla tensione tra queste due forze sviluppa la morale, l'arte, il mito, la religione. La complessità e la irripetibilità dell'uomo vengono "ridotte" alle pulsioni e alle componenti delle pulsioni.

L' "Homo natura" è condannato dalla sua libido a ripetersi continuamente o è spinto a trasformazioni codificate.

In Freud tutto prende le mosse dalla corporeità; il resto è sublimazione o illusione. La corporeità è l'Es, l'inconscio, il caos tumultuoso dei bisogni, degli affetti e delle passioni.

Chi sempre regola il gioco è il principio del piacere, tiranno assoluto delle pulsioni umane. L' "homo natura" viene vissuto dalle sue pulsioni, dai suoi desideri. Il suo apparato psichico viene posto in movimento dal desiderio, che diviene l'unica direzione di significato.

A tale visione originale, ma chiusa, schematica e deterministica della sessualità, a ribellarsi fra i primi fu Alfred Adler, che con "Il temperamento nervoso" prima e con le opere successive poi, si staccherà decisamente dal sodalizio psicoanalitico freudiano, per imboccare una strada di ricerca, che porterà a conclusioni tutte diverse da quelle elaborate dal fondatore della psicoanalisi.

Con Adler l'uomo viene ricondotto alla sua sostanziale individualità e totalità, simultaneamente diretto verso una propria metà e verso l'incontro con gli altri uomini. In tale direzionalità verso l'altro, Adler situa la sessualità, intesa come comprensiva di affettività ed amore: uno dei tre compiti vitali e fondamentali dell'uomo. Il taglio interpretativo e la scelta del terreno d'indagine è radicalmente mutato in Alfred Adler. Il campo prediletto non è più la sola dimensione inconscia, intrapersonale dell'uomo, teatro d'azione delle diverse pulsioni libidiche, egoiche e super-egoiche, ma quello delle tensioni e delle dinamiche interpersonali.

La sessualità appartiene a tale modalità d'incontro con l'altro, nell'ambito della possibilità di realizzazione di ogni individuo, insieme alla modalità dell'amicizia e del lavoro.

L'amore non è inteso come qualche cosa di "mancante", di cui avere e sentire il bisogno, come in Freud; né come in Nietzsche, come qualche cosa di esuberante, di pieno e strabocante; ma come qualche cosa in cui volontà, donazione e accettazione dell'altro trovano un naturale equilibrio, in una dimensione di parità e di solidarietà reciproca. Nel solco tracciato da Adler si muoveranno, anche se inconsapevolmente, i movimenti e le scuole analitiche successive, che fanno capo a Sullivan, alla Horney, a Schultz-Hencke, a Frankl, a Fromm, a Binswanger, ecc.

Con diversi accenti e significati si fa strada l'esigenza di recuperare all'uomo della visione freudiana, abbandonato su una strada senza ritorno in preda ad un conflitto irriducibile, giocato tra il principio della vita e della morte, una dimensione creativa del proprio destino. Non più vittima della necessità edipica, ma protagonista della sua salvezza, intesa come realizzazione del proprio progetto vitale, in un contesto d'incontro solidale con l'altro, su uno sfondo culturale, peculiare per ogni individuo, che riprende il fatale sopravvento.

Le tesi tuttavia dei Neo-freudiani, o comunque di coloro che hanno battuto le strade del nuovo umanesimo psicoanalitico, vengono decisamente confutate da H. Marcuse, che in "Eros e civiltà" recupera l'originale pensiero di Freud, riferendosi in particolare alla concezione freudiana della genesi della cultura e della civiltà.

Con il conforto soprattutto del Freud de "Il disagio della civiltà" (1929), Marcuse ripropone la nota tesi che la civiltà (ogni civiltà si basa sulla repressione degli istinti) si nutre di essa, imponendo all'individuo sacrifici sempre maggiori, fino all'estremo: quello della libertà.

"Il sacrificio metodico della libido, la sua deviazione, imposta inesorabilmente verso attività ed espressioni socialmente utili: sono la cultura".

Secondo Freud, la storia dell'uomo è la storia della sua repressione. L'uomo animale diventa un essere umano soltanto in virtù di una trasformazione fondamentale della sua natura: quella del principio del piacere in principio della realtà.

Il sociale per Freud e per Marcuse (anche se soltanto per quanto si riferisce a tali premesse) ancora una volta ci viene presentato "in negativo", come necessaria e fatale trasformazione ed evoluzione del libidico.

La possibilità del sociale sta esclusivamente nella negazione dell'Eros, una necessaria condanna.

Questi sono i cardini della visione sociale della Psicoanalisi.

Su ben altro terreno si muove la Psicologia Individuale. Due sono i

principi fondamentali che muovono l'uomo, essa afferma: uno è la tendenza verso una metà, che è individuale; l'altro è la spinta naturale verso gli altri, che è sociale.

Entrambi coabitano nell'animo umano, dove devono trovare un giusto equilibrio. Il senso sociale, che è interesse, spinta verso l'altro e la società in generale, assume in Adler un significato centrale e con esso l'amore, che è comprensivo di sessualità, affettività e tenerezza e che rappresenta il rapporto interpersonale per eccellenza, l'unione e la relazione emotiva più intima possibile tra due esseri. Anche per quanto riguarda la sfera squisitamente sessuale, il taglio conoscitivo ed interpretativo della Psicologia Individuale è volto all'indagine dei fattori culturali, che sottendono il fatto libidico, inteso sempre come uno dei momenti di una più vasta sfera dinamica, che conduce al rapporto con gli altri ed al conseguimento del proprio fine realizzativo.

Illuminanti ed anticipatrici intuizioni ci vengono proprio da Adler a proposito del rapporto fra i due sessi, confermate dalla problematica attuale, che conferisce all'uomo e alla donna ruoli non più statici e fissati da cristallizzate imposizioni culturali, ma sempre più dinamici e passibili di ulteriori modificazioni.

La lotta per il prestigio e la supremazia tra i sessi assume oggi momenti di estrema tensione.

La subordinazione della donna all'uomo, con la conseguente supremazia di quest'ultimo, elemento cardine della vecchia cultura, viene oggi sempre più confutata e minata dalle radicali trasformazioni avvenute in seno alla società. La donna fa sempre più richiesta di quei privilegi, che in passato sono stati assegnati all'uomo come suoi diritti irrinunciabili.

Rifiuta la connotazione del pudore, che l'autocratica società maschile le assegnava, poiché vissuto come strumento di soggezione totale all'uomo, che attraverso il tabù della verginità e la proibizione dei rapporti extraconiugali, perfezionava e sanciva così il suo dominio.

La sessualità è vista ancora una volta come dinamica di conflitti fra i due sessi, l'uno che tende a perpetuare il predominio, l'altro a ribellarsi e a guadagnare potere.

Ritornando ancora al problema dell'origine della società, ritroviamo Adler attestato sulla chiara, concreta linea che sempre contraddistingue la sua originale "Menschenkenntnis".

L'uomo primitivo si associa agli altri uomini, poiché sperimenta drammaticamente la sua reale inferiorità.

È il timore di soccombere in un mondo naturale ostile, che spinge

l'uomo a creare il primo nucleo della società. È la paura di una diminuzione del proprio prestigio, che porta l'uomo ad estendere il suo dominio sull'altro sesso, nel tentativo di soggiogarlo a ruoli definitivi e subordinati.

Come si vede, siamo ben lontani dalle formulazioni edipiche freudiane, che pretendono di spiegare la genesi della civiltà come necessità di salvaguardia dall'incesto e da quelle, sempre psicoanalitiche, che vogliono situare il conflitto tra uomo e donna unicamente nella prospettiva dall' "invidia del pene".

La rivoluzione in campo sessuale avvenuta in questi ultimi anni in maniera tumultuosa e contraddittoria; i nuovi conflitti sorti fra i due sessi, tra genitori e figli; le valenze che dominano sempre più la scena del nostro tempo, con i quotidiani crudeli presagi di una dissoluzione di ogni civile convivenza, in un quadro di crescente disagio legato all'affastellarsi di impellenti problemi economico-sociali, hanno prodotto nell'uomo contemporaneo una crescente angoscia e un doloroso smarrimento.

Gli appassionati, concreti insegnamenti di Alfred Adler, più che le fredde analisi ossessivamente e univocamente rivolte a cogliere le più segrete ragioni che muovono l'animo umano, si ripropongono oggi a noi con sconcertante, ma confortante attualità.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., "Il temperamento nervoso" Newton Compton. Editori, 1971.
- ADLER A., "Prassi e teoria della Psicologia Individuale" Newton Compton Italiana, 1972.
- ADLER A., "Psicologia Individuale e Conoscenza dell'uomo" Newton Compton Editori, 1975.
- DREIKURS R., "Lineamenti della Psicologia di Adler" La Nuova Italia, 1968.
- ELLEMBERGER H. F., "La scoperta dell'Inconscio" Boringhieri, 1972.
- FOUCAULT M., "La Volontà di Sapere" Feltrinelli, 1978.
- FREUD S., "Tre Saggi sulla Teoria della Sessualità" Mondadori-MI, 1960.
- FREUD S., "Totem e Tabù" Garzanti, 1973.
- FREUD S., "Al di là del Principio del Piacere" Newton Compton Editori Roma, 1974.
- FREUD S., "Il Disagio della Civiltà" Boringhieri-TO, 1971.
- FROMM E., "L'Arte di Amare" Mondadori-MI, 1963.
- FROMM E., "Psicanalisi dell'amore" Newton Compton Editori, 1974.
- GIUS E., "L'Antropoanalisi di Ludwig Binswanger - come superamento del Pensiero Freudiano" Ed. Antonianum-Roma La Scuola Editrice - Brescia, 1975.
- GIUS E., "La Sessualità in prospettiva psicosociale-Ruoli normativi e Devianza" CLEUP - Padova, 1978.
- HORNEY K., "Nuove vie della psicanalisi" Bompiani-MI, 1959.
- MARCUSE H., "Eros e civiltà" Piccola Biblioteca Einaudi, 1977.
- PARENTI F. e Coll. "Dizionario ragionato di Psicologia Individuale" Casa Editrice Cortina-MI, 1975.
- SULLIVAN H. S., "La moderna concezione della Psichiatria" Feltrinelli-MI, 1961.
- SULLIVAN H. S., "Teoria interpersonale della Psichiatria" Feltrinelli-MI, 1962.

GIANNINO PICELLO

IL PROBLEMA DELLA COMUNICAZIONE LOGICA E ANALOGICA IN PSICOSESSUOLOGIA

Introduzione

Oggetto del presente elaborato è la problematica della comunicazione logica e analogica in Psicosessuologia.

Il contesto in cui si è sviluppato il tema è l'ambito di un rapporto ambulatoriale psicoterapeutico, con incontri individuali e/o di coppia.

Sono stati osservati, per una durata media di diciotto mesi, un caso di aneiaculazione, tre di insufficienza erettiva, due di anorgasmia, uno di eiaculazione senjuncta, quattro di vaginismo e tre di anafrodisia. Tali quadri riguardavano il singolo partner o entrambi.

I criteri di selezione sono stati i seguenti:

- 1° - età giovanile (compresa fra i 20 e i 40 anni);
- 2° - affetti da sindromi neurosiche in cui la disfunzione sessuale costituisce il sintomo dominante, o quanto meno condizionante l'intero quadro;
- 3° - soggetti nei quali il problema sessuale si è configurato longitudinalmente attraverso la verifica di un periodo di almeno sei mesi - un anno;
- 4° - soggetti in cui non coesistano perversioni o condotte aberranti, almeno a livello comportamentale;
- 5° - soggetti, infine, che non presentano malattie organiche concomitanti, né implicazioni psicofarmacologiche.

Premesse teoriche

Il comportamento sessuale nell'uomo a differenza di quello degli animali, tipicamente istintivo, con tendenza alla stereotipia e spazio limitato nel quadro generale della condotta e dei tempi di attuazione, è influenzato sia dalla attività mentale superiore, che dalle caratteristi-

che socio-culturali e dalle norme etiche del milieu in cui il soggetto si sviluppa, stabilendo nel suo evolversi importanti relazioni.

Appare necessario approfondire e superare l'esclusiva considerazione delle pulsioni e della ricerca del piacere, muovendosi la psicosessuologia in un ambito di rapporti interpersonali, di integrazione fra individui, di comunicazioni e di implicazioni sociali.

La psicologia tradizionalmente intesa, soprattutto nell'ambito delle psicologie del profondo, tende ad una visione monadica dell'uomo e, di conseguenza, ad una reificazione di quegli aspetti che ora si rivelano sempre più come modelli complessi di relazione e interazione.

Un altro punto nodale è la visione temporale, ipotizzata come passato che dà luogo ad un peculiare presente (determinismo), di per sé non esaustiva, in quanto nello svolgersi dell'attività psichica passato e futuro sono funzioni entrambe fondamentali che informano il presente.

Tale enunciazione di principi riguarda il finalismo causale, uno dei concetti basilari posti da Adler a fondamento della teoria psicologica.

L'Autore si riferisce essenzialmente all'individuo come ad una totalità inserita in un contesto sociale.

Risulta che l'individuo è coinvolto, sin dall'inizio della sua esistenza, in un complesso processo di acquisizione delle regole; ma di tale corpo di regole, di tale calcolo della comunicazione è consapevole parzialmente nel suo tendere ad una metà.

È solo in quest'ultimo secolo che la sessuologia emerge come nuova scienza: appare quindi evidente come nella evoluzione di questo problema permanga la situazione di tabù, con i suoi sottili condizionamenti e tacite regole.

Cercando di superare i ruoli tradizionali, si è rafforzata la dicotomia fra sessualità e affettività; il comportamento in senso stretto viene oggettualizzato, facendone un dato puramente quantitativo in un'ottica della prestazione, che ricerca rassicurazioni in dati statistici oggettivanti le modalità come metà fittizia, che salvaguardi da un impegno qualitativo, privilegiando la scelta quantitativa.

Ne risulta che lo stile neurotico si allontana da modelli di spontaneità, di originalità e di creatività, per uniformarsi ad una prestazione che non minacci il senso di appartenenza al gruppo sociale.

È una volontà di potenza che assorbe il complesso di inferiorità dello status sessuale sfruttando tutta una serie di compensazioni,mediate da una finzione del sentimento sociale.

Le interrelazioni in quest'ultimo saranno strutturate privilegiando, riconoscendo, un unico livello di comunicazione, ovvero quello logico (numerico), come uno sforzo tendente alla superiorità, nel tentativo di uniformare la propria vita ad una tecnica. Il modulo numerico della comunicazione verbale è però meno valido nella sua comprensione generale della comunicazione analogica.

Per quest'ultima ci riferiamo alla definizione, data dagli autori nella Pragmatica della comunicazione umana, come una comunicazione che riferendosi agli analoghi dei dati è non verbale: per esempio le posizioni del corpo, i gesti, le espressioni del viso, l'inflessione della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle stesse parole, la strutturazione della frase come pure i segni di comunicazione presenti in ogni contesto in cui ha luogo un'interazione. È una comunicazione che ha radici in periodi arcaici dell'evoluzione, definendo da sempre il settore della relazione, diversificandosi ben poco dall'eredità che ci hanno trasmesso i nostri antenati mammiferi.

Tenendo presente che ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed uno di relazione, è lecito aspettarsi che i due modelli di comunicazione non soltanto coesistano, ma siano reciprocamente complementari in ogni messaggio.

Nell'ambito di questa complementarietà, non riconoscendo ai due livelli uguale dignità comunicazionale, si acutizza la problematicità in ogni interrelazione; in Psicosessuologia se ne hanno i più validi esempi, in quanto nell'ambito della coppia la componente affettivo-emozionale rappresenta la motivazione significato predominante. Ampliando il concetto, si sottolinea che, per un'armonica integrazione, non è necessaria la coscienza. Per esempio gli amanti possono consumare l'atto sessuale senza istruirsi l'un l'altro o addirittura senza rendersi conto della meccanica del rapporto.

Chi, privilegiando l'ottica della prestazione, si porrà come obiettivo l'esclusiva meccanica del rapporto, inaridirà e svuoterà di contenuti affettivi la dinamica relazionale, riducendo le proprie capacità di risonanza emotiva, innalzando quella che noi definiamo la soglia minima individuale di percettività emotiva sempre collegata al rispetto dell'ereditarietà, dell'istintività, di una responsabilità del momento, tutto ciò che l'individuo impara a conoscere come proprio limite affettivo.

Di contro definiamo soglia massima individuale (percettivo di emotività), il livello massimo di emotività gestibile, oltre il quale intervengono sentimenti di minaccia al ruolo sociale delimitato da precisi patterns culturali, ambientali ed educativi.

Adler, a questo proposito, parla di abbassamento della soglia di eccitabilità, intesa come aumento dell'attenzione che il paziente rivolge a se stesso e alle sue relazioni con gli altri.

Se l'individuo si scontra con l'insoddisfazione dei propri comportamenti, in particolare nella nostra società competitiva e fortemente stimolante la problematica sessuale, usa meccanismi di difesa propri della soglia massima, percezioni e sensazioni; in sintesi il materiale analogico non è percepito per una restrizione del campo della coscienza. Inoltre cerca di non esporsi, anche nell'aspetto di contenuto; cioè, attraverso il modulo verbale, il messaggio si fa sempre più criptico.

Si perfeziona la possibilità specifica dell'uomo di comunicare contemporaneamente su diversi livelli.

Ne consegue un sentimento di mancata autorealizzazione e di inadeguatezza ad uno status socio-sessuale; sarà in questo modo un desiderio sessuale sempre ridotto al passato, svuotato a livello prospettico, "asettico", non attuale.

Una struttura di personalità tipo ha i seguenti tratti: funzionamento mentale rigido, coartazione della sfera affettiva, incapacità di attitudini ludiche gioviali, rigidità al rilassarsi in un franco erotismo, vulnerabilità nell'angoscia non appena una riunione sociale prende un carattere più intimo.

Metodologia terapeutica

In riferimento ai chiarimenti del capitolo introduttivo circa la casistica clinica e terapeutica osservata, abbiamo constatato quanto la determinante psicodinamica di maggior rilievo sia l'immaturità della gestione emotivo-affettiva.

Il nostro interesse si è rivolto alla suddetta determinazione e al principio che la relazione può essere definita esclusivamente dal livello analogico della comunicazione.

Ci siamo così specificati, nell'ambito dell'intervento terapeutico, in alcuni momenti che andiamo ad elencare, in modo necessariamente schematico, non considerando i diversi aspetti e tempi che ogni individuo propone, scandisce.

Fin dal primo incontro ci si porrà una conoscenza concreta, pratica del paziente, dei diversi modi di tracciare le diverse tematiche, delle modulazioni del tono della voce, del coinvolgimento mimico e gestuale, della topografia della sensibilità. In sintesi il terapeuta deve cogliere

la soggettività del paziente e, cercando di raggiungere la maggiore flessibilità emotiva, stabilirà uno stato di sintonia empatica, riconducibile per il paziente stesso all'uso comune e solidale di modi di dire, delle peculiari espressività. Svilupperemo un momento diagnostico che, tramite l'uso dei proiettivi e l'emergere dei primi ricordi, rende possibile una prima conoscenza clinica, insieme ad un avvicinamento alle problematiche del paziente.

Ciò ci consentirà di avviare un processo di preparazione che distolga l'attenzione del soggetto da un'ottica casuale, di regole razionali di comprensione della propria situazione psicosessuologica.

Questo aggancio diretto, per un preciso e pilotato impatto con la dinamica affettiva del paziente, ci permetterà di far intraprendere l'ap-percezione dello stile neurotico in tempi brevi.

L'intervento avrà il benefico effetto di tranquillizzare il soggetto circa lo sforzo intellettuale del capire, che agirebbe come rinforzo della situazione d'ansia, di malessere.

È questa una fase di deresponsabilizzazione sul piano intellettuale, di incoraggiamento al mutamento dello stile di percezione, di ampliamento gestionale della risonanza emotiva, della fiducia nel suo sentire, con la mediazione della comunicazione analogica, nell'ambito della relazione in genere, e più specificatamente nel rapporto sessuale, che investe globalmente l'Io corporeo e l'Io emotivo.

Il terapeuta, in questa fase, deresponsabilizzando, polarizza sul "sé" la continuità del programmare razionale; sottolinea, col soggetto, l'importanza della sequenza emotiva per quanto riguarda se stessi e gli altri, per trarre profitto dalla esperienza intuitiva. Ciò comprenderà una riacquisizione graduale della capacità di vivere sensazioni, emozioni, con una maggiore intensità, riuscendo ad armonizzare il proprio piano delle aspettative con gli accadimenti, con le richieste che la realtà contingente propone, apportando sensibile miglioramento alla sfera sessuale.

Avviene un primo autocondizionamento positivo che può stimolare nel soggetto il generalizzare il principio della intuizione e della sintonia emotiva con "l'Altro", a tutti i campi di relazione.

Chiaramente ciò che è proprio della disponibilità nel rapporto affettivo si discosta dalle norme di comportamento interpersonale nel campo del lavoro, delle relazioni sociali in senso lato.

Da ciò una negativa sensazione di essere "Fuori posto", di accorgersi del fallimento nel programmare i rapporti valorizzando la comunicazione analogica.

Il soggetto si sente diverso, comunica una crisi di identità al terapeuta. Tutto ciò viene definito come momento importante della terapia, insieme a possibili miglioramenti o peggioramenti della sintomatologia clinica; l'obiettivo primario dell'evoluzione della sintonia emotiva regge a tempi brevi, rimanendo inefficace se non è associato ad un successivo e preciso impegno di razionalizzazione, ad una graduale consapevolezza del soggetto, dello stile di vita e del carattere fittizio della sua metà.

In questa fase sarà importante ridefinire la relazione in modo più paritario, affrontando con una logica sistematica i temi di integrazione dell'individuo, quali lavoro, amore ed amicizia, o "Compiti vitali" come sono stati definiti dal Dreikurs.

Aumenta, in questo modo, la partecipazione attiva del soggetto in una revisione critica del proprio programmarsi.

Accadimenti e nuove situazioni sono fenomeni appercettivi, che non potendo più essere scotomizzati dal soggetto sviluppano un'ansia tutta diversa, riferibile a più precise ed obiettivamente valide problematiche.

Consegue uno status socio-sessuale con modelli di riferimento meno stereotipati e meno succube delle suggestioni quantitative di quell'ottica della prestazione già accennata nell'ambito delle metà fittizie.

In questo stadio si focalizzerà l'attenzione sulle compensazioni improduttive che, al fine di alleviare il sentimento di inferiorità, sviano da una corretta comunicazione operando dannose diversioni dal rapporto interpersonale serenamente esplicato.

La dinamica relazionale col terapeuta diventa una "Palestra di vita" dando i primi strumenti di gestione e di differenziazione a modulare la complementarietà del livello logico ed analogico.

Si prenderà coscienza del valore non assertivo e non denotativo della comunicazione analogica e dell'impossibilità di definire la relazione mediante la comunicazione logica; si apprezzerà la necessità di acquisire abilità nella traduzione tra i diversi livelli di comunicazione, in base alle differenti situazioni che la realtà propone coinvolgendo affettività, razionalità, interessi culturali, sociali, professionali, etc...

Considerazioni critiche

Il controllo catamnestico dei casi citati non è stato ancora compiutamente effettuato: sarà quindi possibile apportare miglioramenti alle eventuali lacune settoriali.

L'identità del presente elaborato ha come limite l'aver focalizzato in modo esemplificativo un modello di personalità tipo, rilievo delle costanti psicodinamiche statistiche con supporti bibliografici.

Una situazione psicopatologica parzialmente simmetrica e speculare riguarda la presenza di dignità della codificazione analogica, successiva però ad un'ulteriore traduzione del materiale numericizzato.

La trattazione di questo quadro clinico è già stato argomento di indagine di molti autori: Bateson-Jakson, Laing-Esterson...

Ai fini dell'elaborato è funzionale l'osservazione di un privilegio del livello analogico carente nella gestione, plausibile come soluzione di compromesso, ricorrendo ai simboli della comunicazione analogica nella dolorosa impossibilità di usare il modulo numerico.

Dall'opera di Jung si deduce che i simboli si manifestano quando non è stata ancora raggiunta una comunicazione verbale, secondo il modulo numerico. Però il ritorno all'analogico consegue, più soventemente, all'impossibilità di numerizzazione.

Estrapolando dalle suddette situazioni parzialmente simmetriche, si ricevono input che rendono necessario un ulteriore ampliamento del momento psicoterapeutico.

Le difficoltà relazionali della coppia sono spesso strutturate con istanze reciproche di cattiva volontà di accordo. A questo proposito, gli esperti della comunicazione interpretano la conflittualità come discrepanza di punteggiatura di una comunicazione resa circolare, generata dalla convinzione saldamente radicata ed indiscussa, in entrambi i coniugi, che esista soltanto una realtà, il mondo come Io lo vedo che consenta di mantenere l'opinione che si ha della natura della relazione. Nell'evoluzione del singolo è una soggettività che si struttura nella selezione delle percezioni e sensazioni, secondo griglie peculiari di ogni individuo. Questa situazione sembra collegabile al motto di Seneca "Omnia ex opinione suspensa sunt" citato da Adler nel Temperamento Nervoso.

Uno degli obiettivi della psicoterapia sarà dare una numerizzazione corretta e correttiva del messaggio analogico definente la relazione ed una conseguente razionalizzazione della situazione di discrepanza.

Tenendo presente che i principi teorici e gli aspetti terapeutici del presente elaborato si saldano nei concetti di ampliamento della risonanza emotiva, di dignità della comunicazione analogica e della sua gestione, riferendosi solo indirettamente alle relazioni interpersonali dell'uomo, visto come animale sociale, si focalizza essenzialmente il suo nesso esistenziale. Garantendo a quest'ultimo la sua peculiarità, il terapeuta definisce la relazione a livello analogico, polarizza sul "Sé" la continuità del programma razionale.

Costringendosi ad abbandonare un rigido tendere alla oggettività, al fine di stabilire una sintonia comunicazionale analogica, il terapeuta non può ricorrere all'esclusiva numerizzazione dei principi, "perché è facile dichiarare qualcosa verbalmente, ma è difficile sostenere una bugia nel regno dell'analogico" (Pragmatica della comunicazione umana). Tale scelta coraggiosa è un rischio calcolato nell'ambito della soggettività, che deve essere modulato in base alla preparazione, esperienza, tratti temperamentalni del terapeuta, al fine di far intraprendere l'appercezione dello stile neurotico, in tempi brevi.

Parallelamente la metodologia terapeutica dovrà essere capace di armonizzarsi all'evolversi del contesto clinico in quanto: "Il rapido cambio dei costumi sociali si riflette nella sintomatologia psicopatologica" (Ginsberg 1972, Arch. Gen. Psychiat.).

ALBERTO ANGELISIO
ROSALBA BOSCOLO

LA MODIFICAZIONE DEL RUOLO SOCIALE DELLA DONNA
NELLA GENESI DELLE PROBLEMATICHE
PSICOSESSUOLOGICHE

Negli scritti del 1910 Adler introduce i concetti di "sentimento d'inferiorità" e di "protesta virile". Nel primo capitolo del Temperamento Nervoso (del 1912) propone alcune specifiche opposizioni tra cui quella "maschile-femminile". I termini che Adler usa devono essere considerati nel loro significato più ampio, come metafore per "forza" e "debolezza" e non come concetti strettamente legati alla sessualità, come potrebbe apparire ad una prima e superficiale lettura; non sembra, infatti, che l'analogia sessuale di superiorità maschile ed inferiorità femminile dipenda semplicemente dal bisogno di Adler di differenziarsi da Freud nell'uso della terminologia, ma essa trova corrispondenza nella realtà sociale europea dell'epoca.

Questi significati sono ancora attuali, nonostante il processo di modificaione dei ruoli che è attivamente in corso; ne è stata verificata l'efficacia nello studio delle problematiche psicosessuali e nella valutazione dell'importanza che assume l'evoluzione del ruolo sociale femminile nella psicogenesi di tali problematiche.

Numerose ipotesi sono state formulate per spiegare come sia insorta nella donna questa esigenza di crescita maturativa. Un dato costante è la comparsa di un movimento femminista in parallelo con il momento in cui la storia di ogni paese ha vissuto l'evoluzione industriale. Nella società rurale la donna aveva un ruolo ben determinato e valorizzante ed era inserita entro un microsistema sociale in cui esisteva una valida comunicazione. Nella società industriale, invece, a seguito dell'urbanizzazione, la donna che mantiene il ruolo di casalinga perde la possibilità di comunicare e diviene socialmente emarginata. Questo è uno dei fattori che determinano l'insorgere del malessere femminile. Bisogna considerare, inoltre, il momento dell'ingresso della donna nella fabbrica, ove essa si trova in una condizione di inferiorità rispetto all'uomo: la

paga è più bassa, le mansioni subordinate, ed emerge un'impressione di sfruttamento, confermata dal fatto che ella si deve sostituire all'uomo quando questi è assente (durante i conflitti), per essere poi allontanata al suo ritorno. In questa situazione essa è però in grado di comunicare ed acquisisce modelli differenti da quello femminile tradizionale.

Per contro, nell'ambito della famiglia, durante la fase adolescenziale ed infantile persistono ancora gli schemi del passato: alle bambine vengono proposti giochi tipicamente femminili, la libertà delle giovani è limitata; fuga da casa o vita al di fuori della famiglia di origine sono dati frequenti. Così, l'impatto della donna con il movimento femminile determina facilmente l'insorgere in essa di conflittualità.

Il modello storico-sociologico, condensato per brevità, è stato citato per indicare come gli elementi essenziali della protesta della donna siano dovuti alla mancanza di inserimento sociale ed al bisogno di trovare uno spazio per tale inserimento. Inoltre esso evidenzia l'origine del sentimento d'inferiorità che spiega le direttive di molte femministe esasperate, che hanno scelto come metà fittizia il superamento dell'uomo secondo linee virili piuttosto che una crescita personale originale ed indipendente dal modello proposto dalla "superiorità maschile".

Questa ipotesi interpretativa non deriva solo dal bisogno di mantenersi in linea con la psicologia individuale, ma da essa si rileva come il modello adleriano permette di penetrare le problematiche psicosociali in modo pregnante. Infatti, inquadrando come "protesta virile" questo movimento della donna, si può comprendere la psicogenesi di molte problematiche sessuologiche.

La scelta del tema della relazione proviene dall'analisi di un ricco materiale di osservazione psicologica raccolto presso un Consultorio per l'Educazione Demografica, nel corso di due anni di lavoro.

Nella presentazione vengono distinte le problematiche maschili da quelle femminili, in quanto il fattore "evoluzione sociale della donna" ha un posto diverso nella psicogenesi del disturbo a seconda del sesso considerato e, anche per uno stesso genere sessuale, la correlazione varia a seconda dei casi.

Nel sesso maschile il disturbo psicosessuale si manifesta con impotenza secondaria, nelle sue varie forme, e, in un certo numero di casi, con un viraggio verso l'omosessualità, riscontrato particolarmente nei soggetti giovani, oppure verso deviazioni sessuali nell'adulto, ad esempio: voyeurismo, rapporto prevalente od esclusivo con prostitute.

Per il sesso femminile, si osserva egualmente un problema nell'accoppiamento sessuale con la comparsa di frigidità, dispareunia, vagini-

smo, insufficienza orgasmica, etc. e viene anche messo in discussione il rapporto di coppia, considerato nella sua globalità; esistono poi alcuni casi di viraggio verso l'omosessualità che compaiono maggiormente nelle donne adulte; non è stata presa in considerazione la forma transitoria che si manifesta nella fase adolescenziale e che ha una diversa origine.

L'evoluzione del ruolo sociale della donna non compare costantemente nella psicogenesi del disturbo, né si vuole formulare in questa sede una generalizzazione etiologica. Tale elemento compare, però, in un numero significativo di casi come concausa scatenante ove l'insorgere del disturbo è, tuttavia, da correlare alla particolare strutturazione della personalità dell'individuo.

Gli esempi che presentiamo sono tutti riferiti a problemi di accoppiamento eterosessuale, in quanto è questa la problematica psicosessuologica prevalente nella casistica consultoriale. Per brevità segnaliamo soli tre casi, tra i più significativi.

CASO N. 1

Un uomo di 30 anni, celibe, educato in modo tradizionale. Sino dai primi rapporti eterosessuali presenta sintomi d'impotenza (insufficienza erettiva) che vengono successivamente aggravati dalla comparsa di ansia e somatizzazioni, già nella fase del corteggiamento. L'indagine psicologica evidenzia l'accentuarsi del problema quando il soggetto si mette in relazione con donne estroverse che affrontano il rapporto in modo paritario. Il suo atteggiamento vorrebbe essere quello classico del "maschio dominatore", ma la situazione odierna comporta una perdita di ruolo.

Collaudato con un modello femminile materno tradizionale, non è in grado di mettere in discussione la propria personale modalità di rapporto con una donna socialmente evoluta.

CASO N. 2

Donna di 32 anni, separata dal primo partner; manifesta il sintomo "frigidità" allorché sostituisce al primo, debole e sottomesso, un uomo che presenta caratteristiche di maggiore virilità, nel senso classico del termine. Il soggetto ha ricevuto in famiglia un'educazione di tipo tradizionale che condurrebbe ad una scelta in linea femminile. Parados-

salmente la matrice della sua protesta virile si trova nell'acculturazione propostale dal secondo partner al quale si sente inferiore e sottomessa proprio su questo piano; per compensarsi di tale sentimento d'inferiorità, viene a contatto con una realtà sociale femminile differente da quella vissuta all'interno della famiglia ed evolve verso la protesta virile, di cui il sintomo psicosessuale è espressione.

CASO N. 3

Donna di 40 anni, sposata da 15 con un cugino primo, dato, questo, indicativo del sentimento d'inferiorità del soggetto, che la conduce ad una scelta matrimoniale protetta, confinata entro i limiti sicuri del microcosmo familiare. Il sintomo frigidità è presente e di esso la paziente è consapevole sino dai primi rapporti sessuali; tuttavia accetta passivamente questa patologia. In tempi successivi, per motivi di lavoro, approda ad un ambiente sociale di femministe accese e viene coinvolta da questo tipo di ideologia: inizia così ad allontanarsi progressivamente dal marito e porta una problematica che esula dal disturbo psicosessuale puro e comprende il rapporto di coppia a tutti i livelli, sino alla maturazione dell'idea di separazione.

Gli esempi citati, se pure numericamente limitati, sono espressione dello standard dei casi che accedono all'osservazione e propongono situazioni tipo, con differenti meccanismi psicogenetici per i due sessi.

Per il sesso maschile, l'evoluzione del ruolo della donna agisce direttamente come determinante psicogenetica del sintomo. L'uomo, educato in modo tradizionale, quando si trova a contatto con un modello di donna diverso da quello femminile, che gli è stato proposto sia dalla figura materna, sia dalla propria cultura, si sente messo in "basso" e tende ad uscire dal proprio ruolo di partner che non vive come valorizzante, elaborando il disturbo sessuale. L'impotenza è, in questo senso, difensiva per il soggetto, in quanto rappresenta la fuga dall'insuccesso ed è dovuta al bisogno di confinare il vissuto di inferiorità ad un livello non così marcato come avverrebbe nel massimo della situazione di collaudo; può, in alcuni casi, essere interpretata come un tentativo di elevarsi, assicurandosi una posizione di superiorità con il rifiuto del rapporto sessuale.

Il sentimento d'inferiorità emerge dal vissuto del rapporto eterosessuale e può portare, in un certo numero di casi, a scelte di compenso

devianti: omosessualità per i maschi giovani, soprattutto se la loro storia di rapporti interpersonali con soggetti di sesso femminile viene recuperata come esperienza negativa (in questo senso il rapporto con la madre assume un'importanza particolare). Nei maschi adulti è frequente, invece, la deviazione verso la perversione (sadismo, voyeurismo, etc.) come scelta di compenso che permette di mantenere il ruolo di superiorità, oppure verso rapporti con prostitute, in quanto non impegnativa sul piano interpersonale. È noto infatti, anche se questi dati sono privi di validità statistica, che la clientela delle prostitute si va lentamente spostando verso i livelli di età adulti rispetto al passato.

Per il sesso femminile, invece, la matrice culturale "evoluzione del ruolo" agisce in modo differente nella psicogenesi dei sintomi e la correlazione con il sintomo avviene con due diverse modalità, come si può rilevare dagli esempi citati.

Nel caso (2) l'evoluzione sociale della donna è correlata direttamente con il manifestarsi del sintomo psicosessuale. In un primo momento esso non è manifesto e compare, in parallelo con la contaminazione culturale, sotto forma di protesta virile. Si rilevi come il finalismo del sintomo stesso è inconsapevole per la paziente.

Nel caso (3), invece, l'evoluzione maturativa del ruolo sociale comporta la presa di coscienza del sintomo preesistente, che, in una prima fase, è accettato passivamente, attraverso un insight sulla problematica della relazione di coppia e la non accettazione del "sé femminile sociale", in quanto vissuto come inferiore.

Pertanto da queste considerazioni, e rimanendo nell'ambito delle problematiche del sesso femminile, si rileva che la modifica del ruolo sociale agisce secondo due modalità differenti: (a) elaborazione del sintomo psicosessuale, oppure, (b) insight sul sintomo già manifestato.

Si propone il quesito se il problema preesista nella donna o se esso emerge solo a seguito dell'input socio-culturale. Che il problema di relazione eterosessuale esista già di fatto è evidente nel caso (3), ove la frigidità era già manifesta come sintoma. Nel caso (2), invece, non è presente un disturbo psicosessuale, prima che la situazione evolva nel modo che è stato indicato, ma l'anamnesi psicologica accerta l'esistenza di una sintomatologia di tipo psiconevrotico già nel corso del primo rapporto di coppia.

Tali osservazioni portano ad un aggancio con il significato dei sintomi e dei simboli. È noto, ed il prof. Parenti ne ha fornito testimonianza pregnante nel corso S.I.P.I. di quest'anno, che il vissuto onirico sessuale, un tempo censurato ed espresso mediante simboli, ora viene

spesso chiaramente rappresentato: i sogni dei pazienti sono ricchi di elementi sessuali, manifestamente espressi. Si può quindi proporre l'ipotesi che la progressiva evoluzione culturale e la conseguente liberazione dai tabù relativi alla sessualità determinino l'espressione del vissuto di coppia mediante l'elaborazione diretta di un sintomo sessuale. Per contro, significativa è la diminuzione della sintomatologia di tipo isterico nel sesso femminile. Con questo non si vuole dare al sintomo isterico un'interpretazione esclusivamente sessuale, ma la diminuzione di questa entità nosografica è un dato di fatto.

Si è visto che la donna del caso (3) presenta il sintomo psicosessuale già dall'inizio del rapporto, ma lo accetta passivamente. Anche questo è un dato che si riscontra spesso nella casistica del passato e che oggi si va attenuando. Esso può ancora essere riferito al tabù nei confronti delle espressioni della sessualità: oltre a ciò si deve considerare che, nella cultura patriarcale, gli elementi di valorizzazione della donna sono diversi da quelli attuali: la religione stessa ha sempre privilegiato la sofferenza. Questo spiega come la frigidità e gli altri disturbi psicosessuali siano accettati senza essere messi in discussione. La madre asessuata e deerotizzata è modello ideale per un certo tipo di cultura. L'evoluzione del ruolo sociale femminile, in quanto evoluzione culturale, modifica questo sistema di valori: allora il sintomo si manifesta e viene portato come tale oppure come segno di disagio diverso, non solo sessuale.

Anche per il sesso femminile il sentimento d'inferiorità può determinare il viraggio verso scelte devianti. Si osserva una significativa popolazione di donne adulte che approdano all'omosessualità come scelta di compenso meno impegnativa sul piano del rapporto interpersonale. La metà è fittizia, così come il riconoscimento di un rivale nel partner è un falso scopo, che si può interpretare riconducendosi al sentimento d'inferiorità vissuto dal soggetto.

Anche l' "evoluzione del ruolo sociale femminile" può essere assunta ed interpretata come una finzione compensatrice del sentimento d'inferiorità. Ma, anche se deve essere recuperata analiticamente in questo senso, rimane come elemento di una realtà socio-culturale di cui non si può non tener conto nel cammino psicoterapeutico.

Considerandolo come dato di realtà e in un'angolatura proiettata verso il futuro, si può formulare la previsione che tale evoluzione comporterà una revisione della terminologia di cui Adler fa uso nei suoi scritti. Se, infatti, questa crescita maturativa porterà ad una parità di fatto con l'uomo, i termini "maschile" e "femminile" non potranno più

essere assunti come sinonimi di "alto" e "basso", tranne che in senso storico. Questo però nulla toglie all'attualità della psicologia individuale di Adler che, a differenza della psicoanalisi di Freud, non ha voluto segnalare un fenomeno universale ma, in quanto modello aperto, lo ha chiaramente riferito a caratteristiche contingenti della società, lasciando come implicito che la modificazione di queste caratteristiche possa modificare il fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM G., PASINI W., *"Introduzione alla sessuologia clinica"*, Feltrinelli, Milano 1975.
- ABRAHAM G., *"Disfunzioni sessuali femminili"*, Relazione del Convegno 1976 sul tema "Nuove terapie sessuali".
- ADLER A., *"Il temperamento nervoso"*, Astrolabio, Roma, 1971.
- ADLER A., *"Le probleme de l'homosexualite"*, Payot, Paris, 1956.
- ADLER A., *"La psicologia individuale"*, Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A., *"Psicologia individuale e conoscenze dell'uomo"*, Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A., *"Cos'è la psicologia individuale"*, Newton Compton, Roma, 1976.
- ANSBACHER H. L. ROWENA R. ANSBACHER, *"The individual psychology of Alfred Adler"*, Harper Colophon Books, New York, 1974.
- ASCOLI G. FUSINI N. GRAMAGLIA M. MENAPACE L. PUCCINI S. SANTARELLI E., *"La questione femminile in Italia, dal 1900 ad oggi"*, Franco Angeli, Milano, 1977.
- CALETTI G. DEL PRÀ G. FOJADELLI A. GAZERRO M. L. SERENA A. e coll., *"Il comportamento sessuale degli Italiani"*, Calderini, Bologna, 1976.
- GIANINI BELOTTI E., *"Dalla parte delle bambine"*, Feltrinelli, Milano, 1973.
- MAGLI Ida, *"La donna un problema aperto, guida alla ricerca antropologica"*, Vallecchi, 1974.
- MASTER W. JOHNSON V., *"Il legame del piacere"*, Feltrinelli, 1975.
- MASTER W. JOHNSON V., *"Patologia e terapia del rapporto coniugale"*, Feltrinelli, 1970.
- MASTER W. JOHNSON V., *"L'atto sessuale nell'uomo e nella donna"*, Feltrinelli, 1967.
- MITCHELL J., *"La condizione della donna"*, Einaudi, 1972.
- MORGAN E., *"L'origine della donna"*, Einaudi, 1974.
- PARENTI F. ROVERA G. G. PAGANI P. L., CASTELLO F., *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- PASINI W., *"Vaginismo e disparesunia"*, Relazione del Convegno 1976 sul tema "Nuove terapie sessuali".
- PIERONI BORTOLOTTI F., *"Alle origini del movimento femminile in Italia 1848 - 1892"*, Einaudi, Torino, 1963.
- ROVERA G. G., *"La individual-psicologia: un modello aperto"*, Rivista di Psicologia Individuale, N.N. 6/7, pp. 23/50, 1976/1977.
- ROVERA G. G. CIONINI GIARDI E. ACCOMAZZO R., *"Modelli psicosessuologici in igiene mentale"*, Minerva Medica, Torino, 1976.
- SARACENO C., *"Anatomia della famiglia"*, De Donato, Bari, 1976.

GABRIELLA MORASSO

NINFOMANIA E CLEPTOMANIA: ASPETTI CONCOMITANTI IN DUE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE

Il tema ci consente alcune considerazioni importanti su determinati aspetti sintomatologici, che sono o appaiono fonte di sofferenza per chi li presenta e fonte di disturbo per l'ambiente e nel contempo rappresentano modi di rispondere alle proposte dell'ambiente stesso in generale e di quello familiare in particolare.

Senza entrare in una disquisizione sulla polisignificatività e policasalità dei sintomi psichici, che rientra in un discorso più generale, è importante tuttavia sottolineare come, nei casi specifici, si debba evitare di formulare a priori un'ipotesi pansessualista, poiché sarebbe troppo facile, anche se suggestivo, interpretare manifestazioni comportamentali centrate esclusivamente su contenuti sessuali o captativi come derivanti esclusivamente da istanze sessuali.

L'esperienza diretta ci porta a constatare come spesso sintomi quali la ninfomania e la cleptomania assumano una particolare rilevanza sociale, anche perché richiamano un giudizio morale, e vengano frequentemente ad assumere caratteristiche fortemente stereotipate, che possono portare più all'etichettamento che ad una comprensione fruttuosa.

Le nostre osservazioni si riferiscono a due pazienti di sesso femminile: una donna di 34 a., sposata, con una figlia di 9 a., venuta in psicoterapia per una sintomatologia presentata in un primo tempo come caratterizzata da persistenti sensazioni dolorose a carico degli organi genitali, intervenute alcuni anni prima, in concomitanza di masturbazione coatta, e tutt'ora presenti e ribelli a qualsiasi trattamento farmacologico; una giovane di 22 a., condotta dalla madre al fine di correggere una quadra di "ninfomania", per il quale era già stato fatto, senza successo, un tentativo di psicoterapia.

Entrambe le pazienti si sono fatte precedere da una lettera, nella quale elencavano, in termini estremamente crudi, i loro sintomi.

Entrambe le pazienti, nel corso del primo incontro con l'analista, hanno cercato di dare per scontata la conoscenza dei loro problemi-sintomo, da parte dell'analista stesso, portando avanti un discorso che

rappresentava, in termini logici, la conseguenza della premessa iniziale da loro messa per iscritto.

Sorgeva quindi un primo problema: riuscire a trovare un punto di riferimento comune ed esplicito, utilizzabile sia dal terapeuta che dalle pazienti, per poter dare un significato concordante ad una serie di affermazioni predicative o di attributi sintomatologici che le pazienti esponevano in termini così assoluti, che rendevano difficile fare l'argomento stesso oggetto di dialogo.

Questo esporre per iscritto, delimitando molto autoritariamente il campo su cui l'attenzione del terapeuta veniva richiamata, e questa tendenza ad autocategorizzarsi, autodefinirsi, attraverso un sintomo socialmente riprovato, veniva già a definire un tratto importante dello stile di vita. In essa si esprimeva già la tendenza a ricorrere ad un "apparato di sicurezza" estremamente rigido.

La paziente di 34 a. esponeva una problematica che sembrava porre al centro della sua esistenza: la masturbazione e il malessere che ne conseguiva; aveva tentato di liberarsi del sintomo ricorrendo all'ablazione chirurgica del clitoride, poiché riteneva che questo organo costituisse la sede del suo impulso irrefrenabile.

Per ottenere questo intervento chirurgico aveva fatto ricorso a tutta una serie di stratagemmi. La paziente sperava di ottenere, attraverso una breve psicoterapia, la scomparsa del sintomo e sembrava considerare la psicoterapia come un qualcosa di esterno a lei, che potesse ridurre il suo malessere senza coinvolgerla emotivamente.

L'avvio della relazione terapeutica consentì di far emergere, insieme ai ricordi dell'infanzia, alcuni altri elementi, aventi valore di sintomo, tra cui spiccava la tendenza ad appropriarsi furtivamente di oggetti e di denaro altrui.

La paziente si autodefiniva cleptomane e, nel periodo corrispondente a quello dell'avvio dell'analisi, i suoi atti cleptomani erano costituiti prevalentemente dal sottrarre denaro al marito e dal compiere furti nei negozi in cui le accadeva di entrare. I prodotti di quest'attività venivano costantemente consegnati alla madre. La cleptomania non aveva mai rappresentato per questa donna un sintomo da curare. Questa tendenza al furto era strettamente connessa al rapporto con la madre, che aveva sempre incoraggiato la figlia a rubare.

Un altro aspetto importante del rapporto con la madre era emergersi nel frattempo: il più antico ricordo della paziente consisteva nell'immagine di un accoppiamento dei genitori. Su questo ricordo e su altri analoghi ricorrenti si inserivano due sensazioni: la madre era vittima di

una violenza; la paziente invidiava la madre, si sentiva esclusa, avrebbe voluto essere al suo posto. Questo problema trovò sbocco nei primi episodi masturbatori e successivamente nell'avvio precoce di rapporti sessuali con coetanei, vissuti da lei come momenti in cui poteva identificarsi pienamente nella madre. Ciò poteva avvenire soltanto in maniera clandestina: la paziente pensava che, se fosse stata sorpresa in quelle circostanze dalla madre o dal padre, "l'avrebbero ammazzata di botte".

Il rapporto col marito era caratterizzato da un'intensa ambivalenza che trovava, fra l'altro, espressione nella frigidità nei confronti del coniuge, nel bisogno di derubarlo, nel timore di essere duramente punita se gli avesse chiesto il denaro necessario per mandare avanti la famiglia, e in più nella continua spinta a ricercare rapporti sessuali clandestini con altri uomini. Nei confronti della figlia, che sentiva come un oggetto di sua totale proprietà, tendeva ad esercitare un dominio assoluto, che si esplicava attraverso l'imposizione di rigidissime norme di comportamento. Provava un'angoscia insopportabile all'idea che, crescendo, potesse avere rapporti sessuali.

Nel tentativo di tracciare uno schema sommario dello stile di vita della paziente, enucleiamo alcuni punti, attraverso i quali essa filtra ogni evento della sua esistenza in una coatta ripetizione e riproposizione di modalità rigide, con il cui tramite la nevrosi si esplica: la tendenza al possesso assoluto e alla corrispondente sensazione di perdita assoluta; alla base di questo: un intenso senso di insicurezza, che ha la sua base nel rapporto con i genitori. Questo rapporto evoca il ricordo di episodi escludenti, aggressivi, invidiati. La compensazione è tentata in forma diretta su quello che usiamo definire il "settore carente" (Parenti), attraverso la masturbazione furtiva ed il furto, traducibile poi nel quadro kleptomanico.

Nella seconda paziente la problematica sessuale si manifesta in termini più complessi, perché al suo interno trovano spazio tutte le istanze di compensazione furtiva e di bisogno di esercitare il dominio sugli altri che, nel caso prima descritto, si esprimevano con sintomatologie distinte (il quadro ninfomanico, il dominio sulla figlia, la kleptomania). Infatti la nostra paziente ventiduenne, vissuta in un ambiente familiare nel quale i genitori non erano mai apparsi come una coppia unita ed in cui il tabù sessuale aveva sempre rappresentato il punto centrale dell'educazione, fatta di divieti, impartitale prevalentemente dalla madre, contrariamente alla prima paziente, non aveva alcun ricordo di rapporti fra genitori, ma anzi un'immagine dei genitori, che

non comprendeva una legame di coppia. Anche il padre, che per il tipo di lavoro era assai frequentemente assente da casa, aveva esercitato sulla figlia un'azione rigidamente educativa, moraleggiante, improntata alla presentazione sistematica di divieti, senza mai dare apporti rassicuranti.

Il tipo di atteggiamento educativo, così rigidamente improntato sul versante del divieto, ha rappresentato un freno alla maturazione della personalità, portando la paziente a vedere determinate fasi del suo sviluppo e determinati contenuti di queste fasi, come facenti parte del quadro delle cose proibite (sviluppo fisico, puberale, allargamento delle sfere di interesse, rapporto con gli altri, ecc.). Su questo quadro ambientale veniva a tratteggiarsi un comportamento caratterizzato per un lato dalla necessità di avere rapporti sereni con coetanei e coetanee, per l'altro dalla necessità di essere presa in considerazione dalla madre per quello che lei era o poteva essere e non già per quello che la madre la riteneva.

Infatti, accadeva che la madre esercitasse sulle amiche della figlia un controllo tutto particolare, nel senso che esprimeva giudizi di accettabilità morale sulla base delle impressioni che le faceva piacere coltivare, impressioni frequentemente errate, di cui la ragazza aveva ampia riprova dalla conoscenza diretta delle persone che la madre giudicava senza conoscere. Il giudizio della madre era costantemente basato su un dato assoluto: l'esclusione sistematica della presenza di persone di sesso maschile, che riteneva garantita da alcune ragazze che lei desiderava attribuire alla figlia come amiche.

Su questo atteggiamento non realistico della madre si sviluppava nella ragazza un intenso impulso di protesta, che si accompagnava al bisogno di sentirsi presa in considerazione direttamente e non soltanto attraverso la considerazione che veniva dedicata alle presunte amiche valide. L'esasperazione di questo bisogno finì per rappresentare l'elemento di maggiore spinta alla costruzione di un comportamento compensatorio, rappresentato dal fare le cose più rigidamente vietate, con la paura e il desiderio di essere scoperta.

Questo comportamento appariva condizionato dall'insorgere di impulsi erotici irrefrenabili, che inducevano la ragazza ad avvicinare continuamente uomini per avere con loro rapporti sessuali episodici, mai accompagnati dall'instaurazione di una benché minima relazione col partner. Tutto questo avveniva in un clima tutt'altro che sereno: la paziente provava un'intensa ripugnanza per i rapporti che lei stessa ricercava.

Gli episodi di ricerca di rapporti sessuali clandestini, compiuti furtivamente, che il soggetto copriva agli occhi della madre con atteggiamenti di simulata obbedienza, avevano il significato di vendetta nei confronti del senso di abbandono da lei sempre avvertito e di cui aveva sempre teso ad accusare la madre.

Si diceva: "mia madre non si occupa di me, non mi vuole, io faccio questo". Il significato diventa allora "tu mi butti via, io mi butto via".

Per fare questo la ragazza ricorreva a quegli argomenti che la madre presentava come tabù assoluti. Il conflitto era estremamente intenso e quindi non suscettibile di spontanea evoluzione. La canalizzazione nel campo sessuale trovava poi uno sviluppo distorto, al cui servizio la paziente metteva tutte le sue energie.

Considerazioni finali

I due casi descritti ci consentono di fare alcune considerazioni che riconfermano pienamente il punto di vista adleriano in ordine sia alla tematica generale delle nevrosi, sia alla non primarietà dell'intervento del contenuto sessuale nella manifestazione di sintomi. Il sintomo "anomalie di comportamento sessuale" è pertanto l'espressione inadeguata di un problema più vasto, che riguarda la autopercezione, il sentimento di personalità, la collocazione dell'individuo nel mondo. Tutto questo può essere tradotto in termini di espressione di uno stile di vita.

Nelle nostre pazienti uno stile di vita nevrotico era venuto a costituirsi già fin dalla prima infanzia, come risposta al clima familiare che era improntato a trasmissione di sensazioni di insicurezza e induceva lo sviluppo di compensazioni sul versante delle rivalità e competitività dirette, fittiziamente utili alla costruzione di un apparato di sicurezza nevrotico.

La comparsa delle prime istanze sessuali, collegate alle corrispondenti fasi dello sviluppo biologico, è venuta ad inscriversi in quello stile di vita dal quale il senso sociale era già grandemente escluso. Infatti, la competitività e la rivalità non consentono di sviluppare quel senso di solidarietà umana, che può trovare avvio sul terreno di una reale sicurezza.

Ne deriva la costituzione di un modello psicosessuale con tutta la caratterizzazione dell'egocentrismo infantile, che non trova uno sbocco di passaggio al rapporto di scambio, alla reciprocità, alla capacità di

dare e ricevere, che del senso sociale sono espressione. Allora ogni attività sessuale continua a mantenere il significato di un'attività masturbatoria e quindi autoerotica, egocentrica, nella quale l'eventuale partner ha solo una funzione strumentale.

La visione finalistica della psicologia individuale ci consente di fare una valutazione del significato di questi aspetti, nella dinamica generale dell'esistenza.

Le compensazioni intervengono in tutti i settori della vita e non soltanto in quelli dai quali sembrano sorte. Vediamo allora un processo di generalizzazione che, attingendo alle risorse disponibili, si estende a tutta la gamma dei rapporti interpersonali, seguendo la linea della finalità fittizia che è alla base della nevrosi e dello stile di vita.

Nelle nostre pazienti predominava un problema di valorizzazione nei confronti della madre, che rimaneva cristallizzato per il mancato avvio di uno sviluppo del sentimento sociale, che potesse creare le premesse per il raggiungimento di una adeguata autonomia. Tutto lo stile di vita appariva orientato a questa unica prospettiva e a questo unico fine. La strumentalità dei sintomi induceva, nel loro mondo, risposte che riconfermavano il peso dei sintomi stessi, portando a quella sorta di etichettamento di cui loro stesse erano protagoniste e che in termini esplicativi ci spiega perché l'attenzione loro e di quelli che le circondavano fosse tutta centrata sui sintomi.

Potremmo parlare di una compensazione nevrotica di sentimenti di impotenza, attuata non solo dalle pazienti, ma anche dal mondo umano con cui venivano in contatto.

In realtà il problema delle anomalie di comportamento sessuale o della tendenza alla cleptomania, come compensazione furtiva di una perdita, non era il vero problema su cui il nucleo nevrotico si era costituito, ma soltanto una modalità mascherata di esprimere. E l'espressione, in quanto linguaggio, trova il suo spunto e il suo modo, attingendo all'ambiente familiare e sociale in cui ogni persona nasce, vive e cresce.

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 Wiesbaden 1920 - Trad. It. - Prassi e Teoria della psicologia individuale - Astrolabio, Roma 1967.
- ADLER A., Social Interest - Putnam, New York 1939.
- CAZZULLO C. L., Sintomi e realtà - dal volume : "Le neurosi da Freud a oggi" - Garzanti, Milano 1977.
- FORNARI F., Simbolo e codice - Feltrinelli, Milano 1976.
- PARENTI F., Manuale di psicoterapia su base Adleriana - Hoepli, Milano 1970.
- PARENTI F. e coll., Dizionario ragionato di Psicologia Individuale - Cortina, Milano 1975.
- 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.

UGO FORNARI*

SESSUALITÀ E CRIMINALITÀ: SPUNTI INTERPRETATIVI E OPERATIVI

Il sentimento sociale, insito in ogni individuo, trova una delle sue forme più complesse e complete di collaudo nel rapporto sessuale. La sessualità, caratteristica innata di ogni specie vivente, rappresenta - sotto questo profilo - il tramite indispensabile di comunicazione e un modo quanto mai denso di significati e di implicazioni emotive dello "stare insieme con l'altro".

L'istinto sessuale, peraltro, rappresenta una pulsione biologica di base che non sempre si estrinseca in maniera così integrata con il sentimento sociale: è a tutti noto come sessualità e affettività non obbligatoriamente debbano coesistere per rendere possibile la realizzazione dell'istinto: si possono avere rapporti sessuali tecnicamente perfetti, privi di partecipazione effettiva, come pure è possibile osservare il contrario: la sessualità, inoltre, non necessariamente ha bisogno di un partner per essere soddisfatta: faccio qui specifico riferimento a tutto quanto concerne le esperienze autoerotiche.

Inoltre, situazioni esistenziali e contesti particolari possono deviare l'uso di tale funzione, o in rapporto al fine che ci si prefigge o all'oggetto con cui si stabilisce la relazione: e ciò in misura non esattamente quantificabile, incidendo su tale forma di comportamento e in maniera che si presume rilevante quello che in criminologia prende il nome di "indice di occultamento" o "numero oscuro".

Intendo riferirmi specificatamente al vasto campo delle manifestazioni sessuali aventi interesse criminologico e che espositivamente, credo, possono essere raggruppate in distinti paragrafi, ognuno con una sua trattazione autonoma.

Un primo settore comprende lo studio dei rapporti tra *sessualità e crimine*. È questo un campo che attiene anche alla psichiatria forense; il reato si configura quando il rapporto sessuale si realizza con violenza,

(*) Professore Inc. di Antropologia Criminale - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Torino. Analista della S.I.P.I.

minaccia o inganno: oppure su soggetti di età inferiore ai 14 anni o 16 quando "il colpevole ne è l'ascendente o il tutore, ovvero un'altra persona a cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia"; oppure quando l'atto è compiuto con l'abuso della qualità di pubblico ufficiale; ovvero è compiuto su un soggetto che non è in grado di resistere per malattia di mente o inferiorità psichica o fisica; o quando è compiuto in luogo pubblico o aperto e esposto al pubblico (artt. 519-527 C. P.); o, infine, quando l'atto viene compiuto "in modo che ne derivi pubblico scandalo, con un discendente o un ascendente o con un affine in linea retta, ovvero con una sorella o con un fratello" (art. 564 C. P.).

Sotto il profilo criminologico, è di sommo interesse studiare non l'autore o la vittima in tanto in quanto entità a sé stanti, ma la "situazione", intesa come campo di interazione della diade e soprattutto indagare sull'atteggiamento assunto dalla vittima nei confronti dell'autore del reato. È importante per il criminologo, cioè, studiare il comportamento criminoso e violento in particolare anche nell'ottica della vittima, prendendo le mosse dall'ipotesi - peraltro verificata attraverso molti studi - che la vittima di un qualsiasi reato non sempre è oggetto passivo dello stesso, ma spesso è soggetto attivo che svolge una funzione di "provocazione" o di "induzione" al reato stesso. Il che può significare che - sotto il profilo psicologico - quello che i codici etichettano come delinquente, in realtà, è spesso vittima e che la vittima del reato può essere, in misura più o meno grande, ritenuta responsabile del fatto criminoso. Le conseguenze sono importanti, non solo sotto il profilo criminodinamico, ma anche sotto quello di un più corretto inquadramento del fatto e di un conseguente - anche se non sempre - più equo ed equilibrato giudizio.

Meriterebbe, a questo punto, trattare a parte uno dei capitoli più inquietanti e complessi relativi *all'età minore* e giovanile in genere, costituito da tutti quei delitti che, o direttamente o qualificati sotto altro titolo, hanno tuttavia il loro nucleo causale nell'istinto sessuale, e vedono il minore ora soggetto attivo ora soggetto passivo di essi. Il problema assume oggi un aspetto particolare rispetto al passato, anche non troppo lontano, poiché alla scarsa capacità inibitoria e di controllo tipica di questa età è andata assommandosi l'influenza di una congerie di fattori socioculturali e ambientali, non ultimi fra questi determinati mezzi di comunicazione di massa e di stampa; se ciò ha, da un lato, portato alla demistificazione di tanti tabù, ad una maggiore chiarezza di impostazione di vari problemi, alla libertà di discuterne, alla fluidità e

spontaneità di rapporto tra i due sessi, alla divulgazione scientifica o parascientifica in molti strati sociali; dall'altro ha comportato un ulteriore allentamento dei freni inibitori e spesso una eccessiva stimolazione sessuale. In entrambi i casi, c'è da chiedersi se è possibile, nel contesto attuale, offrire al giovane alternative valide per affrontare serenamente e adeguamente questo periodo di vita, le cui contraddizioni vanno collocate e interpretate nella prospettiva di una personalità adulta che sta per emergere.

Al fine di trattare sistematicamente questo capitolo, mi pare opportuno procedere ad un esame dettagliato di tutti i casi in cui il minore è soggetto attivo del reato sessuale, quindi quelli in cui è soggetto passivo.

a) *minori che compiono reati sessuali.* È fenomeno noto, univocamente confermato, direi, dalla esperienza dei singoli criminologi e dalle cifre delle statistiche giudiziarie (la cui attendibilità è resa però discutibile, come già detto, dall'alto "numero oscuro" di tali reati) che i delitti contro la libertà sessuale e le offese al pudore e all'onore sessuale ad opera di minori sono andati aumentando, in senso sia assoluto che relativo, rispetto non soltanto all'anteguerra, ma anche ai primi anni del dopoguerra. Premetto subito che raramente nell'età evolutiva compaiono quelle forme che genericamente e assai impropriamente si raccolgono sotto il termine di psicopatie sessuali, come avviene tra gli adulti. E ciò soprattutto perché nel minore, come hanno osservato gli autori che si sono interessati dell'argomento, il reato sessuale, quando non si maschera in altri delitti aventi significato psicodinamico analogo, ha soprattutto caratteristiche di irrequietezza sessuale, di scarso autodominio, di comportamento impulsivo-istintivo e, a volte, anche di relativa e assoluta inconsapevolezza dell'illecito sessuale. L'autoerotismo masturbatorio, tanto frequente nell'età evolutiva, è un reato solo quando cade sotto l'imputazione di atti osceni. Altrimenti, è soprattutto di pertinenza psicopedagogica. Frequentemente associato a tale atto ci può essere quello di esibire i propri genitali per masturbarsi o per farsi masturbare (masturbazione reciproca). In alcuni casi, invece, l'esibizionismo ha un fondamento patologico; intendo riferirmi a quei soggetti in cui esiste un grave quadro frenastenico o una personalità in via di abnorme strutturazione o un focolaio epilettogeno che si estrinseca sotto forma di crisi comiziali parziali a sintomatologia complessa (equivalenti psicomotori, durante i quali movimenti scomposti e incoordinati della persona erroneamente vengono interpretati come manifestazioni esibizionistiche).

Altro comportamento di interesse giuridico-criminologico, quando giunge agli estremi dell'atto osceno, è la bestialità o zoofilia erotica, abbastanza diffusa nelle campagne e nella popolazione contadina o dedita alla pastorizia. Se in una parte di questi casi si tratta di un transitorio disadattamento condizionato dall'ambiente, in altri è possibile mettere in evidenza l'esistenza di disturbi psicopatologici che rendono assai arduo il trattamento e spesso negativa la prognosi.

Nei rapporti incestuosi, il minore partecipa in maniera più o meno attiva ad essi, come nel caso di incesto fratello-sorella. Frequenti nell'età evolutiva è l'omosessualità, particolarmente durante i lunghi ricoveri in istituti: nel maschio è spesso di tipo occasionale e da situazione, nella femmina assume il significato di lesbismo compensatorio. Tale inversione però è estremamente pericolosa, perché anche nei soggetti in cui è occasionale, può, dopo un certo periodo di tempo, strutturarsi nella personalità in forma definitiva (omosessualità di fissazione). Esclusi i casi, peraltro assai rari, in cui è evidente una patologia organica dominante (psichica, fisica, neuroendocrina), grande importanza occorre attribuire nella dinamica di questi reati a fattori psicosociali, ambientali, pedagogici e conflittuali (da ricercarsi, in specie, nell'ambito della patologia frustrazionale). Essi influiscono anche sulla forma prevalente di attività sessuale nella fase pubere, e cioè sull'abitudine masturbatoria, che, se da un lato (automasturbazione e masturbazione fantastica) può trovare i suoi motivi nel senso di solitudine del giovane, nel ripiegamento narcisistico autocompensatorio, nell'assenza di interessi prevalenti, nelle sue difficoltà di adattamento all'ambiente sociale, nell'ignoranza in materia sessuale, alimentata spesso da numerosi tabù imposti dal mondo degli adulti (timori di gravidanza e di malattia venere), dall'altro, per l'influenza di compagni e la presenza di soggetti di altro sesso nei gruppi, può condurre a riti masturbatori individuali, reciproci, collettivi, omo - o eterosessuali.

Circa omosessualità e prostituzione, è da tener presente che, come tali, non sono dei reati, bensì delle manifestazioni antisociali non delittuose che possono dare occasione a reati. Per quel che concerne le attività eterosessuali, queste hanno un interesse criminologico specie quando il minore sia ed esse precocemente iniziato. Questo fatto e l'indulgere in tale attività fanno sì che il minore si abitui spesso a non avere ritegni e a reagire, talora pericolosamente, quando incontra difficoltà e impedimenti, di qualsiasi natura, nella sua continuazione. Si passa da una compiacente permissività, alla pornolalia, ai disegni pornografici, ai gesti osceni, agli atti di aggressività simbolica, a quelli

di libidine violenta, di ratto a fini di libidine, all'incesto, fino all'omicidio erotico. A tale proposito ricordo come molti casi in cui il delitto non è "sessuale", secondo una configurazione tecnico-giuridica, riconoscano nella loro dinamica una chiara motivazione sessuale (delitti contro la proprietà, lesioni personali e omicidio per procurarsi il denaro da spendere con o per partners femminili).

Occorre ancora ricordare come la personalità poco ricca, insufficientemente strutturata, velleitaria e pseudoautonoma del minore possa avere la necessità di organizzarsi in una consorteria che la sorregga e le dia forza, per cui anche la delinquenza sessuale può prendere l'aspetto della criminalità di banda, magari con la tecnica del disturbo sistematico recato alle coppie innamorate desiderose d'isolamento oppure sotto la forma pseudomoralistica della caccia collettiva alle prostitute o meglio, e più frequentemente, della caccia agli omosessuali; nelle forme più gravi la criminalità sessuale di banda può condurre ad imprese collettive di violenza su donne o alla costrizione esercitata su coetanee, perché soddisfino le esigenze sessuali dei componenti la gang. Quest'ultimo tipo di comportamento, al giorno d'oggi, può spesso essere interpretato come reazione ipercompensatoria del maschio che, per motivi culturali, mal accetta o rifiuta la contestazione femminile, intesa a proporre il rapporto tra i due sessi su di un piano paritario.

b) *minori soggetti passivi di reati sessuali.* Frequentemente il minore è vittima di reati sessuali. Si tratta dei medesimi casi sopra esaminati, con la differenza dell'inversione di ruolo che, da attivo, si fa passivo. Una forma molto grave di irregolarità del comportamento sessuale è rappresentata dall'incesto. Pur essendo questo un reato bilaterale perché, per concretare il fatto che lo costituisce, è sempre necessario il concorso di due persone, il minore è quasi sempre soggetto psicologicamente passivo dell'atto, quando non diviene oggetto di violenza carnale o di atti di libidine violenti. L'incesto, come fenomeno antisociale, assume un significato forse più grave di un qualsiasi delitto di violenza carnale. Esso denuncia infatti una preoccupante distorsione dei modelli di riferimento rispetto al gruppo cui si appartiene, una particolare interpretazione dell'etica e del significato della famiglia, spesso un ambiente miserrimo e un basso livello socioculturale; di frequente si può porre in luce la presenza di fattori criminogeni personali, tra i quali prevale la debolezza mentale media o grave accompagnata frequentemente da alterazioni organiche e da cronica intossicazione da alcool. Mi limito infine ad osservare che, poiché le stimolazioni ambientali a contenuto erotico abbondano nella nostra società e nella nostra epoca e sotto forma

di messaggi non sempre ortodossi, occorre tenere presente che distorsioni della psicoeroticità possono comparire anche prima dell'età della pubertà. Pertanto, se la questione medico-legale e criminologica va trattata con prevalente riferimento a quest'epoca della vita, sotto il profilo psicodinamico non si può e non si deve trascurare di risalire alle età precedenti, nelle quali molto spesso si trovano i presupposti del disadattamento sessuale e della criminalità sessuale vera e propria.

Ma altri due campi si profilano nella trattazione di questo capitolo: l'uno riguarda l'esperienza sessuale fatta o subita in particolari contesti istituzionali; l'altro, l'uso di tale istinto in rapporto al problema delle farmacodipendenze.

Sessualità e istituzioni totali: è questo un ambito in cui gli studi, anche italiani, si sono moltiplicati nel tempo: non v'è dubbio che l'isolamento e la segregazione forzate in strutture chiuse all'ambiente esterno, sia pur motivati da esigenze di sicurezza sociale, acuiscono o distorcono - attraverso la deprivazione - tutti i meccanismi di difesa e di adattamento dell'individuo, portando ad una riformulazione di molti di essi; per quanto concerne l'istinto sessuale, le connotazioni particolari dell'istituzione totale possono favorire l'inversione sessuale, maschile o femminile, attraverso o il perdurare di un preesistente orientamento che viene portato dall'individuo all'interno della struttura o il sorgere di condotte omosessuali compensatorie e contingenti.

Personalmente, condivido l'idea che se tale comportamento rappresenta una forma di "fissazione" stabile dell'istinto a forme di estrinsecazione vissute sul piano comportamentale in maniera egosintonica da parte di entrambi i componenti della relazione, lo psicologo non possa e al limite non debba formulare alcuna ipotesi di intervento, fatta eccezione di quello che consiste nell'esprimere eventualmente un suo parere - se richiesto - sul significato più o meno profondo che può assumere detta condotta. Ben altrimenti si pone il problema quando tale comportamento è accompagnato da un senso di sofferenza, di colpa, di rimorso e traspare il desiderio di essere compresi e aiutati. Allora l'intervento diviene indispensabile e deve essere messo in atto sia a livello individuale che, possibilmente, di gruppo e ancor più di struttura. Al di là e al di fuori di ogni connotazione moralistica, è tecnicamente e umanamente corretto sottolineare l'iniquità psicologica di una privazione tanto grave quale quella della possibilità di esperire - nelle forme che sono più congeniali ad ognuno di noi e nel libero consenso delle parti - la relazione sessuale in una dimensione gratificante e gratificata per entrambi i membri della coppia.

Il comportamento omosessuale all'interno di una istituzione rappresenta, al limite, una forma di adattamento agli effetti della "prisonizzazione" e una risposta "in codice" alle correlate sofferenze materiali, sociali e psicologiche.

Il contenuto e il grado di adesione offerto ad un codice detentivo, qualunque esso sia, costituisce un indice quanto mai significativo della deprivazione cui è sottoposto il detenuto: in altre parole, del tipo di bisogno negato alla popolazione di queste organizzazioni complesse omogeneizzanti.

Oppure, per contro, può offrire utili indicazioni sulle caratteristiche delle esperienze predetentive e sul tipo di identità latente, di ruoli e di valori criminali che il detenuto porta con sé in prigione, interpretata come ambiente differenziante rispetto ad altre istituzioni.

L'omosessualità comunque esiste, perché assolve ad una molteplicità di funzioni; nelle sezioni femminili, in particolare, tale condotta persegue il fine di evitare l'isolamento psicologico o l'adozione di alcuni tipi di adattamento carcerario, quali la ribellione o la colonizzazione, o l'assunzione di ruoli tipici del detenuto maschio (il duro, il mercante, il politico, l'uomo giusto, il conformista). In base a queste premesse, il comportamento omosessuale sarebbe più frequente nella donna che nell'uomo, assumendo un significato chiaramente compensatorio rispetto alla deprivazione affettiva e alla mancanza di esperienze in senso criminale, e la sua durata sarebbe limitata nel tempo, nel senso che, dopo il rilascio, vengono in genere ripristinati i rapporti eterosessuali (almeno per le "femmine", cioè le omosessuali passive).

Sessualità e tossicomanie. Affronto, anche se solo marginalmente, uno dei capitoli più drammatici e complessi che impegnano l'operatore psicosociale nel formulare ipotesi di intervento e nel tentare di metterle in atto: quello della farmacodipendenza. Inutile soffermarsi in questa sede sull'analisi delle motivazioni che sottendono il consumo delle droghe tra i giovani: tra queste, di una però voglio parlare: quella relativa alla motivazione edonistica, riferita particolarmente ai casi in cui la droga consente al soggetto il godimento di se stesso, in maniera narcistica e autarchica o alla possibilità di dare e ricevere piacere attraverso l'assunzione di droghe. Certo: le sostanze stupefacenti, per la loro funzione disinibente e - per alcune - eccitante ed afrodisiaca, hanno - almeno agli inizi - un indubbio influsso sull'attività sessuale, favorendola o potenziandola. È il caso, questo, in cui la droga viene assunta o come sostituto dell'atto sessuale o per facilitare e rendere più appagante sotto il profilo psicologico il rapporto sessuale e - in senso più ampio - la

comunicazione con il gruppo o anche solo con il partner scelto. L'ipereccitazione sessuale propria dell'intossicazione acuta del primo periodo può inoltre sfociare in comportamenti particolari, quali l'omosessualità, la pedofilia, l'esibizionismo, la zoofilia, ecc.

La variabilità di vissuti individuali, di reazioni e di esperienze del singolo, rendono impossibile e - al limite - arbitraria qualsiasi considerazione generalizzante il problema. L'unico dato che è possibile sottolineare è però quello relativo ad una diminuzione sulla distanza, della potenza sessuale o al riproporsi del problema dell'impotenza nel maschio e alla comparsa o al riaffiorare della frigidità nella donna, al sorgere di apatia e di disinteresse sessuale in entrambi, quando il rapporto sessuale avviene e diviene possibile solo attraverso il rito della droga.

A parte l'ipotesi del sopraggiungere di un danno organico (che non si può escludere allo stato attuale delle conoscenze) come conseguenza dell'uso protracto di sostanze stupefacenti, è certo che la ripetitività in un clima psicologico coatto e artificioso di un gesto così ricco di implicazioni emotive, rischia di inaridire il rapporto stesso, facendogli perdere quella spontaneità e quella dose di curiosità, di imprevedibilità, di creatività e di gusto del nuovo e del diverso che tanta parte ha nel mantenere viva la relazione sessuale.

Ad un ultimo aspetto desidero ancora fare cenno, e cioè all'uso del sesso come mezzo per procurarsi la sostanza stupefacente. E qui ci troviamo indubbiamente di fronte ad una degradazione dell'istinto sessuale, che viene esperito nel rapporto non più come mezzo per stabilire una relazione affettiva, intellettuale, emotiva e sociale valida, ma come mero strumento economico che, nell'alienazione del rapporto, persegue l'unico scopo di trarne lucro.

Nel complesso, si tratta dunque di un problema di vasta portata sia sotto il profilo psicologico, che criminologico e sociale, nei cui confronti l'intervento dell'operatore psicosociale è reso difficilissimo e avviene sporadicamente: l'incastro "sesso e droga" rappresenta infatti quasi sempre una "soluzione" o totalmente gratificante o semplicemente utilitaristica per l'individuo che la esperisce, per cui ogni forma di approccio psicosociale, *se non viene messa tempestivamente in atto in una fase molto precoce* o non è più cercata o - se offerta - rifiutata per le sue implicite connotazioni antieconomiche, sulle quali pare superfluo soffermarsi.

È a questo livello, inoltre, che ognuno di noi sperimenta, nel rapporto con il suo "cliente", in maniera più o meno sofferta, il

fallimento non solo del sistema di personalità, ma anche e soprattutto di quelli di cultura e di società.

* * *

Si sono così rapidamente passati in rassegna i "campi" in cui l'istinto sessuale può manifestarsi attraverso condotte antisociali, delittuose o non, quali si possono osservare in rapporto alla minore età, alla criminalità sessuale in genere, in determinati contesti come le istituzioni totali, e nel settore delle farmacodipendenze.

Viene da chiedersi, a questo punto, quale spazio operativo sia soggettivamente e oggettivamente configurabile per il terapeuta in ognuno dei settori dianzi analizzati, specialmente se si tiene conto delle difficoltà insite nel recupero della creatività e dell'autonomia umane in siffatte *situazioni non privilegiate*.

In generale, i suddetti comportamenti trovano le loro radici - al di fuori di quanto di pertinenza della patologia psichiatrica maggiore - in una distorsione o interruzione della comunicazione e del dialogo tra gli uomini, in una alienazione del sentimento sociale cioè, che può attuarsi in contesti diversi e in momenti assai disparati e tradursi in condotte auto - o eterolesive, sui cui molteplici aspetti e significati a livello individuale e di gruppo si è riferito nelle pagine che precedono. Ma una corretta interpretazione del fenomeno esige che si tenga inoltre conto delle profonde trasformazioni cui sono andati incontro in questi anni i tradizionali modelli di riferimento e della attuale impossibilità di perseverare in una trasmissione codificata di valori (che si ritiene non esistano più o non risultino più funzionali all'attuale sistema-uomo).

Non stupisce allora che un istinto tanto potente, quale quello sessuale, si possa manifestare attraverso un incremento di distorsioni comportamentali anche gravi. Che queste rappresentino artifici compensatori sulla cui oggettiva negatività tutti possiamo concordare, nulla toglie al fatto che ogni tipo di intervento in tale ambito particolare risulti molto complesso e delicato e debba essere valutato nell'ottica del caso individuale, soprattutto tenendo conto del contesto sociale e culturale in cui detto comportamento viene osservato, del grado di sofferenza soggettiva che ad esso si accompagna e delle concrete possibilità e capacità di cambiamento di cui il paziente dispone.

MARIA CRISTINA DE GIULI

L'IMPOTENZA COME FINZIONE RAFFORZATA
NELL'AMBITO DI UNO STILE DI VITA NEVROTICO

Ho inteso presentare qui, sul problema dell'impotenza, una serie di osservazioni tratte dalla mia casistica personale di psicoterapeuta. Il loro valore statistico è certo limitato, dato il relativamente basso numero di soggetti, ma i problemi affiorati mi sembrano cencettualmente interessanti e di valore generale, in quanto collegabili a incidenti caratteristici del costume e della cultura attuali.

Devo anzitutto rilevare che, sempre nella mia casistica, l'incidenza statistica del ricorso alla psicoterapia da parte di soggetti maschili per impotenza è notevolmente superiore rispetto a quello di soggetti femminili per frigidità. Già questo rilievo consente ipotesi interpretative su basi socio-culturali. Anzitutto la valorizzazione sociale che l'uomo riceve da un vigoroso esercizio della sessualità è senz'altro superiore, sia per l'almeno parziale persistenza del binomio tipicamente analizzato dalla Psicologia Individuale "alto = maschile", sia per un fenomeno con aspetto di paradosso che, sempre nella nostra cultura, mentre ridimensiona in certi settori il ruolo del maschio, lo responsabilizza sempre di più nel meccanicismo perfezionista degli atti erotici. A ciò contribuisce certo il largo filone divulgativo nel quale l'esercizio della sessualità è fortemente tecnicizzato. Corrispondere a certi canoni di base anatomiche e di comportamento è diventato dunque un requisito quasi necessario per avere una consapevolezza completa di virilità. Si aggiunga che l'informazione più diffusa e più perfezionista delle tecniche erotiche assegna oggi alla donna il nuovo diritto palese ed esibito di valutare ed esigere, assegnando ancor più il carattere di "prova" ad ogni esperienza erotica. In antitesi il sintomo frigidità allontana la donna dagli schemi femminili e quindi ancora in parte dal binomio "basso = femminile", presentando, almeno in ambivalenza a un vissuto sofferto di incompletezza, un altro sistemabile lungo le linee di una protesta virile e quindi di una valorizzazione o perlomeno di una rivalsa aggressiva. Esiste poi per la donna l'occasione più sfruttata, sempre per quanto riguarda il mio materiale umano, di colpevolizzare il partner maschile,

attribuendo a sue carenze fisiche o funzionali o di acculturazione settoriale il fallimento del loro rapporto.

Questa mia segnalazione, visti i modesti limiti di tempo concessi ad una comunicazione congressuale, non ha la possibilità di approfondire sul piano analitico la fenomenologia osservata, ma offre ugualmente l'occasione per segnalare alcuni temi di fondo. L'esasperazione di un sentimento di inferiorità culminato nel sintomo impotenza aveva nei miei pazienti radici nelle seguenti situazioni fulcro (su 20 soggetti):

- 1) In 7 casi problema del "pene piccolo" quasi sempre in contrasto con l'obiettività.
- 2) In 4 casi totale inferiorità organica riferibile ad una situazione di gracilità e magrezza.
- 3) In 5 casi inferiorità organica estetica relativa ad obesità.
- 4) In 4 casi impronta di inferiorità sociale di tutto il nucleo familiare di origine del paziente.

I pazienti a cui si riferisce questa mia ricerca avevano un'età media tra i 25 e i 35 anni; mi è sembrata, anche in base a più vaste mie constatazioni, età preferenziale per l'inizio del sintomo. Le situazioni che ho definito "fulcro" rappresentano naturalmente solo un aspetto di un assai più complesso stile di vita, nel quale il sentimento di inferiorità si aggancia ad una vasta e talora contradditoria gamma di fattori individuali, familiari e sociali.

Queste constatazioni di partenza mi orientano, e non solo in base al finalismo Adleriano, per l'evidenza appunto dell'osservato, verso una interpretazione del sintomo di impotenza come artificio di compenso diretto verso presumibili linee segrete di affermazione o almeno verso lo scopo di aggirare o evitare l'acme dell'umiliazione nel rapporto interpersonale. In superficie può apparire paradossale che un disturbo destinato a procurare l'insuccesso, persegua mète di affermazione e di competizione. Un'analisi più approfondita consente invece di accettare caso per caso l'obiettività osservabile di questo dinamismo.

Prendiamo in considerazione in primo luogo le classiche inferiorità d'organo, sia costituzionali che mirate. In alcuni di tali casi l'occasione del rapporto sessuale può porre in evidenza di fronte alla partner l'elemento di inferiorità, proponendo l'uomo come globalmente insufficiente, sgraziato o addirittura risibile. Influiscono notevolmente in tale settore gli schemi estetici di costume con tutta la loro variabilità contingente. Sotto questo profilo, ad esempio, l'obesità stride oggi con il particolare modello consumistico di magrezza e di armonia. Altri vissuti e confronti, collocabili in settori dell'ambiente, privilegiano la

solidità fisica, spesso collegata al culto di efficienza sportiva. L'insuccesso erotico conduce allora sul tempo ad una rinuncia con corollari ambivalenti. Anche se essa rimane un fattore di umiliazione, talora molto sofferto, evita però la sua esasperazione immediata durante l'amplesso.

In altri casi ancora, con minore incidenza statistica, il fine ultimo del soggetto, teso verso preoccupazioni patofobiche, appare quello di preservare la propria integrità riducendo il rischio di malattia. In tale contesto la rinuncia al rapporto sessuale, sollecitata dall'insuccesso, può collegarsi ad antichissime tradizioni che inquadravano l'ejaculazione come "perdita di sostanza organica" e quindi come fattore di indebolimento. Il senso di colpa relativo alla sessualità può intervenire come elemento aggravante, aggiungendo tematiche di contaminazione morale e sollecitando quindi ancora l'abolizione forzata e non volontariamente decisa delle prestazioni sessuali complete.

Un ruolo della massima importanza ha pure l'atteggiamento della partner. Se questa tende, con i più vari aspetti del comportamento, a umiliare il compagno, e non solo per quanto riguarda la sessualità o gli aspetti fisici, ma con i più vari risvolti economici e sociali, l'impotenza e specie l'ejaculazione precoce possono indirizzarsi aggressivamente contro di lei, impedendo la sua gratificazione durante il rapporto. Dalla struttura della famiglia d'origine può scaturire una tematica tanto cospicua e varia da poter essere in questa sede solo settorialmente esemplificata. In un caso, ad esempio, una figura di madre prevaricante e dittatrice nei confronti di tutti i maschi della famiglia ha sollecitato nel soggetto in esame un'inconscia ostilità estesa a tutto il sesso femminile e quindi anche verso la moglie, particolarmente desiderosa di rapporti sessuali. La sua punizione, mediante la non concessività sessuale, sussisteva malgrado rovesciamenti superficiali di ruolo, poiché la donna non coincideva affatto con il modello materno del paziente, ma era pur sempre donna e, come tale, obiettivo di rivendicazione aggressiva. In un altro soggetto l'essere rimasto precocemente orfano di madre e l'essere allevato dal padre aveva sollecitato segreti desideri di accusa e rivendicazione verso il sesso femminile, quasi che questo fosse volontariamente astensionista, generando una secondaria competitività.

La conflittualità sociale, infine, può intervenire con una grossa carica emotiva come stimolo a un finalismo compensatorio dell'impotenza. Così un paziente con alle spalle un'infanzia frustrata dalle condizioni sociali assai misere della famiglia d'origine, e seguita da una faticosa e sofferta scalata al successo economico, ha vissuto un tale

problema come conflitto chiave. L'uomo infatti aveva sposato una donna socialmente e culturalmente a lui superiore, raggiungendo così in apparenza un obiettivo di compenso. Il confronto quotidiano della vita a due aveva però continuato ad esasperare, negativamente per lui, gli elementi di competizione con la moglie. In questo caso l'impotenza non aveva però una funzione aggressiva e punitiva, ma un ruolo elusivo di fuga che consentiva al soggetto di liberarsi dal diretto contatto erotico con una donna ritenuta superiore.

Ho la convinzione, nel concludere, che le interpretazioni, ma soprattutto l'evidenza obiettiva nei casi che ho presentato, suonino a precisa conferma del tipico assunto teleologico adleriano.

FILIPPO BOGETTO*

L'EFFICIENZA SESSUALE QUALE ARTIFICO DI COMPENSO

La grande attenzione ai problemi dell'efficienza sessuale (vedi la diffusione degli studi di Kinsey e Coll. (1, 2) e di Masters e Johnson (3, 4)) ha favorito una notevole sovrapposizione dei concetti di disturbo psicologico e disturbo della sfera sessuale; ne è derivata la tendenza a scotomizzare il retroterra psicopatologico di alcuni disturbi comportamentali e di rapporto in favore dell'aspetto più strettamente sessuale, in senso efficientistico.

Pare insomma che abbia preso il sopravvento un'impostazione assai riduttiva dell'approccio al problema sessuale, impostazione sostanzialmente estranea anche alla lettera e al significato delle correnti psicodinamiche maggiormente inclini alla sessualizzazione, quali quelle di ispirazione freudiana.

Tale impostazione ha indubbiamente prodotto delle conseguenze, piuttosto tangibili, sulla problematicità legata ai ruoli uomo-donna e, a valle, sul rapporto utenti-operatori psicologici.

Il confronto con il tema dell'efficienza sessuale ha certamente portato nuovi simboli di riferimento, sia per il ruolo maschile che per quello femminile. Per l'uomo in particolare, l'efficienza sessuale - già in passato considerata supporto indispensabile alla "virilità" - si è caricata di nuove implicazioni essendo valutata non più "di per sé", ma soprattutto riguardo alla validità nella soddisfazione della partner.

Più autocentrate le conseguenze dell'impatto col problema dell'efficienza sessuale da parte della donna, che pone e si pone il tema in passato negletto e colpevolizzato della propria soddisfazione sessuale.

Per quanto riguarda la coppia, l'efficienza sessuale della stessa pare avere il sopravvento tra i possibili indici della validità del rapporto.

La richiesta nei confronti dell'operatore psico-sessuologico viene di conseguenza sempre più incentrata nell'ambito della efficienza sessuale onde poter di fatto rispondere alle aspettative degli altri, ossia ai compiti del proprio ruolo.

* Assistente ordinario dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino (Direttore: Prof. M. Torre)

Non manca, com'è noto, un certo bagaglio di risposte terapeutiche strettamente centrate sul problema sessuale, di ispirazione sostanzialmente comportamentista e, in parte, di notevole efficacia (vedi Masters e Johnson (4), Kaplan (5)).

I fenomeni descritti e i problemi clinici cui hanno dato origine paiono idonei ad una comprensione fondata su concetti di ispirazione adleriana.

È indubbio che un rapporto di coppia modernamente inteso, con parità dei partners riguardo alla soddisfazione personale e reciproca, certamente non solo in ambito sessuale, comporta un impegno superiore rispetto a un rapporto asimmetrico fondato sul servizio di uno nei confronti dell'altro.

È facilmente ipotizzabile, e - di fatto - frequentemente verificabile in campo psicoterapeutico, l'insorgere di un sentimento d'inferiorità rispetto a questi compiti. Adler (6) ci ricorda che "quanto più forte ed intenso è il senso d'inferiorità, tanto più pressante diviene il bisogno di una linea di orientamento che si proponga come fine ultimo la sicurezza e tanto più nitido diventa il profilo della stessa linea di orientamento".

Il raggiungimento dell'efficienza sessuale pare veramente proporsi in varie situazioni di disagio, in particolare nell'ambito del rapporto di coppia, in funzione di "finzione direttrice liberatoria del proprio senso di inferiorità" (Adler, 6).

Si avverte quindi, sia per l'uomo che per la donna, una tendenza a sessualizzare i contenuti della "protesta virile" il cui significato profondo, com'è noto, va assai al di là.

L'efficienza sessuale, di per sé, non può rappresentare un punto di forza della coppia e un valido riferimento di sicurezza della personalità del singolo, in quanto sostanzialmente legata ad una "volontà di potenza" non sufficientemente filtrata dal sentimento sociale.

È a questo punto doveroso precisare bene che queste considerazioni non conducono assolutamente ad una svalorizzazione del problema e della terapia dei deficit dell'insufficienza sessuale. Non si tratta infatti di tornare indietro e rimuovere nuovamente tutta una serie di problemi non certo marginali e causa di non poche sofferenze psicologiche; si tratta invece, in campo terapeutico, di cercare le migliori modalità di utilizzazione di un certo numero di tecniche direttamente rivolte alla riabilitazione sessuale.

Mi sembra che ancora una volta l'insegnamento adleriano sia piuttosto valido a questo riguardo, nel ricordarci di inserire i singoli aspetti in una visione unitaria dell'uomo. Non è quindi poco importante

raggiungere l'efficienza sessuale, è però parimenti importante capire il senso storico e profondo della richiesta.

Ciò perché l'efficienza sessuale, di per sé, può anche non essere impiegata nella costruzione di un solido e adulto "sentimento di personalità", ma rimanere imbrigliata nella funzione di artificio di compenso, per lo più inefficace.

BIBLIOGRAFIA

- (1) KINSEY A. C., POMEROY W. B., MARTIN C. E.: *"Il comportamento sessuale dell'uomo"*. Bompiani, 1950.
- (2) KINSEY A. C., POMEROY W. B., MARTIN C. E., GEBHARD P. H.: *"Il comportamento sessuale della donna"*. Bompiani, 1955.
- (3) MASTERS W. H., JOHNSON V. E.: *"L'atto sessuale nell'uomo e nella donna"*. Feltrinelli, 1967.
- (4) MASTERS W. H., JOHNSON V. E.: *"Patologia e terapia del rapporto coniugale"*. Feltrinelli, 1971.
- (5) KAPLAN H. S.: *"Nuove terapie sessuali"*. Bompiani, 1976.
- (6) ADLER A: *"Il temperamento nervoso"*. Newton Campton, 1971.

GIANCARLO NOFERI

VALORE SIMBOLICO DELLA TEMATICA SESSUALE NELLE NEVROSI OSSESSIVE

Lo studio dei problemi psicosessuali non può essere scisso dall'analisi di una più vasta problematica psicologica, che coinvolge la totalità dello stile di vita dell'individuo, in tutte le sue implicazioni sia normali che patologiche.

Nel campo della psicopatologia, il sesso assume molto spesso un valore strumentale o simbolico, espressione, nelle sue manifestazioni abnormi, di disturbi profondi della personalità.

Il significato simbolico del sesso, e quindi la sua ideale utilizzazione finalistica, appare evidente in certe forme di nevrosi ossessiva con fissazione su idee di tipo erotico. In questi casi generalmente la tematica sessuale, spesso con caratteri di perversione, si sviluppa e si mantiene solo a livello di fantasia, senza che si traduca in azione.

Ciononostante le implicazioni psicologiche e le ripercussioni sulla vita pratica e sui dinamismi psichici dell'individuo sono molto profonde.

Alla nevrosi ossessiva possiamo genericamente attribuire il valore di un tentativo compensatorio attuato attraverso una esaltazione del valore del proprio pensiero, un aumento della propria distanza dagli altri, una deresponsabilizzazione (giustificata dai pensieri coatti), la ricerca di una sicurezza fittizia nella ritualizzazione che si accompagna al pensiero ossessivo.

La scelta del tipo di pensiero ossessivo è molto importante perché attraverso di esso si esprimono specificamente i contenuti dell'inconscio con i suoi conflitti individuali ed i suoi particolari tentativi di compensazione.

Nelle fantasie e nelle osessioni di tipo sessuale possiamo per lo più riconoscere l'espressione di un'aggressività repressa o di una patologica passività che riesce a rivelarsi attraverso la fantasia erotica, in quanto via facile di manifestazione mediata da un istinto primario, e che serve a rafforzare un'idea, uno stato d'animo o una finzione, il cui fine ultimo è sempre fondamentalmente compensatorio.

Descriviamo adesso il caso di un uomo di 27 anni affetto da una nevrosi ossessiva. I pensieri ossessivi sono tutti a carattere sessuale con fondamentali note di perversione.

La comparsa di tali pensieri blocca totalmente ogni attività del paziente che sente il bisogno di approfondire ed elaborare le immagini create dalla sua fantasia. È costretto dal suo impulso ossessivo a rivedere per un numero di volte ben preciso, e da lui stesso stabilito, le scene immaginate. Tutto ciò naturalmente si accompagna ad un grave senso di angoscia.

Le tematiche di questi pensieri sono fondamentalmente tre.

La prima fantasia comparsa con tutte le caratteristiche del pensiero ossessivo è, in ordine di tempo, quella di avere rapporti sessuali con la madre.

Dopo un periodo in cui questo era il suo solo pensiero ossessivo, ha cominciato ad immaginare di avere rapporti omosessuali con il padre. In questi rapporti il paziente svolge sempre un ruolo passivo.

Altre volte si crea nella mente del paziente l'immagine di se stesso mentre ha rapporti con un cadavere di sesso maschile. In questo caso naturalmente è il paziente a svolgere il ruolo attivo.

Se da un lato è spinto ad elaborare questo pensiero come forma di piacere sadico, prova, d'altro canto, angoscia e profondo senso di colpa per il fatto di aver potuto elaborare questo tipo di fantasie.

Quest'ultimo particolare tipo di pensiero ossessivo compare frequentemente quando il paziente resta insoddisfatto dei rapporti sessuali con la sua ragazza.

Quando queste fantasie fanno la loro comparsa, e ciò tendeva negli ultimi tempi ad avvenire in modo subentrante, seguono una via obbligata di progressiva elaborazione fino ad invadere completamente, ed in modo bloccante, la mente del paziente.

Quando si presenta per iniziare la psicoterapia egli è angosciato dall'idea di poter diventare omosessuale. Nella realtà, al di fuori del contesto dei pensieri ossessivi, non ha mai avuto o desiderato esperienze di tipo omosessuale.

Ha una ragazza con la quale ha regolari rapporti, che però egli definisce non sempre pienamente soddisfacenti.

Figlio di un ufficiale dell'aeronautica, ha passato la sua infanzia nell'ambiente militare in seno al quale il padre ha rappresentato per lui una figura nel contempo eroica ed autoritaria. Il suo desiderio è sempre stato quello di seguire la carriera del padre e di diventare egli stesso un ufficiale pilota.

I rapporti con la madre sono caratterizzati da un profondo legame emotivo e da una assoluta reciproca confidenza, che hanno finito per generare una patologica dipendenza psicologica.

Essa è una donna sensibile e apprensiva, insoddisfatta del suo matrimonio con un uomo eccessivamente autoritario ed egoista.

A diciotto anni il ragazzo si arruola pieno di entusiasmo in aeronautica e riesce ad essere subito tra i primi del proprio corso. Al termine dell'anno, però, al momento di dover volare da solo, ha paura. Questo per lui è un grave trauma. Abbandona il corso nonostante che i suoi istruttori lo esortino a ritentare la prova.

La rinuncia è definitiva ed egli cade in un grave stato di depressione.

Cominciano a comparire i disturbi di tipo ossessivo inibente. Si iscrive all'università, ma non riesce a studiare e si sente un fallito.

La sua vita è ora dominata dalle ossessioni. I pensieri ossessivi a contenuto sessuale lo bloccano completamente. Ben presto all'idea iniziale di aver rapporti con la madre si sostituiscono le fantasie riguardanti i rapporti col padre.

Questa è la situazione quando il paziente giunge alla nostra osservazione.

Notiamo innanzitutto come la vita del paziente sia stata dominata dalla figura del padre, che ha rappresentato per lui l'eroe da imitare ma anche l'antagonista, l'individuo autoritario ed egocentrico col quale non ha mai potuto stabilire un colloquio sul piano umano.

La volontà di potenza spinge il ragazzo a inseguire il mito dell'eroe. Ma questo, data la distanza che lo separa dal padre e dato il rapporto con la madre che col suo carattere iperprotettivo e ansioso ha generato nel ragazzo una profonda insicurezza, diventa una mèta irraggiungibile.

Con queste premesse era facilmente prevedibile che il tentativo di seguire la carriera del padre si risolvesse con un fallimento o meglio con una fuga.

Alla sconfitta sul piano della realtà segue la fuga nella fantasia, dove, espressa simbolicamente, riprende con alterne vicende la lotta per l'autoaffermazione.

Analizzando i pensieri ossessivi nel loro sviluppo cronologico, vediamo che, subito dopo il trauma dell'abbandono dell'Accademia aeronautica, il paziente ha cominciato ad essere ossessionato dalle fantasie riguardanti i rapporti sessuali con la madre.

È da sottolineare il fatto che queste fantasie sono comparse il giorno in cui la madre, in un momento di confidenza, si è lamentata col figlio della propria insoddisfacente vita sentimentale e sessuale.

Evidentemente il paziente ha inconsciamente approfittato di questa breccia per impossessarsi idealmente della madre, sostituendosi al padre.

Un tentativo per compensare, su un altro piano, la frustrazione della recente sconfitta. Ma questo tipo di pensiero non poteva restare impunito. La figura paterna è sempre presente. Ed ecco che compare il secondo tipo di fantasia ossessiva. Dopo aver osato sostituirsi al padre, questo riprende il dominio della situazione.

Il paziente esprime, come espiazione della colpa, il proprio senso di sottomissione e di sconfitta attraverso l'immagine di se stesso sodomizzato dal padre.

Scomparsa dunque la fantasia riguardante i rapporti con la madre, rimane solo quella in cui è presente la figura paterna.

Ad essa si accompagnano sensazioni di angoscia e tutta una serie di rituali ossessivi che inibiscono ogni altra attività del paziente e tendono sempre più ad escluderlo dal mondo reale.

Cominciano a comparire frattanto anche i pensieri riguardanti il rapporto col cadavere, in cui il paziente svolge un ruolo attivo.

Nelle fantasie di questo tipo sono presenti chiare note di sadismo. Gli stati d'animo, che a queste si accompagnano, sono contemporaneamente di eccitazione e di orrore.

Qui si può intuire un tentativo di rivalsa attraverso il quale il paziente cerca di scaricare su un essere passivo le proprie frustrazioni e la propria aggressività repressa.

In presenza di questo tipo di fantasia il paziente è angosciato dalla propria malvagità e perversità, così come nella fantasia riguardante il padre era angosciato dal senso di passività e di svirilizzazione. È dunque come se il paziente dicesse: non sono sufficientemente uomo per poter competere con mio padre e sono troppo perverso per poter agire costruttivamente nella vita. Si crea così le premesse giustificative di un totale disimpegno.

Col paziente abbiamo analizzato e interpretato il significato simbolico di questi temi sessuali e, quasi in risposta alle nostre ipotesi interpretative, sono improvvisamente scomparse le fantasie in cui il padre svolgeva un ruolo sessuale attivo, per lasciar posto ad un nuovo tipo di immagini, nelle quali il ruolo è invertito. Questa volta è il padre che subisce passivamente.

Inizia contemporaneamente un sensibile miglioramento di tutta la sintomatologia nevrotica.

Il senso di angoscia che si accompagna alle nuove fantasie è meno intenso di quello che provava prima.

Questa situazione si mantiene per alcune settimane, poi anche queste fantasie divengono più rare e più sfumate.

Incoraggiato da questi risultati e liberato, attraverso la chiarificazione del valore simbolico delle sue fantasie, dalla paura dell'omosessualità, tende a normalizzare la sua vita di relazione e riprende interesse per lo studio.

Ora la sua metà è il successo nel campo di studi che si è scelto e non ha più rimpianti per la carriera interrotta.

Nei confronti dei genitori ha assunto un atteggiamento razionalmente critico che permette un progressivo distacco emotivo.

Il paziente è attualmente sempre sotto controllo e la situazione psicologica appare ormai orientata verso un progressivo consolidamento, mediato dalla presa di coscienza delle proprie reali capacità e dalla conseguente maggiore autonomia affettiva da un ambiente familiare troppo condizionante.

GIUSEPPE ANGELINI

INSUFFICIENZA ORGASTICA FEMMINILE DA DISINVESTIMENTO AFFETTIVO

S'intende per catexis il fenomeno per cui persone, oggetti o accadimenti vengono caricati di significati emozionali particolarmente intensi. La catexis esprime quindi un investimento affettivo che può essere di tipo positivo o negativo: ha significato di valore o carica positiva quando l'oggetto è motivo di attrazione, negativa quando lo è di repulsione. Se sono presenti contemporaneamente orientamenti emotivi dei due tipi (attrazione e repulsione) si parla di ambivalenza.

Sembrano peraltro più pregnanti i termini "collocamento di significato" (per catexis) e "sottrazione di significato" (per decatexis) in quanto si ritiene che aderiscano maggiormente al problema esaminato, secondo una linea interpretativa adleriana.

Com'è noto le figure parentali costituiscono per il bambino il primo e più importante oggetto di collocamento di significati: avviene infatti nei primi periodi della vita una serie di interazioni che svolgono un ruolo fondamentale nella strutturazione della personalità dell'individuo e che condizionano in qualche modo necessariamente gli investimenti futuri.

Anche altre figure significative, oltre ai genitori, possono essere oggetto di investimento per il bambino; accade anzi a volte che questi (fratelli, nonni, professori) svolgano un ruolo di figure sostitutive di quelle genitoriali.

I primi anni della vita sono molto importanti in quanto possono crearsi dei legami più o meno patologici, affetti troppo vincolanti o educazione eccessivamente rigida, che nel futuro potranno condizionare la possibilità di adattamento del soggetto, specie nei successivi rapporti cogli altri.

Ritornando al concetto di "collocamento di significato positivo o negativo", si può ricordare a questo proposito che, nelle interazioni realizzantesi a livello interpersonale, si possono distinguere sia un movimento verso gli altri, sia un movimento di allontanamento dagli altri.

L'ottica del presente lavoro utilizza operativamente il modello suesposto e si incentra sulla sottrazione di significato da parte della donna. Si tratta di un'evenienza abbastanza frequente sottesa da una conflittualità profonda che si viene ad instaurare nell'ambito del rapporto di coppia.

Tale "sottrazione psicologica" si manifesta con un cambiamento dei rapporti affettivi e comunicativi nonché con un disinteresse o un rifiuto sessuale talora permanenti nei confronti del partner.

Vale la pena a questo punto di valutare più da vicino i tempi e le modalità con cui si realizza il disinvestimento, dal momento che sono molteplici le possibilità con le quali esso si può manifestare. Può infatti esordire improvvisamente oppure essere il risultato di una graduale sottrazione di carica affettiva.

Sia nell'uno che nell'altro caso di quelli sopra menzionati, possono trovarsi alla base problematiche preesistenti al rapporto di coppia oppure conflittualità attuali.

A chiarimento di quanto detto ricordiamo il caso 2 che verrà descritto, in cui sono molto evidenti i tratti neurotici della personalità, preesistenti al matrimonio, che hanno influito negativamente determinando in parte l'insorgenza della disarmonia della coppia.

Occorre inoltre distinguere casi specifici: tra questi la sottrazione di carica affettiva che parte primitivamente dalla donna e quello in cui rappresenta una situazione reattiva ad un iniziale disinvestimento da parte del partner.

La sottrazione della carica affettiva può rappresentare, dal momento in cui viene attuata, una condizione permanente, ovvero può essere suscettibile di reinvestimento in tempi più o meno brevi. Quest'ultimo evento potrà realizzarsi nel caso in cui mutino situazioni contingenti oppure vengano chiarite e risolte alcune situazioni di conflitto della donna.

In un caso di questo tipo potrebbe essere di grande utilità un intervento psicoterapico come verrà detto più avanti.

È altresì opportuno considerare due altre possibilità:

1 - la sottrazione di significato è globale in quanto concerne entrambi gli aspetti del rapporto di coppia (affettivo-sessuale);

2 - la sottrazione di significato è parziale nel senso che sono interessati esclusivamente l'uno o l'altro dei due versanti.

Va però sottolineato come sia più frequente, almeno sulla base dell'esperienza personale, il caso in cui il rifiuto si realizzi unicamente sul piano affettivo ed eventualmente solo più tardi anche su quello

sessuale. Questo fatto si può forse spiegare tenendo conto sia la componente educativa che di quella religiosa che condizionano vede femminili di inferiorità.

Non è raro infatti osservare che schemi educativi troppo determinati l'insorgenza di sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità che nel caso della donna sono responsabili di situazioni di squilibrio rapporto di coppia.

I tipi di compensazione che ne derivano si manifestano psicologicamente in due modi:

1 - Con una compensazione negativa di tipo nevrotico (fobico isterico, ossessivo, depressivo, ect.). In questi casi si potrà riscontrare oltre che una spiccata sintomatologia legata ad uno o più tratti nevrotici fra quelli sopra menzionati, la presenza di particolari condotte o comportamenti a loro volta determinati dallo stile di vita individuale.

A titolo esplicativo possiamo ricordare tra queste condotte un'esagerata sollecitudine verso il partner, il che nasconde intendersi aggressivi. La stessa aggressività si può manifestare più apertamente con un nuovo tentativo di comunicazione attraverso il litigio.

2 - Il collocamento di significato è presente in una serie di raffigurazioni che sono espressione di una difesa attraverso compensi agitati piano del reale.

Questi ultimi possono essere realizzati attraverso varie modalità: un'intensa attività lavorativa, la scelta di partners inadeguati, ricerca di nuove amicizie e l'ampliamento della cerchia dei conoscenti. Si può rilevare come questi legami di amicizia siano caratterizzati spesso (vedi caso 2) da una certa carica affettivo-intellettuale, il che è decisamente meno impegnativo e ansiogeno oltreché deresponsabilizzante rispetto ad un rapporto vissuto a livello affettivo-sessuale.

È inoltre molto importante stabilire il tipo di comunicazione che viene ad instaurarsi nella patologia della coppia. Prima per altro opportuno chiarire alcuni concetti circa il termine "comunicazione" nel modo di interpretarlo: una serie di comunicazioni può essere considerata da un osservatore esterno come una sequenza ininterrotta di scambi, sicché la relazione viene ad esprimere uno scambio ininterrotto risolvendosi così in un rapporto circolare.

È possibile tuttavia stabilire un punto di partenza teorico nell'interazione comunicativa, vale a dire un rapporto di causa-affetto. Bateson e Jackson hanno definito questo procedimento come "punteggiati delle sequenze di eventi": ciò ricorre spesso nella patologia della famiglia e della coppia.

Nel rapporto fra i coniugi la sequenza degli eventi comunicativi è caratterizzata da due triadi opposte di tipo oscillatorio accompagnate ora da tipici attacchi di aggressività agiti da entrambi i membri della coppia, ora da atteggiamenti di indifferenza, ora da posizioni di chiusura e rispettivamente di insofferenza da parte dei due partners.

Sfrondata da tutti gli elementi effimeri e accessori, l'interazione si può per esempio ridurre al monotono scambio di messaggi del tipo "io mi chiudo in me stesso perché tu non ci stai" e "io non ci sto perché tu ti chiudi in te stesso".

Si può ricondurre il tutto ad un diagramma da cui risulta che il marito percepisce soltanto le triadi in cui il suo comportamento è semplicemente una risposta a quello della moglie. Questa interazione è di tipo oscillatorio e può teoricamente continuare all'infinito. Può essere questo il caso in cui elementi comunicativi che passano accanto alla circolarità del rapporto si risolvono nell'accusa reciproca (vedi caso 1 e 2).

Quest'ultima esperienza è facilmente ricollegabile alla situazione di comunicazione con litigio precedentemente menzionata, in cui il gioco del "collocamento-sottrazione-spostamento di significato" si situa nell'ambito di mète fittizie rinforzate.

Si riportano sinteticamente due casi clinici in trattamento analitico ad indirizzo adleriano

CASO CLINICO N. 1

Signora di anni 34. Anamnesi familiare: negativa. Proviene da una famiglia contadina ed è l'ultimogenita di tre sorelle delle quali solo lei ha studiato. Scolarità: diploma di ragioneria. Attività lavorativa: casalinga. Circa due anni fa ha lavorato per un breve periodo in un negozio di libri che il marito aveva acquistato per lei per permetterle di autonomizzarsi. Coniugata a 21 anni, ha tre figli (due maschi ed una femmina). La personalità premorbosa è quella di un soggetto "scoraggiato" con probabile presenza di radicali depressivi già nell'adolescenza. Conosciuto il futuro marito del quale era dipendente, lo ha sposato dopo un anno di molta perplessità, preoccupata della difficoltà di comunicazione con un uomo dedito unicamente al lavoro ed al miglioramento della sua condizione sociale. Nel prendere la decisione di sposarsi ha contribuito molto il parere della famiglia che la invitava a decidersi, specie quello di una delle sorelle maggiori.

La paziente afferma di aver verbalizzato queste difficoltà al marito che aveva reagito negativamente invitandola a mantenere, nonostante tutto, il loro legame, soprattutto preoccupato di quello che avrebbe detto la gente se si fossero lasciati. Anche dopo il matrimonio la situazione non è migliorata. I rapporti sessuali non sono mai stati soddisfacenti per la paziente, pur mancando altri termini di paragone.

Nell'ambito della coppia il marito rappresenta l'elemento rigido, la moglie quello fragile; viene così a crearsi uno squilibrio responsabile del manifestarsi di una patologia della cui origine sono causa entrambi i membri. Nel corso della psicoterapia emerge una conflittualità profonda, preesistente al matrimonio; la paziente ha dei vissuti di angoscia relativi alla disparità fra il ruolo assegnatole dalle figure parentali (era l'unica delle figlie ad avere "studiato") e quello impostole dal marito ("devi solo fare la madre di famiglia").

Questa situazione è ulteriormente peggiorata per la condizione di completa dipendenza economica dal marito. Questi rappresenta la figura del "vincitore" a cui non si può rifiutare nulla e reagisce al blocco sessuale della moglie strumentalizzandola nel tentativo di conquistarla; non si rende conto che le possibilità di recupero sono anche legate alla sua capacità di garantire alla moglie una distanza tale che le permetta di autonomizzarsi realmente.

La moglie dal canto suo ha tentato un'esperienza, che si può considerare come un controinvestimento affettivo, effettuando un reinvestimento di significati su un partner inadeguato. Essa infatti non ha la capacità di gestire questo rapporto non avendo una sufficiente stima del nuovo partner dal momento che lei rappresenta la figura "dominante" (il nuovo partner ricopre una posizione socialmente meno rappresentativa).

È chiarissima qui la finzione rinforzata che non permette al soggetto di risolvere la sua problematica neurotica.

Continua inoltre la "sottrazione di significato" sia a livello sessuale che affettivo nei confronti del marito, iniziata nei primi mesi del 1977.

CASO CLINICO N. 2

Signora di 37 anni. Anamnesi familiare: negativa. Proviene dalla piccola borghesia; ha una sorella maggiore di un anno ed un fratello minore. Scolarità: laurea in lettere. Attività lavorativa: insegnante di scuola media. Coniugata all'età di 26 anni; ha due figli (un maschio ed

una femmina). L'analisi della personalità premorbosa mette in evidenza una struttura di tipo isterico con l'insorgenza delle prime conversioni somatiche all'età di 18 anni: accusava nausea, vomito, tenesmo rettale, gastralgie, visceralgie. Si tratta quindi anche in questo caso di una conflittualità preesistente al matrimonio spostata nella verbalizzazione della paziente sul piano del reale (la causa di tali sintomi infatti erano secondo lei le difficoltà incontrate nello studio).

Parte della sintomatologia conversiva si è transitoriamente attenuata per un certo tempo dopo il matrimonio, fatto per altro contro voglia a causa di una marcata incertezza circa la scelta del partner oltreché ad una sua insicurezza di base.

A distanza di qualche anno dal matrimonio i sintomi sono ricomparsi più intensi di prima specie nelle occasioni in cui la paziente è sola con il marito (vacanze e dopo diverbi).

All'inizio del matrimonio lo scambio comunicativo tra marito e moglie era soddisfacente a tutti i livelli. In seguito è venuta meno gradualmente la componente affettiva; la paziente motiva questo disinvestimento nello scarso interesse del marito, troppo assorbito dagli impegni lavorativi, nei confronti della famiglia.

L'intesa sul piano sessuale si è conservata anche se in modo non del tutto soddisfacente; secondo il parere della paziente perché questo si realizzi è necessaria infatti una primaria buona intesa affettiva. Il progressivo venir meno di questa è in gran parte dipeso dal fatto che la moglie vive una sorta di "invidia" del ruolo maschile che si è spesso tradotta in discussioni e liti con il marito già presenti all'epoca in cui il rapporto fra i due era sufficientemente valido.

In questo secondo caso la compensazione è stata attuata dalla paziente mediante la scelta di partners con i quali la comunicazione si svolge unicamente sul versante affettivo (metà fittizia) il che fa emergere un modesto problema sessuale.

La verifica di quanto affermato si rileva dal fatto che lo stile neurotico è inquadrabile in un derivato sostitutivo a tipo fobico-isterico con profondi desideri aggressivi, ma caratterizzato sul piano comportamentale da una esagerata sollecitudine verso il marito.

Per concludere, si è constatato, nell'ambito di un approccio psicoterapeutico, che l'eventuale linea d'intervento deve tener conto di numerosi fattori tra i quali si sottolineano:

1 - il grado e il tipo di collocamento-sottrazione di significato; ciò si può valutare solo attraverso un'accurata analisi del partner. Le modalità espressive (tattiche relazionali) sono infatti uno specchio abbastanza

fedele dei tentativi di compenso messi in atto dal componente della coppia, che ha operato il disinvestimento;

2 - le motivazioni al reinvestimento e i meccanismi con i quali viene elaborato il sistema di compenso. Succede infatti di vedere che un'apparente disponibilità a comprendere più profondamente questi problemi nasconde tenaci meccanismi di difesa e rinforzi decisamente le "finzioni neurotiche";

3 - una revisione dello stile di vita di entrambi i membri della coppia.

LINO GRANDI

LINEE DIRETTIVE DI EDUCAZIONE SESSUALE NELLA SCUOLA MEDIA INFERIORE

Non ci si propone di fornire precise indicazioni struttural-comportamentali per evitare una rigidità di fondo che difficilmente potrebbe adattarsi alle esigenze di specifiche situazioni. La relazione non può non tener conto delle esperienze in tal campo effettuate dal relatore e dalle équipes dallo stesso coordinate che hanno operato in diverse scuole medie di Torino e cintura, ma la considerazione delle diversità socio-culturali esistenti induce ad evitare le indicazioni di prassi precostituite, lasciando posto a considerazioni di massima più facilmente adattabili alle realtà nelle quali ci si troverà ad operare.

L'educazione sessuale pertanto, è opportuno ricordare, rientra nel più ampio contesto dell'educazione vista come momento totale, e pertanto va affrontata come uno dei tanti problemi che investono il ruolo degli insegnanti impegnati ad aiutare i discenti a tracciare in modo socialmente costruttivo la via evolutiva concessa al momento dello sviluppo.

Ne consegue che l'intervento estemporaneo di esperti può assumere al più il significato di corretta informazione; altresì appare opportuno che la disponibilità del sessuologo sia messa a disposizione in primis dei genitori e degli insegnanti, per mezzo di dibattiti e di relazioni. Dette relazioni poi è consigliabile non si limitino alle indicazioni ex cattedra, ma siano lo stimolo necessario perché sul problema ci si confronti e conseguentemente si operi una presa in carico delle questioni inerenti un sano sviluppo della sessualità che prima di essere travasata sui ragazzi divenga ripensamento ed autocritica di chi gestisce un ruolo formativo.

Il pericolo di travasamento di problematiche individuali dell'adulto sul minore incombe con drammaticità; bisogna evitare le proiezioni di ansie e di angosce che potrebbero favorire una disarmonica e conflittuale gestione del problema sessuale da parte dei fanciulli, con cadute nella nevrosi.

Abdicare rinviando all'esperto potrebbe inoltre risultare limitativo, anche se a prima vista saremmo tentati - grazie anche alla mentalità

tecnicistica propria dei nostri giorni - di delegare "chi ne sa più di noi" a trattare la questione.

Non ci si illuda però che il fanciullo non percepisce la diversità del trattamento del problema rispetto a tutti gli altri che sono alla base dell'iter educativo e che vedono impegnato in prima persona il consiglio di classe, nell'opera dei singoli insegnanti.

L'accento viene quindi spostato appunto sul consiglio di classe, momento unitario indispensabile perché il messaggio non divenga incongruente con connessa dissociazione interpretativa. Non ci si illude sulla determinatezza e univocità degli interventi dei docenti in merito a questo come ad altri episodi educativi, troppe essendo le interferenze e le caratteristiche dei singoli. Il fatto però che nell'ambito scolastico operi una équipe preparata anche in materia sessuologica e che attraverso corsi di aggiornamento, di apprendimento, di formazione ecc. abbia fornito valide indicazioni comportamentali e trattamentali, a fianco della necessaria opera psicoterapeutica e di analisi del problema, favorisce almeno una metodologia comune il cui fine si ritiene debba essere, unitamente alla corretta informazione, la sdrammatizzazione della percezione della sessualità.

In modo analogo, sia pure per ovvie esigenze con maggior approssimazione, deve essere affrontato il problema con i genitori, il che è anche nello spirito del legislatore, allorché si stabilí il contatto più pregnante fra genitori e scuola con l'introduzione della rappresentanza dei parenti degli alunni nella gestione della scuola.

Un'esperimentazione condotta in alcune scuole medie, facendo uso di sociogrammi, ha permesso di confermare quanto è noto ai cultori del problema e cioè che esiste una accentuata diversificazione non soltanto fra le classi di una stessa scuola, ma in particolare nell'ambito della classe, per quanto attiene il problema dell'educazione sessuale.

Si è constatata la presenza di almeno tre stadi di sviluppo, e di conseguenza di tre gruppi, per quanto concerne l'informazione ed i bisogni dei ragazzi di una qualsiasi classe. La diversificazione tende poi ad accentuarsi nelle classi miste, anche per la diversa evoluzione fisico-psichica dei due sessi.

In "Psicologia dell'Educazione" Adler più volte richiamava l'attenzione su un sviluppo più precoce delle ragazze, almeno fino ai sedici anni.

Esemplificando, potremmo così indicare le tre suddette categorie:

1) Ragazzi che sono venuti a contatto con una informazione precoce e che cominciano ad avvertire impulsi sessuali sempre più bisognosi di

risposta.

2) Ragazzi che avvertono il problema, ma che presentano un interesse limitato e saltuario. È già avvenuto il contatto con l'informazione (per lo più distorta) offerta o da compagni più coinvolti nel problema, o da adulti in famiglia e non, oppure da riviste e porno-fumetti il cui cattivo indirizzo era già stato stigmatizzato dal Maestro.

3) Ragazzi non ancora interessati al problema, grazie ad una diversa evoluzione fisio-psichica.

È facile a questo riguardo sottolineare come un'educazione generalizzata ed indiscriminata, che non tenga conto dei bisogni già presenti o latenti nello studente, può apparire incompleta oppure farisaica (leggi intervento informativo squisitamente tecnico) oppure precoce per quanto riguarda la disponibilità interiore all'argomento.

A livello operativo le maggiori difficoltà sono emerse nell'agire sui consigli di classe e sui singoli docenti per aiutarli ad assumere il ruolo di educatori nel senso del termine, in linea con il concetto già espresso di educazione totale.

Si tratta insomma di spingere il docente ad abbandonare la cattedra per immergersi nel gruppo, svestendosi del ruolo tradizionale per assumere quello ben più coinvolgente e problematico di gestore di risorse.

Nei casi in cui tale operazione di crescita ha avuto luogo, si è constatato non solo un maggior interscambio nei consigli di classe e di istituto, ma soprattutto un più fluido scorrere delle informazioni. Il sentimento di superiorità che troppo sovente induce ad agire in modo personale per conseguire fallaci apprezzamenti ("Quello sí che è un buon insegnante; vedessi come sa tenere la classe!"), viene soppiantato dal sentimento sociale e dal bisogno di comunicare per poter poi unitariamente procedere nella gestione delle risorse umane. I risultati, questa volta obiettivi, sono assai eloquenti.

Procedendo in tal senso si viene in possesso di svariate informazioni sui singoli allievi, sulla loro storia personale, sulla rete preferenziale delle sottorelazioni all'interno della classe, sul perché delle scelte e dei rifiuti (sociogramma di Moreno), sul rapporto con la figura che gestisce un ruolo rivestito di autorità e dei compagni con posizione di "stelle" (leadership), ecc. L'insegnante diviene confidente senza peraltro perdere, anzi arricchendo, il ruolo di maestro; da semplice trasmissore di informazioni culturali, eccolo maestro di vita.

L'educazione sessuale non sarà più una materia aggiuntiva, da affrontare con cautela e circospezione, sempre con la preoccupazione di

contestazioni di colleghi e di genitori.

Nella convinzione che l'atteggiamento del ragazzo verso il sesso è un riflesso delle sue esperienze infantili, si procederà ad esaminare la consapevolezza degli atteggiamenti, dando vita a discussioni individuali o di sottogruppo dove il momento informativo si arricchirà della globale problematica del discente verso la sessualità, così come verso ogni altro aspetto che lo attende all'uscita dalla scuola: rapporti affettivi, mondo del lavoro, affermazione sociale ed economica.

Le interrelazioni con altri aspetti dello sviluppo puberale ed adolescenziale forniscono la chiave per la comprensione della più parte degli atteggiamenti e delle richieste degli studenti.

Riuscire a divenire compagni ed amici comprensivi, in un periodo così importante della vita del ragazzo, eviterà ogni esclusione ed il sentimento di estraneità.

Prendendo ad esempio le ragazze, comunicando con loro, si avrà modo di constatare che stanno vivendo un'epoca della loro storia in cui esse rivelano un senso di fastidio ad adattarsi al ruolo femminile tradizionalmente imposto dalla società, e si preoccupano di osservare il comportamento privilegiato dei maschi, strutturando le prime reazioni comportamentali ben indicate da Adler come protesta virile, ma che peraltro sono insoddisfacenti (si tratta per lo più di imitazioni di vizi, quali bere, fumare, vivere oltre ogni limite in gruppo, tornar tardi la sera, sentire in modo critico il ruolo della madre ecc.).

Dal comportamento espresso si potrà arguire quale sarà il loro futuro atteggiamento riguardo al sesso, sia per quanto concerne la eterosessualità, sia per quanto attiene il rapporto umano vuoi nell'ambito dello stesso sesso che verso i maschi.

Un'analisi dei bisogni, per la quale non necessariamente si deve esigere la partecipazione dello psicologo, effettuata dall'insegnante che si è confrontato con l'esperto, mette in luce le carenze affettive e relazionali che incidono sull'igiene mentale dell'allievo e consente un intervento pedagogico costruttivo, atto a ristabilire la stima di sé ed a permettere la ripresa dell'aspirazione verso la superiorità ed il successo, così strettamente collegata con il sentimento di inferiorità, come ci è stato indicato da Adler. Incanalare tale aspirazione verso sbocchi positivi ed utili controllando che non degeneri viceversa nella cloaca della sregolatezza oppure verso una forma nevrotica, bensì favorire una linea direttiva che conduca alla metà della felicità e dell'equilibrio mentale, appaga l'impegno del docente e gli consente di sentirsi agente di vita e non angusto trasmettitore di informazioni.

Si potrebbe allargare la casistica parlando di giovani che, a seguito ed in ottemperanza di una finzione comportamentale lungo linee di superiorità, hanno offuscato il sentimento sociale, oppure hanno assunto ruoli di discutibile valore (latin lover, femminilizzato, smodato nel bere e nel fumare, eccessivamente indipendente, camorrista ecc.).

Sappiamo che troppi giovani hanno la certezza della immodificabilità del proprio sesso, sovente per argomentazioni ricevute durante la loro prima infanzia e che hanno favorito l'insorgere di crisi esistenziali andando ad accentuare il sentimento di inferiorità e producendo ulteriore insicurezza. Il far prendere coscienza ad una femmina del perché della educazione impartitale rispetto a quella del maschio, e viceversa, potrà portare a discussioni, sottolineerà l'incongruenza dei metodi educativi sin qui seguiti, ma eviterà che il ruolo del sesso di appartenenza non venga fissato nella sua mente, garantendo una preparazione alla normalità esistenziale.

Ciò ovviamente salvando, anzi sottolineando, il principio della egualianza dei sessi, principio che però non può essere inteso come sovrapposizione di uguali con la sola marginale differenziazione degli attributi morfologici, bensì come reciproca complementarietà e con quadri attitudinali diversificati: si evita così la strutturazione di complessi di inferiorità o di superiorità, entrambi dannosi, perché inducono alla perdita della conoscenza dei compiti futuri nel senso che finirebbero col prevalere tendenze ad assoggettarsi da un lato per conseguire benefici immediati, oppure a prevaricare fino alla depauperante considerazione di riduzione dell'altro ad oggetto di desiderio, con la ovvia conseguenza di annientare così le fertili possibilità di reciproco arricchimento.

L'educazione sessuale non può essere ridotta alla pura e semplice spiegazione della fisiologia delle relazioni sessuali, momento che per altro possiede indubbiamente significatività per una corretta informazione, ma che avulso dal contesto della globalità dell'intervento educativo diviene necessariamente riduttivo.

Bisogna piuttosto affrontare e preparare adeguatamente l'atteggiamento interiore verso l'amore e verso il matrimonio. Ci si deve pertanto una volta ancora richiamare al sentimento sociale, allo spirito di cooperazione: chiunque abbia esperienza in questo campo od abbia studiato il problema avrà rilevato come la carenza dello spirito di cooperazione conduca inevitabilmente verso un inadeguato "aggiustamento sociale". In tal caso il problema del sesso non verrà preso in esame unicamente dal punto di vista del proprio soddisfacimento (d'altra parte tutto ciò è in

linea con i messaggi dei mass-media e con l'oggettualizzazione del partner, fenomeno questo auspicato e favorito dal bisogno consumistico che ci sovrasta).

Tutto ciò finisce poi col divenire frustrante e pregno di sofferenza per ambo i sessi. La tradizione assegna all'uomo un ruolo di leader, il che è sovente fittizio, e la donna si trova a dover subire una superiorità falsa, che non può non abbattere ulteriormente il suo spirito oppure che finisce per compromettere, seguendo altre linee diretrici, le tensioni verso l'adattamento. L'uomo al contrario avverte di difendere strenuamente una superiorità che si vanifica come nebbia al sole di fronte ad una disamina obiettiva della realtà, e ciò lo colpevolizza o gli fa avvertire il senso della propria insufficienza ed inadeguatezza, specie se confrontata ad una immagine di potere tanto irreale quanto prega di contenuti ed assorbita a livello culturale, per cui finisce con il ritenersi inferiore e scarsamente dotato di mezzi; qualora comunque le sue scelte comportamentali si strutturino secondo schemi tradizionali, e pur anche se pienamente accettate, vengono egualmente perduto i contatti con i valori reali.

Per quanto attiene poi la fase fisica dell'educazione sessuale, si ricorda quanto già affermato in merito all'educazione totale : si è constatato che gli insegnanti che hanno saputo divenire gestori di risorse, che hanno saputo accattivarsi la confidenza e l'arricchevole rispetto dei discenti, si sono sentiti porgere anche dagli allievi più timidi e reticenti domande precise in proposito, specie quando ha già fatto capolino la curiosità ed in particolare quando bisogni affettivi connessi alla sessualità hanno cominciato a produrre attenzione ed eccitamenti. Adler già segnalava che non è necessario che i fanciulli ricevano un'educazione sessuale troppo presto ed in modo indiscriminato: le esigenze del ragazzo, non quelle dell'affrettato educatore, debbono prevalere.

Preso atto della necessità di evitare di dare risposte che possano stimolare la spinta sessuale (problema peraltro comune ad altri dell'informazione sociale, vedi ad esempio la droga), bisogna altresì essere in grado di rispondere in modo adeguato al livello di comprensione dell'allievo. Bisogna porre attenzione a controllare l'emotività o l'imbarazzo che certe domande producono, rispondendo con naturalezza e pacatezza, poiché sovente non è la domanda in sé che ha effetto scatenante, bensì l'engramma che si produce per spontanea germinazione e che diviene produttore di tensione interiore.

Quanto si è venuti sin qui dicendo può apparire in contrasto con le

affermazioni di molti sessuologi e la tecnicizzazione dagli stessi proposta. Voglio ribadire che credo in un'educazione sessuale solo se inserita nel momento educativo ed in particolare in quello della socializzazione, che deve essere affrontata con serietà ed impegno ma non come problema atipico e traumatizzante, che non la si deve delegare ad altri che non siano per ruolo gli educatori tradizionali e cioè professori e genitori, che deve rientrare nella pedagogia dell'insegnamento individualizzato, che richiede di essere affrontata in chiave di sincerità ed evitando inutili furbizie; se l'azione fattiva del consiglio di classe ha permesso la strutturazione di gruppi sociali con note di omogeneità e di reciproca interdipendenza, può essere affrontato nel sottogruppo con l'indubbio vantaggio di permettere ancora una volta la tradizionale via dell'educazione sessuale come serie di informazioni trasmesse dai compagni (pare che ciò avvenga nel 90% dei casi) con la correzione dell'intervento dell'insegnante e quindi con l'instaurarsi di una prassi educativa più completa ed armonica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adler La psicologia individuale - Newton Compton Editori, Roma.
- 2) ADLER Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo - N.C.E., Roma.
- 3) ADLER Il temperamento nervoso - N.C.E. - Roma.
- 4) ADLER Psicologia del bambino difficile - N.C.E. - Roma.
- 5) ADLER Psicologia dell'educazione - N.C.E. - Roma.
- 6) ADLER Der Sinn des Lebens - Passer - Vienna.
- 7) ARIETI Manuale di Psichiatria - Boringhieri - Torino.
- 8) BION Esperienze nei gruppi - Armando - Roma.
- 9) DREIKURS Lineamenti della psicologia individuale di Adler - La Nuova Italia - Firenze.
- 10) DREIKURS Psicologia in classe - Giunti e Barbera - Firenze.
- 11) DREIKURS I bambini: una sfida - Ferro Edizioni - Milano.
- 12) ELLENBERGER La scoperta dell'inconscio - Boringhieri - Torino.
- 13) FARAU-SCHAFFER La psicologia del profondo - Astrolabio - Roma.
- 14) FOULKES e altri Manuale di psicoterapia di gruppo - Feltrinelli - Milano.
- 15) LOCKE Psicoanalisi di gruppo - Guaraldi - Firenze.
- 16) MOZAK Current Psychotherapies - Peacock - Illinois.
- 17) PARENTI Manuale di psicoterapia su base adleriana - Hoepli - Milano.
- 18) PARENTI Il prezzo dell'intelligenza - Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale.
- 19) PARENTI Dizionario ragionato di psicologia individuale - Cortina - Milano.
- 20) SCHAFFER La psychologie d'Adler - Paris - Masson.
- 21) SHULMAN Selected Papers - A. Adler Institute - Chicago - Contribution to Individual Psychology - A. Adler Institute - Chicago.
- 22) WOLMANN Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche - Astrolabio - Roma.

FRANCESCA DI SUMMA

IL COMPORTAMENTO IN UN GRUPPO DI LAVORO CON PRESENZA DI PERSONALE DI AMBO I SESSI

La presente relazione vuole descrivere un gruppo di lavoro nel quale si trova a dover agire ed operare una figura femminile.

Si tratta di un gruppo di laureati in discipline psico-sociologiche la cui azione è rivolta allo studio e, dove è necessario, alla modifica dei comportamenti che si sono riscontrati all'interno dell'azienda; comportamenti che variano a seconda delle situazioni e dei ruoli.

Appare evidente che la problematizzazione è momento particolarmente significativo e pregnante per il gruppo stesso: la ricerca dei bisogni e delle motivazioni dei vari settori aziendali produce necessariamente riflessi sugli operatori, a loro volta particolarmente attenti ai propri bisogni e allo studio delle motivazioni che divengono guida e stimolo delle loro azioni.

Particolare significatività assumono la figura e gli atteggiamenti del leader, che nel contesto specifico è leader formale, ma al contempo presenta spiccate caratteristiche di leadership naturale.

Alla sua immissione nel gruppo, nella figura femminile, che a seguito di selezione dovrebbe possedere simile cultura e preparazione, ma che abbisogna del necessario periodo di addestramento, si trova a dover vivere una situazione nella quale, a fianco di una disponibilità di superficie per una sua accettazione come membro di pari valore e pari diritti, scatta il meccanismo tendente alla sua utilizzazione in mansioni oggettivamente secondarie.

Il tipo di cultura e le sovrastrutture pseudo-politiche che caratterizzano i componenti del gruppo avrebbero lasciato intendere una profonda disponibilità verso l'integrazione del membro femminile (che per comodità indicherò con A) ed una conseguente azione per permettere un facile addestramento ed inserimento, il che è avvenuto, sia pure in modo parziale, nei primi tempi dell'impatto con il gruppo.

La disponibilità presentata dalla nuova componente permise un inizio estremamente favorevole: "A" però avvertiva che la tendenza alla collaborazione dimostratale raramente era rivolta ad una effettiva prepa-

razione psico-sociologica e comportamentale che le avrebbe poi permesso interventi di formazione analoghi a quelli degli altri colleghi, bensì al mantenimento di uno stato di soggezione che, se accettato dalla stessa, le avrebbe permesso come contraccambio sostanziose offerte di gratificazione personale. Anche l'azione più immediatamente addestrativa, a seguito dell'intervento del leader formale che si preoccupava di poter contare a tutti gli effetti sull'unità acquisita, era condotta secondo il sopra descritto meccanismo; dovendo accompagnare un collega nello svolgimento di una qualsivoglia attività, il compito affidatole era costantemente quello di osservare, gestendo un ruolo che avrebbe dovuto permettere al responsabile dell'intervento la gratificazione di dover apparire come il gestore non solo della situazione ma anche della collega praticamente vissuta e presentata come segretaria di pari livello.

Di qui si ravvisa come esistesse una dicotomia tra le concezioni espresse ed i comportamenti oggettivi. Soprattutto appariva incongruente come le stesse persone che entrando in ambienti di lavoro dove operavano maschi e femmine, se da una lato erano portatori di un messaggio di parità di diritti tra uomo e donna, dall'altro rifiutavano la possibilità di mettere in pratica in prima persona tale affermazione di uguaglianza. Tutto ciò produceva una situazione di tensione, in quanto emergeva una dissociazione che cominciava ad essere avvertita anche a livello epidermico.

Non ci si soffermerà sul dissidio che cominciava a serpeggiare all'interno del gruppo, in quanto alcuni dei formatori tendevano a cooptare "A" rispondendo a questo modo a delle tendenze di superiorità mal controllate.

Si entrò in una situazione di crisi allorché, avendo il leader formale ritenuto che "A" fosse in grado di svolgere in modo autonomo l'attività assegnatale, nel corso di una riunione di gruppo, pervenne alla decisione, peraltro accertata a livello cosciente, di immetterla, senza ulteriori rinvii, direttamente nella possibilità di operare.

Il fatto che "A" accettasse di buon grado la realtà operativa venne vissuto in modo traumatico dai componenti del gruppo. In misura diversa, ma comunque indistintamente, avvertirono come una diminuzione di potere personale tale raggiunta autonomia e sia pure vivendo momenti di conflittualità si coalizzarono per punire "A" di essersi permessa di divenire come uno di loro.

Ciò non fu evidente in un primo tempo: all'inizio infatti si sviluppò una situazione di finzione comportamentale tendente a gestire "A"

attraverso meccanismi sessuo-affettivi, in un primo tempo con interventi dei singoli per cercare di cooptare "A", poi anche con reciproche azioni di rinforzo per spingere "A" ad accettare una relazione affettiva con uno di loro.

Non essendo riusciti tali comportamenti a pervenire ai risultati prefissati per il rifiuto di "A" di essere null'altro più che una amica e collega, si scatenò un bisogno di espulsione di "A" in quanto elemento frustrante e perturbatore.

Venne così esplicitata al leader formale, da parte dei componenti del gruppo, la richiesta di espulsione di "A" in quanto non integrata nel gruppo.

Il leader formale, esperto di dinamiche di gruppo, avendo intuito i meccanismi che sottostavano a detta richiesta e giudicandola non razionalmente motivata, non ritenne opportuna tale espulsione.

Il gruppo, guidato da un leader informale, che presentava caratteristiche di indubbio valore, tentò un attacco al leader, attacco che si infranse vuoi per la personalità dello stesso vuoi per la specifica posizione del leader formale.

Ne seguì un periodo dove "A" venne sottoposta a continui attacchi chiaramente dicotomizzati a seconda delle diverse situazioni: da un lato, attraverso una serie di gratificazioni analoghe a quelle descritte, si agiva sulla sua sfera affettiva per riassorbirla in seno, ma al contempo, se veniva dimostrata la minima disponibilità, seguiva la richiesta di assumere atteggiamenti oppositivi verso il leader; dall'altro, a seguito del perdurare del comportamento corretto di "A" e del rifiuto di adeguarsi a quanto le si voleva imporre, scattava il meccanismo dell'isolamento che ogni formatore sa come sia cosa difficile da gestire.

"A" si era inserita nel gruppo portandosi dietro un sentimento di inferiorità rispetto ai maschi, dovuto vuoi a motivi fisiologici vuoi soprattutto all'educazione ricevuta.

"A" aveva subito percepito, appena le erano stati affidati determinati compiti, che si era riproposta, anche in quel gruppo, una ripartizione del lavoro tenendo presente la differenza di sesso.

Si era resa conto che la disuguaglianza dei ruoli determinata dal sesso, inculcata nei singoli, fin dalla nascita, dai genitori, dal sistema educativo, dai mass-media; dalle istituzioni religiose, supportata poi dalla struttura economico-politica legale della società, difficilmente è superabile anche quando razionalmente viene giudicata come sovrastruttura.

Le caratteristiche specifiche del ruolo al quale si è stati socializzati costituiscono il nucleo dell'identità dell'individuo e metterle in discussione nell'età adulta, potrebbe portare ad una perdita della propria identità.

Tutta l'azione di "A", rifiutando la sottomissione al potere degli uomini e non accettando passivamente l'isolamento, verteva al superamento della differenza di ruoli determinata dal sesso e alla conseguente modifica dei valori anche essi dicotomizzati del sesso.

Nel gruppo e nell'attività lavorativa in genere "A" rifiutava i valori attinenti al ruolo femminile quali la passività, la dipendenza e l'emotività, valori che altro non sono che la controparte di quelli maschili che includono invece la competitività, l'aggressività, l'indipendenza e la razionalità.

Varrà la pena a questo punto concludere la presente relazione presentando un sogno di un formatore ed esattamente di quello che in certi momenti è riuscito a porsi come anti leader pur mancando di quelle caratteristiche necessarie per essere la seconda "stella" del gruppo.

"Mi trovavo in un'aula insieme ad un docente esterno che parlava della superiorità degli uomini rispetto alle donne. Faceva riferimento, per avvalorare tale tesi, ai concetti di virilità, di potenza e di forza.

Disgustato, sono uscito dall'aula ed ho incontrato nel corridoio il dottor "Y" (leader del gruppo). Ho riferito al dottor "Y" i concetti che venivano esposti in aula ed ho chiesto un suo intervento atto a dimostrare l'uguaglianza esistente tra uomo-donna, uguaglianza più volte ribadita ai componenti del gruppo. Insieme, mentre discutiamo, ci siamo avviati su di una altissima scala; la scala terminava in un grande salone dove dormiva su un divano, coperta da un plaid, "A". Il dottor "Y" si è staccato da me e si è addormentato accanto ad "A", io invece mi sono disteso accanto a loro, però su di un altro divano".

La lettura del sogno ci permette di vedere la conferma di quanto già si è detto nella presente relazione e cioè da un lato una necessità culturale di uguaglianza uomo-donna, dall'altro un bisogno di oggettualizzazione della stessa vissuta come inferiore.

Si ritiene che il docente esterno del sogno ed il formatore che si è incontrato con il dottor "Y" siano la stessa persona. Il bisogno poi di superiorità che caratterizza il comportamento di detto formatore trova conferma nel suo affiancarsi al dottor "Y" che a livello inconscio gestisce un ruolo di netta superiorità e che è l'assoluto padrone della situazione.

“A” distesa su di un divano, ma completamente coperta, è desessualizzata, ma è già in alto, è già superiore, ma al contempo viene sentita come proprietà del dottor “Y”. È già in alto perché è il dottor “Y” che l’ha portata lì, ed in modo analogo può arrivare lì il formatore che ha narrato detto sogno, qualora accetti in modo meno conflittuale la situazione adeguandosi allo stile di vita che il leader formale cerca di trasmettere all’interno del gruppo.

Si ravvisa inoltre il sentimento di superiorità che detto formatore possiede nei confronti degli altri componenti e come viva in modo ambivalente il leader formale; non ci si sente di escludere l’eventuale presenza di una componente identificatoria se non addirittura di un sotteso linguaggio relazionale a sfondo omosessuale.

Poiché la dinamica del gruppo è ancora in fase di svolgimento la relazione potrà essere aggiornata alla luce dei futuri sviluppi.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER *“Cos’è la psicologia individuale”* - Newton Compton.
- ADLER *“La psicologia individuale”* - Newton Compton.
- ADLER *“Il temperamento nervoso”* - Newton Compton.
- ADLER *“Psicologia individuale e conoscenza dell’uomo”* - Newton Compton.
- TILDE G. GALLINO *“Il complesso di Laio”* - Piccola Biblioteca Einaudi.
- W. BION *“Esperienze nei Gruppi”* - Armando.
- LOCKE *“Psicoanalisi di gruppo”* - Guaraldi.
- FOULKES ed altri *“Manuale di Psichiatria di Gruppo”* - Feltrinelli.
- PARENTI ed altri *“Dizionario ragionato di Psicologia Individual”* - Cortina.
- PETER R. HOFSTÄTTER *“Dinamica di gruppo”* - Franco Angeli.
- SILVIA BONINO LINO GRANDI G. SAGLIONE *“La frustrazione”* - Boringhieri.
- PIERRE BADIN *“Psico-sociologia dei Gruppi”* - Armando.

ANDREA FERRERO
MAURILIO ORBECCHI

NOTE SU ALCUNI ASPETTI DELLA SESSUALITÀ IN PAZIENTI BORDERLINE

Il problema della "sistematizzazione" delle sindromi borderline, o casi-limite, di quelle entità cliniche cioè che, come dice M. Schmidberg, contengono elementi "sia propri della nevrosi che della psicosi, della psicopatia, della normalità...", è forse ancora lontano da una soluzione definitiva, benché di recente, negli ultimi vent'anni, un rinnovato interesse ed una serie di studi, specie da parte degli esponenti della cosiddetta "psicologia dell'Io", abbiano contribuito a raccogliere una nuova interessante serie di dati clinici e psicologici. La questione è annosa e risale praticamente agli albori della psichiatria moderna (Hughes nel 1894 parla già di borderline come zona di confine tra psicosi e nevrosi).

Sta di fatto che abbastanza di frequente ci si imbatte in pazienti mal definibili clinicamente, caratterizzati dalla presenza di sintomi di tipo, polinevrotico, da una patologia del comportamento che li fa definire come "caratteriali" o "antisociali" e dalla compresenza di elementi clinici più o meno esplicativi di tipo psicotico; tali pazienti presentano inoltre un'organizzazione di personalità più o meno stabilizzata, pur se sintomatologicamente possono apparire talora come persone che in continuazione "zigzagano sulla linea della realtà", come affermano Hoch e Polatin.

Non sono ovviamente comprese in questo gruppo le schizofrenie ad esordio pseudo-nevrotico (Sandor Rado; Hoch e Polatin). Le difficoltà di sistematizzazione nosografica derivano dal fatto, a nostro parere, che un approccio "descrittivistico", non solo in termini clinici, non è sufficiente a cogliere la sostanza di questo tipo di patologia.

Anche gli "psicologi dell'Io", che hanno affrontato il problema in termini di organizzazione della personalità in base alle risultanze dei trattamenti ad orientamento analitico cui hanno sottoposto i loro pazienti, non sfuggono talora a un loro particolare "descrittivismo"

analogo a quello clinico, parlando genericamente di "debolezza dell'Io", "scarsa capacità di introspezione", "scarsa senso della realtà", ecc. (cfr. anche Grinker, Schmideberg...).

Nel riquadro di questo "descrittivismo", grosso rilievo hanno le notazioni sui caratteri tipici delle condotte sessuali in tale tipo di pazienti.

Nel presente lavoro si intende, partendo dalla descrizione di un caso che sembra poter rientrare, secondo quanto detto, nel gruppo dei pazienti borderline, fare qualche notazione sulle caratteristiche dello stile sessuale di questo tipo di pazienti che funga anche come premessa per eventuali considerazioni psicopatologiche in vista di un approccio terapeutico.

Il caso riportato è quello di una giovane donna di 29 anni, nativa di Reggio Calabria, ma residente a Torino fin dall'infanzia, nubile, laureata in lettere, attualmente professoressa supplente in una scuola media, venuta all'osservazione durante un ricovero della durata di un mese circa e seguita poi ambulatorialmente.

Descritta come "personalità introversa, molto legata alla madre, estremamente insicura nelle proprie decisioni" dai genitori (i quali per altro ne avevano sottolineato per converso un brillante rendimento scolastico) da circa due anni aveva cominciato a manifestare una sintomatologia definita da uno specialista come di tipo isterico, che si era "complicata" con la comparsa di spunti "quasi deliranti" in senso mistico. Si era registrata poi una serie di turbe comportamentali che avevano compromesso l'inserimento lavorativo con prolungati e ingiustificati (a detta dei parenti) allontanamenti da casa, frequenti contatti con gruppi giovanili dalle caratteristiche le più varie (da vere e proprie comuni hippy a organizzazioni a sfondo religioso), trascuratezza nell'abbigliamento, irregolarità nell'alimentarsi. La cosa che turbava però maggiormente i genitori, abituati ad una visione molto tradizionale della famiglia, anche nel quadro di una cultura di estrazione meridionale, era una vita sessuale disordinata e incontrollata, con tutta una serie di rapporti che mai poggiavano su di una base affettiva che potesse avere una qualche parvenza di stabilità.

Le problematiche che affiorarono durante i colloqui in ambito ospedaliero e successivamente erano vaste e articolate. Parve subito chiaro che la paziente stessa attribuiva ai suoi problemi in campo sessuale ed affettivo particolare importanza.

Durante il ricovero i sintomi più specificatamente di tipo psicotico regredirono abbastanza prontamente per raffiorare, dopo le dimissioni,

saltuariamente ed in modo abbastanza sfumato. La paziente all'inizio sembrava vivere in uno stato di estrema angoscia e incertezza, rapportabile clinicamente a un vero e proprio stato d'animo pre-delirante, con un senso di minaccia e di morte, "come di pericolo imminente" (sono parole sue) "che incombe su tutti".

Tale stato si acquietò relativamente in breve tempo attraverso un'adesione quasi meccanica, per così dire "magica", alle ragioni esposte all'interlocutore.

Si ebbe nel prosieguo la conferma che l'unità interna della visione di Sé della paziente veniva preservata attraverso artifici identificatori progressivi spesso contrastanti, che solo quando non potevano essere sufficientemente conservati lasciavano luogo ad una sintomatologia più francamente dissociativa con spunti deliranti mistici o persecutori.

Al tempo del ricovero la paziente aveva intrecciato un rapporto affettivo e sessuale che pareva un po' più stabilmente ripetitivo, pur non ancorato ad un sentimento duraturo, in parte per i timori del partner, in parte per le difficoltà intrinseche che la paziente stessa riconosceva in sé nel riuscire a realizzarlo: "Mi sento di non riuscire a impegnarmi, a legarmi, mi sento vuota e di non potergli dare niente...".

In effetti la vita sessuale della paziente si svolgeva in modo saltuario e occasionale anche al di fuori di questa relazione. La paziente affermò più volte, durante i colloqui, come d'altronde è per certi versi ben comprensibile, che la questione sessuale era per lei di vitale importanza in quanto coinvolgeva in modo sostanziale la propria identità di donna.

Il ricovero venne vissuto come un tentativo repressivo da parte dei genitori nei confronti della sua affermazione sessuale e della sua indipendenza (la paziente vive tuttora in famiglia), che aveva finalmente realizzato legandosi ai movimenti giovanili e affermando la propria assoluta libertà di costumi.

D'altro canto, e spesso alternativamente anche durante lo stesso colloquio, di pari passo con il tipo di rapporto che si sviluppava con l'interlocutore e con l'accettazione progressiva del ricovero, comparvero imponenti sensi di colpa relativi alla propria amoralità, che dovevano già essere presenti prima del ricovero (si notino al proposito le tematiche mistiche e la frequenza assidua di gruppi religiosi durante certi periodi) e che continuarono in seguito.

La relazione col terapeuta si caricò di fortissime valenze sessuali; in tal modo parevano ricomporsi le due facce del problema: la realizzazione della paziente come donna e la garanzia di un'accettabile condotta

morale in quanto da questo punto di vista l'integrità del terapeuta (l'uomo di fiducia dei genitori) era fuori discussione.

Queste fantasie sessuali sembravano essere l'alternativa al delirio: durante una seduta che scatenò in lei una profondissima angoscia, la paziente raccontò di aver pensato in passato che il suo destino era quello di dover essere amata e posseduta da un essere soprannaturale, un angelo o Dio stesso.

Il riferimento alla situazione transferale era anche molto evidente e fu quello che presumibilmente mise così in angoscia la paziente, che subito dopo aggiunse: "Ho voglia di scappare, vorrei fuggire, sprofondare..."

Il tentativo di riportare in termini accettabili la situazione transferale provocò un'aggressività di pari intensità.

La situazione si è in seguito parzialmente evoluta attraverso una lenta rielaborazione dell'aggressività della paziente, permettendo che la medesima, entro certi limiti, venisse anche agita, nel frattempo, all'interno del rapporto a due.

In ogni caso, ad ogni limitazione più rigida della medesima corrispondevano veri e propri passaggi all'atto, sotto forma di imponenti crisi istiche, all'esterno indirizzate specialmente in direzione della madre, verso la quale la paziente si è sempre mostrata intensamente ambivalente.

La vita sessuale è continuata in modo piuttosto disordinato, si è ad un certo punto interrotta ("Ho capito che fino a che non risolvo i miei problemi non posso avere rapporti affettivi e sessuali soddisfacenti"), procede in ogni caso di pari passo con l'evolvere della totalità del quadro clinico, che ha registrato qualche incostante miglioramento, permettendo comunque, pur tra molte difficoltà, la ripresa dell'attività lavorativa.

Le considerazioni da farsi potrebbero essere molte; ci limiteremo alle seguenti:

I) L'inadeguatezza dell'utilizzazione unicamente del criterio descrittivo-clinico nell'approccio a pazienti borderline; nella descrizione di tali soggetti uno dei parametri presi in considerazione sono proprio le caratteristiche della vita sessuale che vengono così presentate: "Nei soggetti borderline le fantasie sessuali sono caotiche e multiple e le relazioni oggettuali connesse con queste interazioni sono instabili" e ancora: "La provocazione sessuale tende ad essere più diretta, più rozza, meno adeguata socialmente..." (Kernberg). È peraltro evidente che tali caratterizzazioni possono essere solo superficialmente indicative.

II) Il caso citato si presta invece ad alcune considerazioni di carattere psicopatologico relative ai soggetti borderline. Caratteristici in tal senso sembrano essere, infatti, gli artifici aggressivi ed autoprotettivi elaborati da tali pazienti al fine di regolare la "distanza" dall'ambiente in connessione con le aspirazioni di supremazia e di controllo, l'acquisizione e la preservazione del ruolo e il desiderio di accettazione e di appartenenza al gruppo.

In particolare la competitività si realizza attraverso "rapidi passaggi da sentimenti intensamente positivi a sentimenti altrettanto intensamente negativi, da un atteggiamento verso gli altri di sottomissione e imitazione infantile... fino a bizzose esplosioni di ostruzionismo all'altro". (Kernberg).

Tra tali due estremi non sembrano inoltre potervi essere compromessi e i due opposti atteggiamenti sembrano mutualmente escludersi in quanto unici garanti, alternativamente, della regolazione della distanza dall'altro. Tali artifici preserverebbero questi soggetti, nella misura in cui possono essere mantenuti, da un'ipercompensazione delirante, come si è visto, precludendo una riuscita socializzazione. Da ciò deriverebbero anche le caratteristiche di condotta sessuale di tale tipo di pazienti.

L'importanza delle implicanze sociali e culturali ci sembra risalti dal caso esposto abbastanza chiaramente e sarebbe meritevole di un esame più approfondito, così come importantissima risulta la costellazione familiare su cui pone l'accento Puoti, confermando indirettamente gli importanti lavori di linea adleriana, come quelli di Shulman.

III) Si sottolinea infine l'opportunità di una rielaborazione più profonda in chiave psicopatologica di questi casi: da tale rielaborazione deve necessariamente dipendere la risoluzione della questione nosografica, prognostica e terapeutica. Si segnala al proposito il dubbio che una psicoterapia solamente d'appoggio possa non avere sufficiente spazio per agire e si suggerisce quale traccia indicativa di trattamento la predominante importanza di una pur problematica ricerca di distanza (in considerazione anche di quanto sopra espresso) tra paziente e terapeuta, nel quadro di una costante, come del resto notato e suggerito fin dai tempi di Adler.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER A.: Das Problem der Distanz: über einen Grundcharakter der Neurose und Psychose. *Z. Indiv. Psychol.*, vol. I, 8-16 (1914).
- 2) GRINKER R. R., WERBLE B., DRYE R. C.: *The borderline syndrome*. Basic Books New York 1968.
- 3) HOCH P., POLATIN P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quart.* 23: 248, 1949.
- 4) KERNBERG O.: Sindromi marginali e narcisismo patologico. Boringhieri 1978.
- 5) PARENTI F. e coll.: *Dizionario ragionato di Psicologia individuale*. Cortina, Milano 1975.
- 6) PUOTI M.: La sindrome borderline (aspetti clinici, dinamici, sociali). *Neuropsich.*, 33, 1971.
- 7) SCHMIDBERG M.: I casi limite in: ARIETI S.: *Manuale di psichiatria*, vol. I, Boringhieri 1969.

PATRIZIA LUPARIA

L'ESPRESSIONE SESSUALE INTESA COME COMPITO VITALE DELL'UOMO IN ADLER

Le problematiche sessuali si prestano a gravi mistificazioni, soprattutto causa della loro genesi dipendente dagli aspetti culturalmente acquisiti dalla personalità, più che da una reattività istintiva, derivata dal patrimonio genetico della specie. Una di queste mistificazioni consiste nell'unilaterale riduzione della sessualità a solo istinto; un'altra, nella separazione tra senso e coscienza; un'altra ancora nell'esaltazione dell'incidenza del costume, come se il comportamento sessuale si identificasse con un fenomeno di mera acculturazione. In quanto umana, l'espressione sessuale assume il suo più autentico e gratificante significato se risulta come espressione armonica di tutta la personalità. Ciò significa che essa deve essere intesa come realtà che abbraccia tutta la persona, assolutamente irriducibile ai soli impulsi genitali, come realtà dinamica, come dimensione di profondità che contribuisce alla formazione della persona stessa ed alla sua apertura verso gli altri.

Parte della confusione che esiste nella nostra morale sociale riguardo a questo problema è dovuta al fatto che troppo spesso non viene rispettata quella uguaglianza tra i due sessi che si richiede per una corretta e completa espressione della sessualità.

Adler sostiene che l'errore di credere che la donna sia inferiore e l'uomo superiore disturbi l'armonia sessuale.

Oggi la lotta tra i due sessi per il prestigio si è fatta più aspra di quanto non lo fosse in passato. Ciò è avvenuto perché il già precario equilibrio tra l'uomo e la donna è stato violentemente sconvolto, in questi ultimi anni. Un tempo, non molto lontano, a dire il vero, un sesso era subordinato all'altro. Negli ultimi decenni, tuttavia, in seguito a cambiamenti intervenuti nel campo economico, sociale ed in quello politico, la supremazia maschile è stata messa in discussione.

Ciò ha dato alla donna la possibilità di rifiutare la propria posizione subordinata, cercando di ottenere diritti uguali a quelli del sesso maschile, o mirando addirittura alla superiorità quale ipercompensazione della sua passata inferiorità. L'uomo, dal canto suo, teme di poter

perdere quella superiorità che è considerata propria del suo sesso.

Così, ora, uomini e donne stanno mirando a un ideale maschile che non corrisponde più a nulla di quanto esiste nella realtà. Questa protesta virile pregiudica seriamente la possibilità di una valida espressione della sessualità per entrambi i sessi. Le donne si ribellano, ora molto più violentemente e frequentemente, alla parte assegnata al loro sesso, mentre gli uomini, dal canto loro, sono preoccupati, più di quanto non fosse mai accaduto in passato, da dubbi circa la propria virilità; tali dubbi spiegano non solo la riluttanza nei riguardi del matrimonio, ma anche la paura, che tanto spesso essi palesano, per ogni profonda relazione amorosa.

Accanto a questa difficoltà, che sorge dalla lotta tra uomini e donne per la salvaguardia del proprio prestigio, compare il problema della sessualità. Pochi individui si comportano, nei riguardi della propria sessualità, in modo naturale e spontaneo. L'atteggiamento umano verso la sessualità è, in genere, caratterizzato dal pudore. Solo quest'ultimo conferisce, infatti, a determinati processi naturali un significato che altrimenti non avrebbero. Il pudore è, senza dubbio, un prodotto delle convenzioni umane: non esiste, infatti, un pudore naturale.

Esso presuppone l'esistenza di leggi e norme, delle quali garantisce la osservanza. Così, ad esempio, il pudore che la società pretende dalla donna si dimostra un mezzo per mantenerla sessualmente e personalmente dipendente dall'uomo. Esigendo la verginità e proibendo i rapporti sessuali al di fuori del matrimonio, l'uomo teneva la donna completamente in suo potere.

Purtroppo l'umanità è tuttora sotto il terrore di tutto quanto è stato istillato in ogni bambino a proposito della sessualità. Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda le bambine, le quali, da tutto quanto osservano e sentono e da esperienze di cui sono state messe a parte, ricevono l'impressione che i fatti sessuali implichino per la donna un particolare pericolo. La sessualità è, in tal caso, vista come fonte di disgrazia e di disonore, causa del concepimento, con tutti i pericoli e le sofferenze che esso comporta. Molte donne possono arrivare a considerare se stesse come complici strumenti per la soddisfazione dei desideri dell'uomo, avendo, in tal modo, un'immagine distorta e falsa del proprio corpo e della propria sessualità.

Allo stesso modo, il timore di perdere la verginità è particolarmente marcato nelle donne che considerano tutto quanto è sessuale come degradante e che, per questa ragione, rifiutano ogni manifestazione esteriore della femminilità.

Gran parte dell'atteggiamento superstizioso che la gente ostenta nei riguardi di ogni problema sessuale può essere spiegato tenendo conto della estrema delicatezza di tale questione, che coinvolge profondamente lo stile di vita di ognuno.

L'incertezza del successo sessuale, poi, fa sì che l'individuo consideri questa funzione come un problema particolare. Essa appare a molti come una funzione incontrollabile e viene, pertanto, considerata con quel mixto di paura e di rispetto con cui il genere umano ha sempre considerato le forze incontrollabili della natura.

Considerata come un problema a sé stante, la sessualità è stata quindi male impostata ed artificialmente tenuta separata dagli altri aspetti della vita.

La società pone in grande rilievo l'importanza di avere una funzione sessuale perfetta: l'individuo deve mostrarsi efficiente in campo sessuale, per non perdere il proprio prestigio, con il risultato che anche la persona più normale diventa estremamente suscettibile sul tema della propria vita sessuale. Quando il prestigio personale, come in questo caso, è così fortemente messo in gioco, è logico che i fallimenti ed i successi siano entrambi iperconsiderati: un fallimento in campo sessuale può essere avvertito in modo così drammatico da far sì che l'individuo si senta un fallito completo; inversamente, un successo gli procura un aumento del coraggio sociale.

L'individuo che considera l'espressione sessuale esclusivamente limitata alla semplice funzione biologica della riproduzione, come avviene negli animali, trascura tutti i valori psicologici che la sessualità riveste per gli esseri umani. Quest'ultima va oltre il semplice fatto della riproduzione e ciò è dimostrato, tra l'altro, anche dal fatto che per l'uomo non rappresenta un'attività periodica, ma continua.

Anche coloro che, al contrario, considerano l'espressione sessuale come un semplice istinto biologico che necessita di essere soddisfatto, non hanno un'esatta comprensione dei valori e delle funzioni psicologiche della sessualità. Il vero scopo di quest'ultima viene travisato quando essa viene considerata alla stregua di un istinto animalesco: più l'essere umano diventa civilizzato, più la questione dell'istinto diventa secondaria e cresce, per converso, la necessità di ottenere dalla propria espressione sessuale soddisfazioni psichiche più elevate.

Ai giorni nostri si sta verificando un radicale cambiamento nell'atteggiamento di fronte ai problemi sessuali. Il numero di coloro che temono il sesso è relativamente diminuito, ma ora si esagera, al contrario, nell'attribuire ad esso importanza. Per reazione contro una prece-

dente tendenza culturale a porre l'atteggiamento sul pudore, si è sviluppata una tendenza opposta a trascurare il senso di responsabilità nel campo sessuale. Il sesso è divenuto uno strumento di facile piacere, un mezzo per raggiungere, senza difficoltà, un'affermazione della propria importanza, del proprio potere personale, particolarmente per gli adolescenti, che hanno a disposizione un numero troppo limitato di altri modi di sentirsi importanti nell'ambito della nostra società.

Si tende, in questo modo, ad orientarsi verso un'espressione sessuale a carattere erotico, violentemente dissociata dal valore umano dell'amore, dove solo apparentemente la sessualità è esaltata, se non divinizzata, ma in realtà risulta banalizzata, perché evulsa da ciò che è specificamente umano, da un orizzonte di valori che, solo, può conferirle senso ed autenticità.

SECONDO FASSINO*
FRANCO MAIULLARI**

INTERPRETAZIONE ADLERIANA DI UN CASO DI OMOSESSUALITÀ MASCHILE CON VOYEURISMO

Com'è noto la Psicologia Individuale considera il problema sessuale, legato agli affetti, uno dei tre compiti dell'uomo, con quello lavorativo e quello sociale. "È nel modo di rispondere a questi tre problemi (Adler in "Cos'è la Psicologia Individuale" 1931) che ogni singolo essere rivela quale sia il suo senso profondo del significato della vita". Ne la "Psicologia Individuale", 1920, afferma poi come "si ritrovi all'interno del campo sessuale la stessa lotta che agita tutta la nostra vita psichica.

È possibile rilevare da questa impostazione come l'aspetto sessuale non sia assolutamente da Adler sottovalutato, nonostante le accuse di Fadern e Freud in questo senso riportate nei verbali delle sedute della Società Psicoanalitica Viennese già nel 1908 (in "Les premiers psychanalysts", Minutes de la Société psychanalytique de Vienne, ed. Gallimard 1976), ma venga inserito in un contesto più vasto, quello delle innumerevoli compensazioni che l'uomo cerca alla sua primaria insicurezza e disagio nell'essere al mondo".

* * *

A proposito poi più specificatamente dell'omosessualità, Adler ne la "Psicologia Individuale" si domanda "perché l'individuo omosessuale trova che la fissazione di tale esperienza convenga alla sua persona...". Più sotto continua: "si può dire che gli è infinitamente più difficile essere omosessuale che normale...; soltanto questo fatto dovrebbe darci la misura dell'enorme dispendio di energia necessaria per continuare a vivere in questa maniera...". Poco prima l'Autore aveva rilevato che è proprio della struttura della società umana lo sviluppare in modo spontaneo certe condizioni e regole di gioco come per la morale, il logos, l'eterosessualità...

* Cattedra di Igiene Mentale dell'Università di Torino (Prof. Inc. G. G. Rovera)
** Ospedale Psichiatrico Cantonale di Mendrisio (Svizzera)

Se ne potrebbe quindi dedurre come l'omosessuale, con una dinamica che secondo Adler è assai spesso di tipo ossessivo, tenti con il suo stile di vita di opporsi e di dominare certe concezioni e regole della società, nel tentativo fittizio di raggiungere la sua superiorità.

Nello scritto di Adler "Le problème de l'homosexualité. Entrainement et retrait ésotiques" (1930) (Ed. da Payot, Paris, 1956) dopo alcune pagine dedicate a dimostrare che non si tratta di una condizione innata, confutando uno per uno gli argomenti a favore di tale opinione, appare come l'omosessualità sia caratterizzata ed esprima a) un'aumentata distanza tra uomo e donna, b) una rivolta più o meno profonda contro l'accettazione del normale ruolo sessuale e un progetto inconscio per innalzare la sminuita stima di se stesso, c) una tendenza a svalutare un partner normale, rivelando in tal modo un atteggiamento di odio e di lotta.

Appare inoltre come la perversione non sia che un tentativo destinato a compensare il senso di inferiorità di fronte alla sopravalutazione della donna. Caratteristiche inoltre della personalità degli individui omosessuali sarebbero una spiccata ipersensibilità, provocazione, ambizione e mancanza di cameratismo e spirito sociale.

* * *

Nell'ambito di una ricerca rivolta ad approfondire la conoscenza della sessualità, il metodo clinico che si avvale del rapporto analitico psicoterapeutico, pare tuttora rivestire notevole validità, nell'intento di cogliere quella varietà di relazioni competitive, collaborative, di identificazione, ecc., che sorreggono e improntano lo stile di vita.

Nel presente lavoro volgeremo all'inizio l'attenzione ai primi sei mesi di terapia analitica adleriana, al ritmo di due sedute la settimana, di un paziente omosessuale e scoptofilico, e poi ad alcune proposte interpretative.

* * *

Il paziente è un giovane di 29 anni, originario di una piccola cittadina della Basilicata. Primogenito, ha tre sorelle più giovani. Una è deceduta da poco. L'aspetto fisico è caratterizzato da corporatura robusta, statura media, grandi baffi, occhi lucidi e accesi, modi non effemminati.

È intelligente e assai comunicativo. Ha deciso di chiedere l'aiuto analitico perché è da mesi in preda di uno stato depressivo, con somatizzazioni gastriche. Nel primo incontro dice che il suo problema principale è l'impossibilità di sopportare a lungo il medesimo ambiente di lavoro e soprattutto non tollera la vita di famiglia.

Nella seconda seduta il paziente rivelà il vero movente all'analisi: soffre di una profonda insoddisfazione sessuale. Ha convissuto sessualmente per quattro anni con due diversi compagni di lavoro.

Da molti mesi, da quando ha interrotto i rapporti omosessuali, si sente invincibilmente spinto da una tendenza scortofilica eterosessuale: erano soprattutto le coppie, lui e lei, nel corso di rapporti sessuali, ad attrarre la sua attenzione.

Tutto ciò è vissuto in modo drammaticamente egodistonico "... non posso lavorare, non ho più amici... soprattutto non sopporto più mio padre...". Qualche mese fa ha aggredito violentemente il padre ed è stato fatto ricoverare per questo all'ospedale psichiatrico. Dopo qualche anno in Svizzera il paziente si è trasferito al Nord Italia per "curarsi". È disoccupato e vive di una cifra che gli passa il padre, "frutto della vendita di un piccolo podere".

I primi ricordi concernono la vita di famiglia. A 3 anni i suoi genitori vanno in campagna, prosegue il soggetto: "mi lasciavano dalla nonna... non prendevo il cibo che mi dava... avevo il desiderio di vedere ciò che i miei facevano...". "Mio padre era sempre infuriato, picchiava mia madre e me... aspettavo che fosse di buon umore per cercare di andargli vicino".

A sei anni si masturbava a vedere i panni insanguinati e a guardare le cicatrici sulle gambe della madre... "Per molto tempo ho pensato che fosse stato mio padre a procurargliele e che in ciò consistesse il rapporto sessuale".

"La mamma mi coccolava... mi trattava troppo bene". "Avevo paura che il "dottore", cioè il maestro mi chiamasse alla lavagna... a scuola mi chiamavano cacasotto". "Avevo i pantaloni stracciati... dicevano che mia madre era una sporcacciona...".

"A 5 anni ero con mio padre al termine della trebbiatura... lui si mise a piangere, forse per la scarsità del raccolto, anche io piangevo...".

"Una sera ero con mio padre nei campi a spiare i ladri di angurie: io gli chiedevo spiegazioni e lui mi zittiva". I colleghi del padre lo prendevano in giro perché era piccolo e tozzo.

Una volta il paziente rimase confuso perché i suoi amici lo avevano visto...

“Io dormivo con i miei... loro volevano accertarsi se dormivo... accendevano spesso le luci ma io non volevo addormentarmi...”.

A otto anni, lasciato solo a casa, aveva cercato di sedurre la sorella.

Il paziente è quasi sempre assai produttivo in seduta. Sembra inondare l'analista di materiale o per non lasciarlo parlare o con la preoccupazione di non tralasciare nulla. La raccolta biografica è assai minuziosa. Le principali tappe evolutive sono costellate, nel racconto del paziente, da episodi “sessuali”: da piccolissimo dorme con i genitori e li sente gemere, poi cerca di abusare della sorellina, una volta della capra. Poi i suoi compagni lo ricompensavano con una sigaretta se accettava di accarezzarli. A 14 anni attirava l'attenzione del paese per le lunghe vittoriose nuotate, saliva sugli alberi, lo chiamavano Tarzan, era molto litigioso e manesco.

Il padre diceva al figlio “ti farò studiare... farai della strada”. Questi sospende precocemente gli studi per incostanza. Va ad apprendere un lavoro e poi lo lascia e così molte volte. Organizza anche una piccola impresa di trasporti che fallisce presto. Emigra in Svizzera per qualche tempo dove convive con un amico. Ritorna deluso in famiglia, dove scoppiano violente liti. Per un certo periodo e forse per motivi sociali la scelta non è più in senso omosessuale. È stato nel frattempo anche fidanzato “per qualche giorno”. In tempi immediatamente successivi si manifesta in lui una tendenza scotofilica che diventa sempre più marcata fino ad essere sostitutiva dell'attività omosessuale. Una notte, mentre spia in riva al mare, viene aggredito violentemente.

Il primo sogno riferito è ricorrente “la ragazza che sto per incontrare ha gli organi genitali maschili... mi sento angosciato, ma il rapporto continua...”.

In un altro frammento onirico ascoltiamo: “una donna da un balcone mi osserva... mi accorgo della mia nudità e scappo...”. E ancora “una donna con una gamba legata con un filo di ferro mi fa delle offerte amorose... terrore... Un uomo che osserva da un albero scende come per cercare di punirmi di quella paura”.

A due mesi di analisi il paziente dice di ricercare dei rapporti con le prostitute... gli omosessuali lo disgustano... con le donne ha paura che il rapporto finisca presto. Ha conosciuto una donna che assomiglia alla madre, con lei sta bene, sente affetto e soddisfazione.

La comunicazione con il terapeuta è come a senso unico: parla sempre lui, non ci sono silenzi. È puntualissimo alle sedute ed ai pagamenti. Accetta il cambiamento di orario di buon grado. Dice che è la prima volta che si sente accettato, che ha l'impressione che le cose che

dice siano importanti per qualcuno. "Una volta sola mi è capitato di poter lavorare nei campi con mio padre per una settimana di fila; ero confuso dalla felicità".

Verso il terzo mese il paziente sogna "che i genitori sono venuti dall'analista e che quest'ultimo ha umiliato il padre, ridendo della sua figura tozza". "Ero contento e risentito nello stesso tempo". In un sogno successivo l'analista è nella piazza principale del suo paese. Qualcuno lo minaccia..." è un mio amico che ha i miei stessi problemi... io intervengo a difendere il terapeuta e ad aggredire l'amico". Quando gli vien fatto constatare il timore di perdere l'analista, dice "potrebbe stufarsi di me e delle mie cose".

Nella seduta successiva il paziente accusa disturbi gastrici e dice che non ha mai avuto completa fiducia nel terapeuta... perché è piemontese ed i piemontesi odiano i terroni. In un sogno successivo dice che è perseguitato e che vorrebbe sparare al persecutore. Riferisce un ricordo infantile in cui i genitori assistettero impassibili quando un vicino di casa lo stava picchiando, dicendo "questo ragazzo da grande si rivolterà al padre". "L'analista quando mi saluta al termine della seduta mi dà la mano in modo diverso dall'inizio, forse è stanco...".

Verso il 5º mese il paziente fa notare che l'analista saluta con buongiorno e che invece dopo le 15 si dovrebbe usare il buonasera. Due sedute dopo si lamenta che l'analista è stato debole, ha accettato la sua osservazione. Tace quando gli si fa notare di voler indicare la norma di condotta. Qualche seduta dopo, in sogno, l'analista vuole vendergli un pacco e gli chiede una cifra troppo elevata; il paziente sfodera una pistola che dopo molte discussioni consegna al terapeuta. Poi sta bene vicino a lui come ad una donna.

Qualche tempo dopo accusa l'analista di essere avido e di avergli fatto pagare mesi fa una seduta in più.

Da qualche tempo l'attenzione del paziente, si rivolta più frequentemente alla madre "si vanta di lavorare più di un uomo... una volta mi ha dimenticato chiuso in casa... Quando mia madre mi fa notare che non lavoro, non connetto più dalla rabbia".

In un sogno picchia la madre e nel frattempo la violenza si trasforma in amore. "Io mi eccito ad immaginare violenza con la donna...".

Prima delle ferie il paziente disdice l'ultima seduta "voglio vedere i miei...".

Le vacanze trascorrono tranquille. Ha sognato di essere in acque gialle con pescicani neri... Lungo la giornata si immagina sovente lo psicoterapeuta. Chiede di poter pagare ogni sei sedute, anziché ogni

mese... Prende coscienza di come gli piaccia sentirsi in colpa verso lo psicoterapeuta... Gli piace pensare che l'analista conti le sedute... In un ricordo in libera associazione pensa a quando tirava i sassolini al padre... "più lui reagiva, più sceglievo pietre grandi... lui non voleva mai giocare con me". Reagisce violentemente quando gli si fa notare di cercare di controllare l'analista. Torna con un altro sogno "Io busso allo studio dello psicoterapeuta, lui c'è e non mi vuole aprire... è dentro con un abito nero". "Quando aspettavo mio padre temevo che l'avessero ucciso".

I silenzi diventano più frequenti e mal sopportati "se lei mi minacciisse non saprei come reagire... mi sento diverso e come se non avessi uno scudo... mi sentivo meglio una settimana fa".

Le successive sedute sono dedicate al lavoro. Vuole ricominciare... si sente di peso al padre... è imbarazzato sulla scelta tra due occupazioni. Dice di avere in progetto la costituzione di una società col cognato per un'impresa di trasporti. Sogna di essere su un treno in discesa, con la sorella; ne è il macchinista, ma non sa dove si trovano i freni. Riesce a rallentare ed a fermare senza danni. Poco dopo sogna uno squalo bianco tra molti neri... in spiaggia uno dei bagnanti ha catturato uno squalo e lo domina con forza...

Al volgere dei primi sei mesi di terapia il paziente ha ripreso da qualche settimana il lavoro, si finanzia l'analisi. Telefona alla sorella dicendogli di riferire al padre che lavora e che spera di resistere.

Tenta degli approcci sessuali con ragazze che conosce e ne esce depresso e sfiduciato. Il compagno di pensione lo lascia "perché rientra tardi di notte e disturba".

* * *

Da questo primo frammento di terapia possono emergere alcune ipotesi interpretative di fondo.

Balza subito evidente come per il paziente la violenza - a livello fantasmatico e reale anche negli approcci sessuali - risulti la compensazione privilegiata della propria insicurezza personale e sociale (alla tavola 1 del T.A.T. - vedi allegato - c'è una non comune interpretazione "ragazzo con fucile giocattolo...").

Tale violenza - che emerge talora anche drammaticamente nelle fantasie riguardanti l'analista - pare proporzionale all'angoscia di controllare attivamente dapprima la coppia dei genitori, poi il padre, poi la madre, i propri compagni, le coppie di fidanzati, e anche l'analista.

Il rapporto competitivo con il padre e con il suo sostituto analista, rapporto fatto di aggressività e di dipendenza, è uno dei temi significativamente ricorrenti. Il padre è contemporaneamente vissuto come ipervirile e violento; nel contempo è svalutato nell'ambito del gruppo di appartenenza. L'analisi pone in luce che il fatto che i colleghi del padre lo disprezzano poteva anche essere una proiezione di tipo compensatorio ("se svalutano lui ho meno motivi di temerlo"). Nel contempo la svalutazione della figura paterna lo porta a frustrare il modello identificatorio e quindi a viversi in posizione di inferiorità.

Il rapporto con il sesso opposto è vissuto come esame del proprio valore e quindi evitato e osteggiato. Le relazioni sessuali sono viste fantasticamente come palestra di violenza (le cicatrici della madre), in cui il soggetto esercita talora un ruolo per poter eccitarsi.

La madre per il momento è una figura sfumata, comunque è contesa al padre, sembra più che sessualmente, da parte del paziente, per poter diventare "re di Tebe", e soddisfare il proprio desiderio di controllo e di dominio.

La tendenza scopofilica che è clinicamente successiva a quella omosessuale e omofilica fa presupporre un timore di affrontare la donna nella realtà, mentre sostituendosi inconsciamente e fantasmaticamente all'uomo (finzione rinforzata) viene attratto dalla donna. Ciò dimostra il marcatissimo sentimento di inferiorità verso il sesso femminile, generatore di una scelta omosessuale, adlerianamente rivolta verso "il basso" e quindi rassicuratoria. Le non corrette identificazioni con le figure parentali (specie con quelle paterne) nonché le turbe dinamiche a livello della costellazione familiare inducono nel figlio dubbi sul proprio ruolo maschile e quindi ostilità verso colei che dovrebbe giudicare l'efficienza virile.

In sintesi (anche in relazione ai reattivi di personalità) si potrebbe formulare l'ipotesi che i sintomi e le dinamiche del paziente possano configurarsi quali compensazioni negative alimentate dalle frustrazioni della volontà di potenza, da un sentimento di inferiorità personale e sociale, dai difficili rapporti col padre e da una non risolta ambivalenza nei confronti della madre. Secondo quest'ottica le tendenze sessuali del soggetto potrebbero essere finalizzate tanto alla metà fittizia di un' aumento della distanza interpersonale nel tentativo di ottenere autorassicurazione, quanto di un immaginario dominio e di una sostanziale paura verso le persone di sesso opposto.

La strategia analitica va quindi impostata sulla rielaborazione degli antichi conflitti, ma anche su un processo di incoraggiamento, atto a neutralizzare i sentimenti di colpa e di inferiorità.

ALLEGATO 1

Test di Rorschach del paziente in esame

T = 15		TRI = 3/9	A = 18
R = 35		TRI II = 0/5	H = 2
G = 12	{	Db F- F + 5 CF K 2 EF 2	Ban = 5 F% = 51 F+% = 61 A% = 51 H% = 5 nat = 10 Anat = 2 vestito = 1 simbolo = 1 obj = 1
D = 19			perseveraz.
Dbl = 19			contaminazioni
Dbl D = 1			perdita di distanza
Dd = 1			devitalizzazione
F = 18	{	+ 11 - 1 + + - 6	
CF = 9			
EF = 4			
FE = 1			
FC = 1			
K = 3			
FK = 1			

Il soggetto ha fornito un elevato n° R in un tempo molto rapido. Tale velocità, più che dovuta a fluidità ideativa, è in rapporto colla tendenza a ripetere gli stessi temi; infatti i contenuti sono poco variati e le perseverazioni assai numerose. Risulta di conseguenza una notevole stereotipia, uniformemente estesa a tutto il protocollo.

L'interesse del soggetto è prevalentemente rivolto all'analisi del dettaglio (D), con sindrome di insicurezza interiore (Dbl + Dd), che lo porta talora a una visione parziale della realtà, mentre la visione di insieme risulta poco cercata (poche G e primarie). L'intelligenza del soggetto è ai limiti della norma. Il dinamismo profondo, pur presente,

risulta non molto valido perchè 1 K è una ripetizione, mentre altri fattori di intelligenza (F+%; G) sono scadenti. Anche l'A%, eccessivamente elevato, indica la monotonia e stereotipia ideativa. Non si può escludere però che il rendimento del soggetto sia inferiore alle sue possibilità per il disturbo diffuso della personalità, del quale si parlerà in seguito.

Il pensiero partecipa in misura equilibrata rispetto alla affettività al contatto col mondo (F%). È poco preciso, molto automatizzato, spesso stereotipato (persev.) su temi di interesse infantile (nat; A). Il dinamismo profondo è sufficiente, come già detto.

Il contatto con la realtà appare piuttosto disturbato: il conformismo è scarso (poche Ban) e la visione della realtà in qualche caso risulta nettamente compromessa (contaminazioni) in relazione con una angoscia pronunciata (shock al nero alle Tav. IV e V). Altro segno di un disturbato rapporto colla realtà sono le difficoltà stesse di esecuzione del test, con perdita di memoria, o descrizione di pretese asimmetrie delle tavole, ecc.

Il contatto con gli altri è inesistente (H% basso; rarissimi Hd; CF). Non è desiderato e risulterebbe comunque molto difficoltoso per la mancanza di adattamento affettivo. La affettività risulta nettamente impulsiva (CF), poco bilanciata dai fattori intratensivi (K) per cui il TRI risulta extratensivo nelle due formule. I fenomeni di shock non sono ben separabili a causa della diffusa cattiva qualità del test; risultano forti gli shocks colore e al rosso, con tentativi di superamento attraverso l'iperproduzione (Tav. X) o la rimozione (Tav III). Lo shock al nero crea invece una notevole riduzione sia della produzione sia della qualità, a causa di una angoscia fobica diffusa non superata (EF; K-).

Per quanto riguarda i contenuti, si osserva alla Tav. III una figura maschile, congiunta ad una percezione di tipo infantile della propria persona. Tale atteggiamento fa contrapporre probabilmente il soggetto ad una figura paterna ansiogena forse di tipo ipervirile, per questo vissuta in modo contraddittorio come modello di identificazione irraggiungibile (Tav. IV) o non accettato.

La figura femminile appare poco strutturata (isole), suscita opposizione (Dbl), accentua l'insicurezza (Dd).

Nel protocollo si evidenziano i segni di una personalità assai disturbata nella sua strutturazione, con meccanismi di difesa multipli, sia di tipo fobico sia ossessivo; la fragilità dell'Io, che viene evidenziata per esempio dalla bassa efficienza, dalla forte impulsività e labilità affettiva, non esclude al test la possibilità di una evoluzione psicotica.

ALLEGATO 2

T.A.T. (Le tavole sono state scelte secondo le indicazioni di Parenti e Coll. in "Rivista di Psicologia Individuale" n. 1 1975)

- 1 - Fucile sul tavolo... ragazzo con fucile giocattolo... è educato molto bene... pensa a qualcos'altro... ad un giocattolo migliore... diventerà una persona civile rispettata.
- 3BM - Donna dal passato tremendo... attualmente è angosciata... sarà sempre peggio... ha tentato il suicidio... poi ha pensato alla sua famiglia.
- 4 - Si son voluti molto bene e anche ora... uno è chiuso nei suoi pensieri... si vorrà sempre bene...
- 5 - È una donna apparentemente bellissima... è triste, non è mai stata felice... il tavolo è apparecchiato e il marito pranza... la moglie apre la porta... parla con superbia al marito... litigano sempre...
- 6BM - La madre è preoccupata... il figlio andrà via... gli vuole molto bene... per il figlio rimarrà il ricordo più bello...
- 7BM - Un padre dà consigli al figlio... in passato si odiarono a morte... sul viso del figlio c'è indignazione per il padre e per la vita.
- 8BM - Due persone stanno ammazzando un uomo... uno di essi è mutilato... l'altro è suo figlio (quello con la cravatta). Il figlio se ne frega di quanto sta capitando... Il padre ha spaventato con il fucile il figlio... ma non ne sono certo...
- 10 - Figura che ispira tenerezza... madre e figlio si abbracciano... hanno un'espressione triste... anche se si vogliono bene... Ha perso il marito... o padre.
- 13B - Un bimbo trascurato... i genitori non vanno d'accordo sembra che pensi al futuro... che sarà di me? Non ha le scarpe... Miseria materiale e spirituale...
- 13BM - Un marito che ha strangolato la moglie... ha il braccio sugli occhi in un accenno di pentimento... la moglie l'avrà tradito? Non capisco perché l'ha fatto... è uno studioso.

- 14 - Un uomo affacciato alla finestra che guarda il cielo in contemplazione... gli piace molto la vita... farà molta strada... è di mondo... è sicuro...
- 16 - Una donna... figura sexy, piegata alla pecorina, con reggicalze e senza mutande alta e ben fatta... Una bella donna... ma ha la testa vuota si atteggia a bell'aspetto ma ha la testa vuota...
- 20 - Uomo senza metà che gira nella notte... solo e disperato; queste luci... come un albero di Natale o presepe... l'uomo con disperazione... tutto il mondo è in famiglia... io sono solo...

JEAN - MARCEL TEFNIN

LA PSICOSESSUOLOGIA IN AMBIENTE MINORILE ISTITUZIONALIZZATO

L'ambiente dei soggetti della ricerca

Per lo svolgimento della ricerca è stata prescelta una delle più note I.P.A.B. piemontesi, in quanto presenta le attuali caratteristiche tipiche dell'ambiente istituzionalizzato dopo lo scioglimento dei megastituti per minori.

L'I.P.A.B., presa in esame, risulta costituita da un centro base, sito in un piccolo paese dell'estrema periferia di Torino, e da alcune comunità rieducative, che vengono gestite nella città per favorire l'inserimento nel mondo del lavoro dei soggetti ospitati.

Il centro base raccoglie dei minori in età della scuola dell'obbligo, che provengono da un nucleo familiare disgregato. Questi soggetti hanno una situazione familiare tale che la loro permanenza a casa è giudicata dai centri assistenziali di quartiere antieducativa e ostacolante un inserimento sociale positivo.

Si ricorre, infatti, al centro base solo quando gli altri tipi di assistenza (quali un contributo finanziario alla famiglia, la scuola a tempo pieno, il semiconvitto) si rivelano insufficienti. Numerosi sono quindi i casi di abbandono, di genitori decaduti dalla patria potestà o che offrono ai propri figli un ambiente o un esempio che cozza contro le più elementari regole sociali ed etiche.

Esperienze sociali negative giustificano, infine, la presenza di alcuni minori presso il centro base o le comunità: il tribunale dei minorenni affida all'I.P.A.B. alcuni ragazzi arrestati nell'esecuzione di qualche reato o appena scontata la pena presso varie case circondariali.

Le comunità rieducative accolgono minori dai 14 ai 18 anni e sono principalmente finalizzate a stimolare l'ospite verso una capacità di autogestione tramite un positivo inserimento nella realtà sociale e lavorativa.

Presso il centro base sono organizzati due gruppi di dodici elementi, mentre le comunità hanno una capienza di otto posti. Ogni nucleo

dell'I.P.A.B. è condotto da tre educatori e due collaboratrici domestiche.

Gli educatori sono diplomati con un'età che varia dai venti ai trentacinque anni. Non hanno una preparazione specifica e non sono professionalizzati. Il loro servizio non supera le 40 ore settimanali e deve essere assicurato continuamente nel corso dell'anno dato che gran parte dei minori, non potendo avere contatti con la famiglia, sono sempre presenti.

Incontri quindicinali dell'intero corpo educatori e settimanali del personale di ogni singolo nucleo garantiscono un confronto e una focalizzazione della linea educativa-pedagogica comune.

L'educatore è responsabile della crescita e degli orientamenti che i minori a lui affidati assumono. Deve cioè da una parte tenere i rapporti con le varie realtà esterne e con la direzione della I.P.A.B. e dall'altra gestire un rapporto interpersonale con i ragazzi non solo finalizzato ad una verifica comportamentale ma ad una crescita personale e sociale.

Si nota a questo punto una difficoltà degli educatori nell'effettuare i colloqui con i minori sia per una carenza di preparazione specifica, sia e soprattutto per la non disponibilità al confronto, al mettersi in discussione, all'analisi dei propri vissuti.

Ogni educatore può usufruire di una consulenza psicologica continuativa, che permette una verifica del proprio intervento pedagogico e la stesura di un progetto educativo per ogni singolo minore. Lo psicologo è presente ai vari incontri del personale e gestisce rapporti con i minori in sede psicodiagnostica, di psicoterapia d'appoggio, di colloquio clinico.

I vari gruppi vogliono essere strutture educative aperte. Ne consegue che i minori frequentano la scuola statale e i vari centri ricreativi-sportivi che la zona offre. Ogni tipo di rapporto con famiglie o coetanei è favorito e appoggiato.

Collaboratori esterni offrono un valido appoggio all'opera educativa degli assistenti ed in parte compensano l'inevitabile, anche se non totale, introiezione del ruolo dell'educatore come figura autoritaria e di controllo.

Il contatto con la realtà esterna e scolastica non avviene senza l'evidenziarsi di una certa conflittualità: si notano a volte tensioni di tipo razzistico e scontri con le autorità scolastiche. Il superamento di un sentimento di inferiorità sociale, economica, affettiva avviene spesso in chiave oppositiva e la non comprensione del fenomeno da parte dei docenti, unita ad una impreparazione, acutizza il problema.

Incontri dei vari gruppi di ragazzi istituzionalizzati, alla presenza degli educatori e dello psicologo, stimolano l'analisi di questa realtà e la ricerca di atteggiamenti che facilitino la mediazione con il mondo esterno.

Il campione

I minori presi in esame sono stati selezionati in modo da poter formare un gruppo omogeneo. Il campione si è limitato ad elementi maschili, poiché le caratteristiche familiari e il tipo di situazioni esperienziate dai pochi soggetti femminili, ospiti dell'I.P.A.B., esulano dalle richieste di omogeneità.

Tutti i ragazzi sono normointellettivi, provengono da un ambiente operaio e le loro famiglie presentano una situazione conflittuale: i nuclei risultano disgregati per il disaccordo dei coniugi e per la loro incapacità educativa nei confronti dei figli. Nessun soggetto è figlio unico. Dato il tema della ricerca, i ragazzi scelti hanno un'età che varia dai dodici ai quindici anni.

Questa tappa dell'età evolutiva, che si caratterizza per il rifiuto o la messa in discussione dei principi formativi ricevuti e per l'accentuarsi delle problematiche sessuali puberali, è ritenuta la più idonea per sondare il tipo di vissuto richiesto dall'indagine psicologica proposta.

Tutti i soggetti hanno un periodo di istituzionalizzazione di almeno tre anni: questa caratteristica permette di evidenziare le effettive influenze dell'istituzionalizzazione, che in un tale periodo di tempo si presuma siano state interiorizzate.

I minori presi in esame rivelano degli atteggiamenti di disadattamento e delle carenze affettive. Gli educatori, che hanno rilevato questa devianza di comportamento e questo scompenso nella sfera affettiva, li interpretano come una conseguenza sia del rifiuto che scaturisce dall'ambiente che ospitava i minori prima del loro ricovero e dalla mancanza di armonia nel nucleo familiare sia dell'impossibilità da parte dei gruppi, coartati dalla struttura dell'I.P.A.B. stessa, di rispondere totalmente alle varie richieste socio-affettive.

Metodologia

Nella realtà ambientale su descritta, per rilevare le modalità in cui i minori istituzionalizzati vivono il bisogno sessuale, è stato utilizzato il colloquio clinico.

È inoltre da tener presente che ad ogni minore erano state in precedenza effettuate una psicodiagnosi ed una precisa anamnesi.

Al fine di rispondere alle esigenze di omogeneità del gruppo campione, l'indagine si è limitata a dieci casi.

I colloqui clinici per ogni minore hanno evidenziato i seguenti aspetti:

- 1) statistica dell'eventuale esistenza di rapporti sessuali.
- 2) individuazione del tipo di rapporto (eterosessuale, omosessuale) o invece di un autoerotismo.
- 3) modalità d'inizio del rapporto.
- 4) come i rapporti sono vissuti e possibile correlazione con la formazione ricevuta.
- 5) quali sono le soluzioni scelte di fronte alla zona conflittuale e quanto esse soddisfano.

Il confronto fra i vari esiti permette l'analisi dei risultati e l'individualizzazione di modalità comportamentali conseguenti, adottate dai soggetti.

Analisi dei risultati

La statistica sull'esistenza dei rapporti sessuali ha permesso di rilevare come l'autoerotismo e i contatti di tipo omosessuale, stimolati da un bisogno di affermazione competitiva, siano un elemento comune in tutti i preadolescenti in oggetto.

Solo un minore ha avuto un rapporto sessuale con una prostituta, che evidentemente rappresenta un momento imitatorio di una certa realtà adulta ed un passaggio all'atto di tensioni presenti in tutti gli altri soggetti.

Anche per quello che riguarda le modalità d'inizio dell'autoerotismo notiamo delle circostanze simili. Tutti i minori ricorrono alla masturbazione dal periodo della fanciullezza in un'età variante tra i sette e i nove anni perché avviati da compagni più adulti.

Gli esaminati hanno offerto questo tipo di dati e di significato razionalizzato verbale, che è stato elaborato tenendo presenti le informazioni delle precedenti psicodiagnosi e i messaggi gestuali, comportamentali ed emotivi rilevati nel corso dei vari colloqui.

Nell'ipotesi interpretativa è necessario prendere in esame alcune componenti quali l'educazione ricevuta, l'influenza dei mass-media, le caratteristiche preadolescenziali.

L'educazione, che porta l'impronta socio-ambientale di origine, è una componente fondamentale dell'atteggiamento e dello stile di vita del preadolescente.

La carenza affettiva, la disarmonia dei coniugi, il sentimento d'insicurezza e il timore di abbandono conseguenti sono essenziali per la comprensione del modo di concepire la sessualità da parte dei minori istituzionalizzati.

Allo stesso modo i mass-media ed in particolare la pornografia sono un rinforzo per questa visione della sessualità.

Infine la preadolescenza, in cui i modelli sessuali non si presentano come nuova acquisizione ma sono già stati introiettati, stimola i soggetti ad un nuovo interesse per le persone dell'altro sesso, che si concretizza in atteggiamenti difensivi di aggressività, rivelanti un aspetto particolare di una riscoperta del proprio ruolo socio-sessuale. Questo comportamento è sempre più o meno coscientemente finalizzato all'attirare l'attenzione dei coetanei di sesso opposto e a suscitare la loro approvazione.

Ne consegue quindi che l'interesse è concentrato sulla propria persona, sul verificare la propria capacità sessuale ed accompagnato dal fenomeno dell'autoerotismo e dai possibili contatti di tipo omosessuale, rispondenti ad un bisogno di potere.

Nei soggetti esaminati è rilevabile un precedente sentimento di inferiorità che trova origine in conflitti con le figure parentali, in modo particolare con quella materna, vissuta come negatrice di affetto dovuto.

Tale sentimento viene ripreso nella vita attuale con una lotta con le coetanee, servendosi di forti dispositivi di sicurezza, quali la visione della donna come oggetto da fruire, su cui compensare la propria aggressività e una frequente masturbazione singola o collettiva.

L'idea dell'amore, come afferma Adler, non si presenta in questi casi in quanto sentimento sociale qualificato, ma soltanto come un'apparenza di una caricatura, di un mezzo in vista di uno scopo personale: il trionfo sulla personalità femminile o la fuga da un rapporto paritario.

La masturbazione, effetto di coercizione, è un dispositivo di sicurezza verso ogni approccio con la donna, realtà sconosciuta sotto l'aspetto affettivo e maturativo di coppia. L'aspetto difensivo nei confronti dell'altro sesso è conseguente al fatto che la masturbazione stessa rende superflua la presenza del partner, ma scatena un insieme di sensi di colpa, dato che è implicita una svalorizzazione della persona e del proprio ruolo sessuale. La presa di coscienza di questa realtà porta a sua

volta ai su citati atteggiamenti aggressivi che ostacolano il sentimento sociale nel rapporto, provocandone l'interruzione.

Nello stile di vita emergente, la volontà di potenza impedisce ai soggetti, immersi nelle problematiche adolescenziali, di cogliere la loro profonda necessità di armonia affettiva e di sicurezza relazionale ed operativa.

Una finzione comportamentale, che nelle sue linee direttive disturba l'individuazione dei propri reali bisogni, sembra perciò rappresentare, per i minori presi in esame, un progressivo superamento della realtà sessuale-affettiva in ambiente istituzionalizzato.

Gli operatori sociali dell'I.P.A.B. considerando la funzione sessuale come la più sensibile alle influenze della mente e come componente riconducibile all'integrazione fra gli individui, stimoleranno nei minori il raggiungimento di un'autentica maturità sessuale. Ciò è possibile nella misura in cui saranno rilevabili delle esperienze affettive e relazionali positive, tali da condizionare con sicurezza il comportamento globale dei soggetti.

Questo cammino di responsabilizzazione graduale e di verifica, sostenuto da una psicoterapia d'appoggio, si presenta come fondamentale se teniamo presente che i preadolescenti, incapaci di affrontare i propri compiti vitali, cercano inevitabilmente una via di uscita nel crimine e nell'associalità.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Il temperamento nervoso*. Newton Compton ed.
ADLER A., *Psicologia dell'educazione*. Newton Compton ed.
ADLER A., *La Psicologia Individuale*. Newton Compton ed.
ADLER A., *Psicologia del bambino difficile*. Newton Compton ed.
PARENTI F., *Manuale di psicoterapia su base Adleriana*. Hoepli ed.

ADOLFO SERGIO OMODEO

IL SUPERAMENTO DELLE DIFFIDENZE DEGLI UTENTI VERSO I CONSULTORI: INTERVENTI CLINICI E PROMOZIONALI

Adler ha certamente posto le basi per una pratica psicologica particolarmente adatta ai servizi pubblici sia per la possibilità di svolgere terapie brevi e interventi di gruppo, sia integrando psicologia e sociologia in una interpretazione globale.

In effetti i casi di disagio che interessano i consultori rispondono ancora a una casistica tracciata da Adler: crisi professionale dei mariti che li induce a crisi coniugali, sentimento di inferiorità femminile che induce una protesta in campo sessuale con frigidità o adulterio, la aggressività dei figli non desiderati, le divisioni familiari indotte dai figli viziatii.

Nel Comune dove lavoro come psicologo scolastico è emerso il peso dei problemi familiari su molti casi di disadattamento e per un paio d'anni ho collaborato al Consultorio Familiare con l'intento di prevenire tali problemi e di affrontarli in modo diretto e globale.

I due servizi sono risultati complementari senza che uno divenisse trainante. Anzi una certa diffidenza degli utenti ha fatto sì che essi tendessero a rivolgersi al consultorio per problemi educativi e alla medicina scolastica per problemi familiari. Questo disagio degli utenti mostra: il timore di esporsi per il fatto di rivolgersi a un certo servizio, rivelando così problemi privati; l'inferiorità verso gli operatori che tendono a non specificare il loro ruolo (per es. per richieste di aborto o di anticoncezionali); difficoltà di conoscere i servizi offerti e i diritti di richiederli, mentre la gestione del servizio tende a ignorare i problemi non esplicitati. In sintesi direi che permane una situazione di inferiorità psicologica degli utenti verso i servizi familiari per cui non bastano campagne informative ma si richiede un diverso stile di intervento, vario e adeguato.

L'educazione sessuale

Con lo spunto dell'educazione sessuale svolta a scuola con i ragazzi, gli operatori scolastici e del consultorio hanno programmato con i genitori una serie di tre dibattiti, ciascuno con due relatori, affrontando alcune tematiche generalmente eluse; la frigidità e gli anticoncezionali, gli atteggiamenti socioculturali verso masturbazione e verginità, le differenze tra sessualità degli adulti e degli adolescenti.

Nei tre incontri si è realizzata come speravamo una progressiva presa di coscienza della condizione femminile che accomuna madri e figlie nel lavoro domestico e nel lavoro nero, e la ridiscussione di una serie di luoghi comuni sulla sessualità femminile. L'intervento è stato per certi versi analogo ai gruppi di autocoscienza femminile (sia pure in presenza dei maschi) e credo che esso abbia un valore terapeutico, sia pur non sempre risolutivo; d'altronde Adler osserva che "la pubblicità che si dà al procedimento dimostra che il disturbo non è una faccenda privata, poiché interessa anche gli altri".

Parallelamente questo intervento è per gli utenti un'occasione per valutare e dare fiducia agli operatori e richiedere certi interventi specifici che mal si presterebbero a un approccio di gruppo.

Patologia da pregiudizi e interventi clinici

Un caso indicativo a questo proposito è quello di una signora che chiede un intervento per una relazione incestuosa del padre verso la figlia, allieva delle elementari. La madre, interpretando delle possibili ragioni del marito, suppone possano essere una sua reazione alle chiacchiere del vicinato su una sua, di lei, avventura prematrimoniale; il marito dal canto suo dice che è il fatto che la moglie sia via per lavoro che lo induce a volere più bene alla bambina. La bambina mostra mutismo psicologico, per cui, parafrasando l'affermazione di Lacan che il verbo è nel nome del Padre, si direbbe che lei tace nel nome del padre che non le è precluso.

(La situazione di incesto sembra ridurre il peso della comunicazione verbale rispetto al comportamento nel definire i ruoli familiari: il fatto del figlio che uccide il padre, che si vuol intrattenere con la sorella e che lo ha tacitato dicendo: "zitto tu che sei cornuto", è riferito da Piscopo col titolo "Per acquistare il diritto alla parola", Cfr. Piscopo e D'Elia "Aspetti e problemi del Sud" ed. Ferraro Napoli 77).

La terapia si è svolta con una serie di incontri che hanno progressivamente coinvolto tutta la famiglia, ponendo all'attenzione di ognuno la situazione dei vari familiari con loro, le possibilità per il futuro della famiglia, le capacità d'autonomia della bambina. Dal canto suo la bambina è passata dai disegni ossessivi di Cappuccetto Rosso e il lupo, a parlare di scuola e di amicizie, mettendo in crisi la unicità della relazione con il padre.

Su questo caso possono essere fatte due considerazioni di valore più generale: c'è una funzione patologica data dall'imbarazzo verso il pettegolezzo sulle antiche avventure e sul lavoro in città della moglie, cui coscientemente il marito non rimproverava nulla, e la inferiorità indotta da questi pregiudizi, compensata si direbbe con una vendetta. La terapia si è interrotta prima che tutti i familiari avessero definito un nuovo ruolo, quando la bambina mostrava di aver cambiato atteggiamento; tuttavia non sembra una terapia sintomatica poiché tesa a modificare in prospettiva i ruoli di tutti.

In sintesi certi disturbi relazionali sono indotti da pregiudizi e malevolenze del vicinato, ed è essenziale un diverso ruolo assunto dal figlio. Un altro caso seguito precedentemente mostra struttura analoga: si trattava di un figlio costantemente aggredito dal padre con pretesti per lo più scolastici e colpevolizzato dalla madre. Quando il bambino ha interpretato il sospetto del padre che lui non fosse suo figlio, assieme allo psicologo lo ha comunicato alla madre che ha confermato l'interpretazione («...e sì che sono uguali, bastardi tutti e due»), chiedendo allora di andare in collegio ma non per punizione.

Utenti e servizi

Un ultimo accenno a un caso analogo irrisolto: padre invalido di lavoro, alcoolista, si lamenta dell'ingratitudine della moglie. La moglie, oggetto di pettegolezzi in paese, accusa il marito di trascurarla e di averla illusa e dice che lo lascerà quando il figlio sarà autonomo; il figlio, iperprotetto, regredisce verso l'autismo. La terapia si arena quando la madre, per avere un sussidio, dichiara teatralmente che il marito e il figlio sono una croce che lei porterà per sempre, e il figlio ulteriormente regredito viene allontanato da scuola.

Per un intervento psicologico in un servizio pubblico esiste d'altronde il problema di gestire la terapia rispetto ad altri interventi

assistenziali. È acquisito a livello teorico che una terapia deve essere volta alla autonomia e alla autorealizzazione del soggetto.

Esistono tuttavia altri servizi assistenziali - caritativi - clientelari che, in cambio di aiuti, sussidi o falsa comprensione, richiedono un atteggiamento bisognoso, creando, si potrebbe dire con terminologia adleriana, degli utenti viziati.

Altre volte i servizi tendono a respingere utenti meno malleabili, e in analogia alla terminologia adleriana avremo utenti respinti, aggressivi, alcolizzati, potenzialmente delinquenziali.

Per un consultorio la terapia promozionale si muove tra il rischio di scadere nel lamento delle condizioni di vita, o di condannare senza risolvere problemi come il permanere dell'aborto clandestino.

Vorrei, per definire, tornare su una considerazione metodologica. Giustamente questo congresso ha più volte cercato un confronto con altri indirizzi terapeutici.

Nel lavoro di consultorio, diventa estremamente opportuno seguire parallelamente o contemporaneamente i vari familiari per evitare che l'affermazione di uno avvenga a scapito di altri. Le nuove terapie relazionali, volte a evitare situazioni di costante sottomissione, non sono certo in contrasto con una terapia adleriana e i metodi proposti sembrano estremamente incisivi e definiti.

Le prescrizioni paradossali della terapia relazionale incrinano rapporti non esplicativi proprio chiedendo esplicitamente di mantenerli. Così per esempio si può chiedere a una moglie sottomessa di far valere meglio la sua sottomissione; analogamente, secondo un modello psicosociale adleriano, le si può prescrivere di rinunciare al lavoro pur discutendo dei nuovi interessi che aprirebbe. L'interpretazione adleriana infatti considera l'uomo all'incrocio di vari sistemi, di cui uno è la famiglia, ma altri sono il lavoro e la società, e orienta la terapia oltre al microcosmo domestico.

PIERO DAGLIO

L'INCIDENZA PSICO-SOCIALE NEL COMPORTAMENTO SESSUALE E PROSPETTIVE DI REVISIONE DI ALCUNI CONCETTI PSICOPATOLOGICI

La anormalità psicosessuale

Stiamo vivendo un'epoca di attivo revisionismo, con vedute nuove e propositi di nuovi assetti, pur con i contrasti immancabili fra i pro e i contro e con le reazioni che, da qualche parte, tendono a neutralizzare i nuovi apporti.

Tra gli aspetti più spinosi di questa revisione culturale e sociale esiste quello psicosessuale, argomento non nuovo, ma trattato sempre nella più o meno ristretta cerchia scientifica e morale, prima di assurgere alla ribalta della problematica moderna, divenuta ormai di pubblico dominio.

Se i problemi psicosessuali della vita di relazione sono già di per sé scabrosi in campo normale, tendono ancor più ad acuirsi nell'altro campo, quello anormale, che però oggi offre pure aspetti che, secondo alcune chiare voci revisioniste, non sarebbero più da considerare del tutto fuori della norma.

Se esiste la sublimazione della sessualità, per cui l'uomo può attingere ad alte vette morali e sociali, senza passare per il soddisfacimento dell'istinto genesico, questa però non è la regola; per cui è di norma che tale istinto venga soddisfatto secondo le leggi naturali, perché l'uomo, nella pace dei sensi placati, possa trovare fondamento e incitamento per lo sviluppo dei presupposti ideali e per la conquista delle mète sociali.

Se non che, nella società umana, perché le leggi della natura non vengano sottomesse ad abuso, soprattutto nel soddisfacimento degli istinti aberranti, sono sorte altre leggi di ordine morale e sociale allo scopo di porre un argine a tali istinti, oltre a leggi giuridiche per la salvaguardia dei costumi, contro quelle aberrazioni che possono costituire intrusione nel campo della sessualità normale e provocare danni altrui.

Se consideriamo brevemente gli studi già effettuati nel capitolo della psicopatologia sessuale e ci rifacciamo a un grande nome di ieri, il Krafft-Ebing, vediamo che lo stato delle conoscenze era arrivato a un grado considerevole, ma poi subì come una specie di arresto, quasi che tutti si ritenessero paghi delle conoscenze raggiunte e dei comportamenti sociali adottati. Gli studi sono, se mai, continuati nelle discrete sale della ricerca, specie in campo ormonale e genetico.

Solo la spinta rivoluzionaria del nostro tempo ha reso, fra gli altri, anche questo argomento di palpitante attualità, invocando una risposta che, sulla base dell'incalzare delle nuove realtà, non può più essere differita.

Effettivamente, alla luce delle nostre attuali conoscenze, ci accorgiamo subito che dobbiamo spostare non poche vedute e che certe classificazioni fin qui giunte più non sono accettabili. E vedremo come, specie se consideriamo l'apporto dell'elemento psicogenetico.

A questo proposito, dovendo discutere principalmente due aspetti di psicopatologia sessuale, sarebbe opportuno lasciare per ultimo quello dell'omosessualità, trattando prima un altro argomento, anche per la semplice agione che l'omosessualità, secondo ottiche nuove, più non entrerebbe nei quadri psicopatologici veri e propri, per cui almeno una parte del dottrinario preesistente risulterebbe oggi superato.

Perversioni e inversioni

Krafft-Ebing riteneva "perversa" ogni forma di estrinsecazione sessuale al di fuori degli scopi della natura, cioè della riproduzione, anche quando non possa esistere un soddisfacimento sessuale secondo natura, per cui giungeva a classificare le perversioni in due grandi ordini: quello in cui è perverso lo *scopo* dell'azione (sadismo, masochismo, feticismo, esibizionismo) e quello in cui è l'oggetto ad essere ritenuto perverso, con un'attrazione che, almeno nel suo finalismo, non è conforme alle leggi naturali. È il caso dell'omosessualità, ma vedremo come questo concetto vada ora completamente ridimensionato.

Del primo ordine vorremmo ricordare (a titolo di esempio) una forma di sadismo, secondo la classificazione krafftебinghiana, in cui il soddisfacimento avviene in via, per così dire, indiretta, cioè quando il soggetto rimane spettatore dell'atto sadico di un'altra persona compiuto su di una terza. Esiste, di questo fenomeno, una contropartita masochistica, che Krafft-Ebing ha chiamato *mixoscopia*, il cui soggetto guarda il

naturale amplesso (mixis) di altri. Di qui è derivato il termine francese di *voyeur*, che indicava, in primo tempo, una sorta di libertino che costituiva una specialità di alcune *maisons de plaisir* parigine, dove tutto veniva predisposto a prezzi molto elevati (1). Questo libertinaggio, probabilmente riferito a un impotente, ce lo presenta anche Giacomo Casanova nei suoi "Mémoires". E di qui ancora la traduzione italiana di *guardone*, vocabolo non molto felice perché un po' grottesco e persino ridicolo, nella nostra lingua, con leggera sfumatura di vezeggiativa innocuità. Comunque sia, il termine è ormai di uso corrente ed è stato reso noto soprattutto dalle cronache giudiziarie.

Come lo si potrebbe sostituire? Secondo me con *spiente*, in quanto si riferisce per lo più a soggetti che spiano, di nascosto, l'amore altrui: quei soggetti che, se scoperti, possono giungere anche all'atto criminale di sopprimere gli spiai, come testimoni ingombranti.

Il verbo è stato usato, credo per la prima volta, da Carducci in un sonetto del *Ça ira*, sia pure per altra circostanza, cioè per l'orrendo episodio dell'uccisione di Maria Teresa Lamballe nei massacri del settembre 1772, in cui il parrucchiere Charlot si avvicina al cadavere denudato della principessa e "le membra anco tepenti - con sanguinose mani allarga e spia". Questo atto osceno gli frutterà la morte per opera dei suoi stessi compagni.

Anche il termine di mixoscopia, coniato da Krafft-Ebing, pur se rispondente esattamente all'azione che vuol rappresentare, non mi sembra molto adatto, in quanto sa piuttosto di esame strumentale, per cui mi permetterei di suggerire quello di *presenzianti*, rivolto ai soggetti che sono presenti all'azione stessa. Considerato poi il loro diverso comportamento, potremmo suddividere alla lor volta i presenzianti in due categorie, a seconda se sono d'accordo, o meno, con gli osservati, cioè in *osservanti* e *spianti*.

L'omosessualità

Abbiamo brevemente fatto queste precisazioni a proposito di una sola perversione, ché troppo lungo sarebbe trattare di altre, tanto più che vorremmo fermare la nostra attenzione su quella che oggi più non dovrebbe venir considerata un'aberrazione sessuale, cioè l'omosessualità.

(1) Krafft-Ebing e Moll, pag. 283 (v. note bibliogr.).

Chi considera questi problemi da un punto di vista globale, pur essendo oggi, per così dire, obbligatorio non trascurare le componenti psicogenetiche, non può d'altro lato esimersi dal considerare le basi biologiche di tutto il complesso in questione, basi in parte già da tempo acquisite.

Se in un animale da esperimento castrato (maschio o femmina) si innesta la gonade del sesso opposto, il risultato è l'hermafroditismo, corrispondente a quello che Krafft-Ebing aveva chiamato "hermafroditismo psico-sessuale", con caratteri spesso di bisessualità, che corrisponderebbe alla bisessualità primordiale di tutti gli esseri viventi. Sempre secondo lo stesso autore, esiste una "lotta per la differenziazione evolutiva del sesso dalla primitiva bisessualità", lotta che deve terminare con la vittoria o la sconfitta dell'uno o dell'altro elemento, che formano rispettivamente la bipolarità sessuale originaria.

Per applicare un termine già in uso presso i nostri vecchi anatomici, i quali vedevano fin d'allora lo stato delle cose con più che sufficiente chiarezza, esiste la formazione di un tipo che chiameremo "indifferente", da cui partiranno le mosse in direzione opposta da parte della sessualità unipolare. In rapporto al sesso femminile, nel nostro caso la donna, gli stessi anatomici precisavano che questa, a differenza dell'uomo, è quella che, pur nello sviluppo evolutivo, più si avvicina al tipo indifferente. D'altro canto l'uomo, invecchiando, tende ad accostarsi allo stesso tipo per un processo involuto di modica femminilizzazione, fatto che si manifesta pure anatomicamente: facies meno mascolina, il bacino si allarga, il torace si espande anche per un certo accumulo di adipite.

Lo sviluppo del maschio procede dunque, in maniera più o meno marcata, prendendo le mosse dal tipo base, cioè femminile, verso i caratteri sessuali primitivi e secondari. C'è dunque un capovolgimento del concetto della creazione: non è la donna che deriva dall'uomo, ma viceversa.

È ovvio che un tale sviluppo non può, secondo natura, riuscire sempre armonico e possiamo invero assistere a risultati incompleti, in cui vediamo, nello stesso individuo, caratteri propri più dell'uno che dell'altro sesso, caratteri non solo anatomici, ma decisamente funzionali e persino comportamentali. Premettiamo che, da statistiche esperite, una discreta parte di omosessuali ha inclinazione per gli immaturi, cioè per gli impuberi, in sostanza per gli essere ancor poco differenziati per caratteri sessuali secondari, fisici e psichici.

Il magistrato Ulrichs, il famoso "Numa Numantius", affetto egli stesso da propensioni omosessuali, aveva asserito che la sessualità psichica è indipendente dalla sessualità corporea (*anima muliebris in corpore virili inclusa*). Concetto che non possiamo condividere pienamente, poiché riteniamo che i due aspetti, pur considerati separatamente, costituiscano nella persona umana un tutto inscindibile, pur nelle molteplici sfumature di una evoluzione sessuale variamente raggiunta.

Venendo ora ad esaminare più partitamente il fenomeno dell'omosessualità, diremo, *in primis et ante omnia*, che questa più non andrebbe considerata tra le perversioni rispetto all'oggetto, in quanto, se mai, si tratta di *inversione*, ed è quindi doveroso escludere possibili confusioni interpretative, derivate da una inesatta descrizione del fenomeno. Del resto lo stesso Krafft-Ebing aveva cercato di estrarre altri casi dalle forme di perversione, ad esempio a proposito degli esibizionisti, di cui solo una parte apparterrebbe ai pervertiti, in quanto l'esibizionismo, tra l'altro, è spesso sintomo di malattie mentali organiche, oppure appartenente alle psicosi coatte, senza contenuto sessuale.

L'omosessualità risulterebbe quindi non tanto un'anomalia vera e propria dell'istinto sessuale, ma una *devianza* di questo verso l'oggetto, in un assetto che fa pur sempre parte di un piano naturale. Si è detto da alcuni che, in questi casi, è la natura che sbaglia. No, la natura non sbaglia: è soltanto infinitamente varia e, forse, è anche per questa ragione che non si ripete.

Per l'omosessualità dovremo quindi ammettere una etiologia condizionalistica, specie in individui nei quali sia costituzionalmente potenziale la formazione verso l'eterosessualità, ma che questa non possa a volte estrarresecarsi a causa di circostanze che vi si oppongono, quali certe condizioni psichiche e ambientali.

Va da sé che, nell'evoluzione sessuale sovente non raggiunta allo stesso livello, abbiamo, come è noto, diversi gradi di omosessualità, dall'ambidestrismo all'esclusivismo, dalle manifestazioni temporanee a quelle permanenti. Il "Comitato scientifico-umanitario", già operante in tempi addietro, aveva ammesso che la bisessualità che può manifestarsi episodicamente nell'uno e nell'altro sesso, sia più frequente dell'omosessualità esclusiva.

Non dimentichiamo però che la differenza fra gli omosessuali e i loro opposti si riferisce *unicamente* nella direzione dell'istinto e nella sua attuazione. Quindi non è quasi mai il caso di ricercare, nello sviluppo delle loro personalità, componenti femminili (o maschili se si tratta di

donne), quando piuttosto si tratta di caratteri che vengono riscontrati assai sovente negli eterosessuali: quelle cose, cioè, che danno spesso luogo a pettegolezzi e a illusioni avventate sulla "normalità" di un soggetto. Le caratteristiche viriloidi o femminiloidi, che possono a volte essere notate, non sono per nulla esclusive dell'omosessualità. Quanti giovani, definiti "signorine", nello sfogo dei loro stimoli, danno prova, all'opposto, della più schietta mascolinità, mentre dall'altra parte, tra le così dette donne viriloidi, con barba e voce grossa, troviamo comportamenti normali verso l'uomo. E ancora, quella caratteristica biotipologica femminile che Pende ha concretizzato nel tipo bruno di "Carmen", con lanugine scura sul labbro superiore e altri rilievi di espressione mimica, oltre al comportamento interpersonale che si scosta da quello tradizionale della donna, possiede la più spiccata tendenza eterosessuale, non disgiunta da esuberanza erotica.

In altri termini, come si legge anche nel trattato di Krafft-Ebing, l'omosessualità non nuoce alle proprietà maschili, se si tiene pure conto del fatto che alcuni grandi condottieri hanno notoriamente contratto rapporti amorosi con persone del loro sesso. E tutto ciò a prescindere, in alcuni casi, dalla mutabilità dell'istinto nel tempo, con alternanza di comportamento.

Le cause dell'inversione

Sulle cause organiche dell'omosessualità molto si è discusso ma, allo stato attuale, le conoscenze sono tuttora scarse. Come contropartita esiste, ovviamente, una notevole preponderanza degli studi sulle cause psichiche di essa.

Tuttavia non è possibile scartare *a priori* una base biologica predisponente sulla scorta di quanto già detto più sopra. Infatti, nelle famiglie degli omosessuali sono a volte riscontrabili delle tare, ben inteso che nulla hanno di specifico in proposito, a volte con consanguineità dei genitori, anche rafforzata, come in un caso descritto da Adler.

Talvolta è stato citato un ermafroditismo anatomico potenziale, o bisessualità detta anche potenziale, ma si tratta più di un concetto che di un'entità di forma predisponente. Nelle specie inferiori assistiamo spesso a varianti sessuali nella vita di un individuo: ad esempio l'ostrica può cambiare più volte sesso a seconda della temperatura dell'acqua e di altre condizioni.

Il sesso è il risultato finale di tre fasi: la *determinazione* sessuale, punto primo di partenza dalla condizione così detta indifferente; la *differenziazione* e lo *sviluppo* sessuale. Qualunque variazione, che si verifichi in una di queste fasi, provoca variazioni della sessualità.

Dal punto di vista genetico, a livello dei cromosomi, questi e il citoplasma si influenzano vicendevolmente; in tal modo le combinazioni e le diversità risultano pressoché infinite, per cui non ci si può meravigliare se dobbiamo considerare gradazioni altrettanto infinite di sessualità. D'altro lato le casistiche parlano assai in favore di tendenze congenite che favorirebbero l'omosessualità, rendendo dubbio che questa sia, in definitiva, un risultato acquisito fornito da esperienze condizionanti, ma non esclusivamente determinanti, se manca una predisposizione costituzionale.

Dal lato ormonale le cose sono un poco più avanzate. Ad esempio è stato accertato che negli omosessuali maschi la quantità di testosterone urinario giornaliero tende ai valori più bassi della norma, mentre nelle lesbiche questi valori sono molto più elevati che nelle eterosessuali. Non è ancora bene accertato quale importanza possano rivestire in proposito tali osservazioni, ma è bene che queste cose divengano almeno di dominio pubblico, in quanto la società è senza dubbio più predisposta a tollerare la devianza sessuale qualora venga risaputo che questa poggia anche su basi fisiopatologiche endocrine, mentre la componente psichica non facilita, di per sé, la comprensione e la larghezza di vedute.

E veniamo ora all'aspetto psichico, che con l'apporto delle varie scuole, comprende attualmente una letteratura più abbondante della precedente, sia per sviluppo, sia per dottrinario psicogenetico, di cui alcune tesi sono tutt'altro che pacifche.

Sappiamo tutti che l'omosessualità può essere casuale (episodi d'infanzia, marinai, prigionieri, ecc.). Per alcuni si tratterebbe di una manifestazione pressoché normale, cioè circostanziale, per cui, secondo Adler, di fronte ad essa perderebbe terreno il fattore ereditario. Ciò senza alcun dubbio, ma, più che un fattore genetico-ereditario, pur non dovendolo escludere in qualche caso, invocherei la già menzionata componente biologica di base, con possibilità di sviluppi occasionali, anche nel senso di una devianza.

Qui ci si potrebbe anche riallacciare alla teoria della fissazione di certe esperienze sessuali nell'infanzia, che però non parrebbe molto attendibile a causa della diffusione di queste pratiche, che vengono assai presto sostituite da quelle eterosessuali. Piuttosto, nell'infanzia dell'invertito, notiamo spesso un ritardo a riconoscere il proprio sesso, col

rafforzamento dell'idea di essere diverso dagli altri bambini, differenza che egli reputa una distinzione, incoraggiata dall'ambizione che in lui si fa strada.

Le tendenze attive che si hanno nel così detto ermafroditismo psichico del bambino, frutto di un'ambivalenza interiore, fanno sì che si sviluppi la protesta virile, quale soluzione di una disarmonia di tendenze incomprese (Adler). Da tutto questo al manifestarsi di deviazioni in campo sessuale il passo può essere breve.

Le dottrine psicologiche del profondo, specie quelle freudiane e adleriane, hanno effettuato, ognuna per il suo verso, l'accostamento dell'omosessualità al problema etiopatogenetico delle nevrosi.

Secondo Adler, dal punto di vista esistenziale possiamo considerare l'omosessuale un nevrotico, "il cui disordine nervoso, tuttavia, non si esprime chiaramente perché, a causa dell'omosessualità, è stato strettamente limitato il quadro della sua nevrosi. In questo stretto cerchio i sintomi stentano a manifestarsi". Egli potrà adattarsi meglio a questo tipo di esistenza, che non a quella dell'eterosessuale, che può porlo troppo spesso di fronte alle difficoltà problematiche del comune vivere sociale. In altre parole l'omosessualità consisterebbe in una specie di evasione, o meglio in una collocazione egocentricamente più agevole nella famiglia, se questa viene creata, e nella società.

Tra nevrosi e psicopatie sessuali esisterebbero dunque dei rapporti più o meno stretti. Su questo vedremo più avanti le differenze fra le due dottrine.

Sempre secondo l'ottica della psicologia individuale, l'omosessuale è soprattutto in ritardo nell'esercizio dei suoi rapporti sociali colle persone del sesso opposto, per cui dovrebbe recuperare il tempo perduto rispetto agli altri. In questa particolare circostanza, se si rende conto di ciò e non vuole adeguarsi alla nuova situazione, che invece da altri viene accettata con felicità, il soggetto può essere passibile di trattamento psicoterapeutico e, sempre che accetti senza riserve, il successo potrebbe anche esser buono.

Per quanto si riferisce alla donna, questa teme spesso di soccombere di fronte all'uomo, per cui arriva pure a disprezzarlo e comunque a divenirne una rivale.

Per i freudiani non si può parlare, prima di tutto, di degenerazione omosessuale. Lo stesso Freud aveva già osservato che un tale termine è applicabile solo di fronte ad alterazioni globali psicofisiche e non ad una sola funzione. Questo concetto è da noi pienamente condiviso. Non dimentichiamo poi che alcuni omosessuali appartengono spesso a un

ordine di levatura superiore, non solo per attività individuale e sociale, ma per sviluppo intellettuale e senso etico.

Questa particolare condizione era assai diffusa nelle antiche civiltà, senza che fosse oggetto di emarginazione e obbrobrio. L'angolo di visuale, finora così diverso nei tempi moderni, è ancora una conseguenza dell'oscurantismo medioevale, in cui, se l'istinto sessuale si è sempre dovuto barcamenare fra gli scogli della peccaminosità, tanto più severamente dovevano esser valutate le deviazioni, senz'altro ritenute aggravanti e infamanti. A questo punto basti ricordare l'episodio di Brunetto Latini nella *Commedia* dantesca.

L'orrore comunque per le perversioni sessuali in genere è anche individualmente originato dal fatto inconscio che il soggetto le teme molto, come risultato afinalistico di alcune azioni parziali che si accompagnano all'approccio amoroso e che vengono in lui inibite al momento opportuno, prima che giungano, da sole, al traguardo finale.

Tutti gli psicologi puri hanno armi potenti contro la costituzionalità degli omosessuali, in quanto il comportamento di questi può insorgere dopo un periodo di vita sessuale normale, può anche essere transitorio e sparire definitivamente, come può cedere alla sola psicoterapia e non ad altri mezzi terapeutici. Tutto ciò risulta in contrasto colla tesi rigorosamente costituzionalistica, come ben chiaramente si esprime Musatti, il quale si affida all'unica causa dei fattori psichici, che ritiene alla base dell'anomalia.

Infatti non fa neppure distinzione, come invece preferiamo fare noi, tra fattori predisponenti e scatenanti, riservando soltanto a quelli psicogeni tutta la responsabilità della manifestazione. Così è secondo la scuola freudiana, per la quale l'istinto sessuale si sviluppa come energia autonoma, che trova il suo appagamento non sempre nello stesso oggetto, a seconda delle particolari condizioni in cui si è evoluto.

Questo, però, a mio parere, è uno dei punti di maggior bersaglio degli strali della critica mossa a tutta la dottrina freudiana, anche sulla base del modello delle nevrosi. Che negli omosessuali si possano riscontrare componenti di natura nevrotica, credo sia più che ammissibile (pure Adler lo dà per scontato), ma che esse debbono costituire addirittura un parallelo fra le deviazioni sessuali e le nevrosi, in cui agirebbero rimozioni di elementi (in genere perversi) dell'istinto sessuale, mi pare eccessivo e troppo vincolante per lo studio onnicomprensivo che oggi si fa delle nevrosi.

Del pari molto discutibile è l'altro concetto freudiano, secondo il quale si spiegherebbe l'omosessualità anche con un complesso edipico

non risolto. La via sodomitica verrebbe scelta perché ritenuta immorale l'eterosessualità. Concetto senza dubbio geniale, ma non facilmente accettabile nella maggior parte dei casi, in quanto il nesso erotico col genitore dell'altro sesso è sommamente eterosessuale, pur se inconscio, e a nostro giudizio non può, nella vita conscia, passare di punto in bianco dalla parte opposta, trasformando, come se niente fosse, tutta la predisposizione biologica finalistica, per soli motivi di ordine morale, tra l'altro alquanto particolaristici.

Sostando ora un poco lo sguardo verso l'omosessualità femminile, notiamo che questa, rispetto a quella maschile, presenta dei risvolti che, almeno in apparenza, rendono le due forme sensibilmente diverse l'una dall'altra, specie per quel che riguarda una libera scelta da parte della donna, ammessa da alcuni, ma negata da altri, come Socarides, secondo il quale, sia per l'una sia per l'altra parte, l'omosessualità è una scelta obbligata per la sopravvivenza dell'Io; una scelta, cioè, di un male minore, per sfuggire alla conflittualità che, in questi soggetti, si fa strada nello sviluppo della loro personalità.

È questa, in definitiva, una conferma della dottrina adleriana. Infatti, se dovessimo considerare l'omosessualità da un punto di vista libero-arbitrale, ci troveremmo di colpo di fronte alle esclusioni e alle limitazioni che imponevano le vecchie interpretazioni filosofeggianti e pseudomorali. È stato pure osservato che l'omosessualità femminile è almeno frequente quanto quella maschile, se non che la donna, in questo caso, è meno proclive a consultare il medico. Ciò perché, da parte della donna, è presente una maggiore egosintonia, con minor tendenza distruttiva della personalità. Per tale ragione, forse, c'è anche meno intransigenza da parte della censura sociale.

Situazione del tutto particolare è quella di quei giovani, che si trovano a disagio nella nostra società e che vengono detti *hippies*. Costoro si isolano in un mondo, per così dire, arcaico, comunque fuori del tempo, per cui la sessualità comprende una forte componente autoerotica, una specie di equivalente masturbatorio: sono altresì soggetti che vegetano fra i loro simili, in uno stato di indifferenziazione sessuale.

Dal lato interpersonale il loro corpo è quindi poco o nulla genitalizzato. Questi esseri, per lo più adolescenti, sono intercambiabili, non come avviene nel mondo degli adulti, in cui l'individuo assume sessualmente identità e personalità.

Una parola sul *travestitismo*, frequente nel maschio, e che significa, molto verosimilmente, una protesta virile della donna espressa attraverso

so l'uomo: questo ama sentirsi donna, ma tiene a dimostrare che possiede attributi mascolini e quindi ad apparire una femmina superiore a tutte le altre.

Probabilmente è per questa ragione che non vediamo, almeno nella stessa proporzione, un travestitismo femminile.

L'omosessualità è una psicopatia?

Quando gli uomini della civiltà moderna criticano gli antichi dell'èra classica, i cui maggiori esponenti erano spesso dediti alle pratiche omosessuali e se ne vantavano, li vedono con ottica moderna, cioè senza considerare la temperie storica, e soprattutto non tengono conto degli strati morali che le lunghe epoche posteriori hanno depositato sulle antiche concezioni, condannando quelle pratiche ritenute empie ed immorali. Socrate, Platone, Pausania sono tra i primi ad essere ricordati fra quelli che tenevano intime dimestichezze cogli uomini appartenenti alla classe elevata, i quali si ritenevano troppo superiori di intelletto alle loro donne, oppure preferivano i giovanetti (da cui il termine classico di *pederastia*). Per quel che si riferisce a Saffo e alle sue amiche di Lesbo, che per nulla al mondo avrebbero gradito coire con i guerrieri dell'isola, rozzi e brutali, le improprie dei posteri non furono poche, finché qualche grecista rivalorizzò, per il suo genio, la gentile poetessa, ben inteso non perdonandole le sue abitudini, ma asserendo che erano tutte menzogne, divulgate da una tradizione maligna (1).

Ma non c'è che dire, anche nell'èra moderna gli esempi non sono pochi e le reazioni della società sono molto severe, tanto che Oscar Wilde fu anche imprigionato. Vediamo com'è la situazione nel nostro tempo.

Il comportamento degli omosessuali è di tre specie: alcuni si trovano a cavallo delle due situazioni e formano la schiera degli ambidestri, tra cui quelli che, vergognandosi di sentire anche attrazione verso il proprio sesso, tentano, a volte con successo, la terapia che dovrebbe ricondurli interamente, o quasi, al sesso opposto: qualche volta sposano, per mascherare l'anomalia. Altri, completamente invertiti, soffrono profondamente del loro stato e si trovano in conflitto continuo con la tradizione morale e religiosa e il conformismo dell'ambiente. Sono altresì amareggiati dall'impossibilità di formarsi una famiglia, nel

(1) Alcuni di costoro ritenevano eccezionale fra le donne il genio di Saffo. La sua omosessualità non potrebbe averle giovato attraverso la protesta virile?

silenzio di una tetra solitudine, con l'unica compagnia dei propri sentimenti oppressi e repressi.

Un'altra specie ancora è agli antipodi di questa ed è formata di individui felici di trovarsi in queste condizioni, che per nessuna ragione al mondo vorrebbero cambiare. Naturalmente i medici non si sono mai potuti occupare di loro, ma è proprio quando capita di trovarsi con uno di questi che si può agevolmente comprendere come quella felicità derivi da un fattore esistenziale della massima importanza, in quanto essi ci sembrano paghi di una sicurezza che li pone al di fuori di alcune battaglie per la vita, almeno per gli aspetti che riguardano la famiglia con tutti i problemi che ne derivano.

Quelli passibili di terapia, essendo praticamente i soli a contatto con lo psicologo, costituiscono un certo problema medico-sociale, che però non va sopravalutato. Infatti, nonostante le scarse conoscenze, specie biologiche, che possediamo, i successi in alcuni casi non mancano, soprattutto se si ha cura di non affidarsi a inutili o dannose terapie medicamentose, come quelle ormoniche, ma di attenersi al bagaglio psicologico che ogni caso porta con sé.

Per conseguenza sia ben gradito il riportare l'omosessuale reversibile sulla strada che questo desidera, ma, per ragioni che non rientrano nello studio etiopatogenetico, né nella terapia, del resto impossibile, non occupiamoci della folta schiera degli altri, che reclamano solo il loro posto in società, perché possiedono gli attributi, non essendo dei pervertiti, per vivere liberamente una vita per tutto il resto normale.

Per conseguenza ancora, noi riteniamo che gli omosessuali passibili di reversibilità psicoterapeutica siano da trattare alla stregua dei nevrotici, considerando come nevrosi l'unica loro turba, più o meno marcata.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Newton Compton Italiana, Roma, 1970.
- ADLER A.: *Il temperamento nervoso*. Newton Compton Italiana, Roma, 1971.
- CAPELLO G.: "Ormoni e sessualità". Il Polso, 15 maggio 1972.
- GRANONE F.: "Tecniche ipnositerapiche e omosessualità. Considerazioni critiche". Rassegna di Ipnosi e Med. Psicosomatica. Suppl. Min. Med., Torino, 1967, n. 10.
- KRAFFT-EBING R. e MOLL A.: *Psychopathia sexualis*. Manfredi, Milano 1953.
- MUSATTI C. L.: *Trattato di psicoanalisi*, Vol. II. Einaudi, Torino, 1949.
- NAIM U.: "Hippies e sessualità". Annali Ravasini, 1973, n. 8.
- NAIM U.: "Omosessualità femminile". Annali Ravasini, 1973, n. 11.
- NAIM U.: "Vie traverse o dirette per la conquista dell'entità sessuale". Annali Ravasini, 16/6/74.
- PARENTI F.: *Manuale di psicoterapia su base adleriana*. Hoepli, Milano, 1969.
- SANTORI G.: *Compendio di sessuologia*. Min. Med., Torino, 1966.
- SOCARIDES: Citato da Naim.

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

FRANCESCO PARENTI: *Assieme per uccidere - Psicologia della violenza di gruppo*. Armando Armando Editore, Roma, 1978.

Fra i molti volumi pubblicati di recente nel nostro paese sul terrorismo e sulla violenza collettiva, quest'opera si differenzia per una sua impronta sganciata dai condizionamenti dell'ideologia politica. Il suo impegno d'assunto è quello di fondere le esigenze della trattazione psicologica generale e quella dell'inchiesta di costume.

Nel capitolo d'apertura, l'Autore passa in rassegna le più note teorie psicologiche, sociologiche ed etologiche sull'aggressività, effettuandone una critica e proponendo in alternativa la linearità concreta e sempre attualissima della visione adleriana. Intenzioni di premessa ha pure il secondo capitolo, nel quale sono illustrati i fattori che incrementano e quelli che inibiscono la violenza collettiva, le sue modalità espressive e la tipologia generale dei protagonisti.

A questo punto il libro entra nel vivo dell'indagine sui fenomeni contingenti che si presentano nel nostro paese. In questa sede sono analizzate le matrici della violenza nell'ambito della cultura, della famiglia, della scuola, dell'economia, della politica e della sessualità, con accenni anche al problema della droga. Segue una vivace rappresentazione degli aspetti e delle forme della violenza di gruppo, esemplificati dai dati di cronaca e da quelli umanamente più sottili che scaturiscono dall'esperienza psicoterapeutica dell'Autore.

Il capitolo conclusivo affronta un disincantato "discorso sui rimedi", che accanto na di proposito le tentazioni utopistiche, pur nella critica inconsueta alle colpe della società e di chi la regge, facendosi più preciso e scientifico nella strutturazione di una linea di recupero analitico.

Il volume è destinato a lettori di assai diversa formazione e alterna perciò, con vivacità di stile, spunti squisitamente psicologici ad altri quasi di narrazione e ad altri ancora di sondaggio sociale. Il suo pregio maggiore è forse appunto la coraggiosa immunità da ogni forma di plagio.

ROBERTO MAZZETTI: *Genesi e sviluppo del terrorismo in Italia*. Armando Armando Editore, Roma, 1979.

Quest'altro saggio-inchiesta su aspetti contingenti della violenza è stato scritto con un'impronta colta e assai documentata da un professore ordinario presso l'Istituto di Pedagogia dell'Università di Salerno. La sua lettura richiede meditazione, pur essendo capace di trasmettere suggestioni sottili a chi sia in grado di comprenderle.

L'analisi dei fenomeni segue sentieri socio-economici che qui non affrontiamo e si sofferma poi su contenuti psicologici che più ci interessano. La tesi interpretativa sostenuta non è priva di fascino, anche se certo non tutti la condivideranno. Alla base delle attuali esplosioni collettive, l'Autore pone il tentativo di fusione fra due dottrine difficilmente compatibili, il freudismo e il marxismo, accomunate dalla ricerca di sottofondi (per l'una sessuali, per l'altra economici) al comportamento umano. Dopo i primi tentativi in questo senso, fra cui spicca quello del Reich, diretto a sostituire la vitalità erotica alla violenza generata dalla sua repressione, si è passati con Deleuze e Guattari a una completa disinibizione dei controlli, sino alla formula auspicata e senza

limiti del "proibito proibire". Ciò avrebbe sollecitato una liberazione di istanze e di azioni schizoidi, da cui trarrebbe corpo l'attuale violenza. La tesi è qui esposta in modo sintetico e semplicistico, come puro stimolo alla consultazione diretta e approfondita del libro. Un'opera senz'altro accattivante per tutti, anche e perché provocherà confronti e divergenze di pareri.

FRANCO FERRAROTTI: *Alle radici della violenza*. Rizzoli Editore, Milano, 1979.

Ecco un terzo approccio al tema della violenza effettuato da un professore ordinario di sociologia nell'Università di Roma. L'impostazione è qui totalmente diversa rispetto alle due opere precedenti, in quanto utilizza la sociologia pura e respinge con sdegno ogni "contaminazione" psicologica. L'Autore rifiuta ogni tentativo di patologizzare la distruttività umana, che considera frutto obbligatorio delle tensioni socio-economiche.

Il libro è scritto con intelligenza, ma propone tesi a nostro parere in contrasto con l'obiettività sperimentale della scienza dell'uomo. Se gli adleriani si dissociano dal puro istintualismo individualizzato della psicoanalisi originaria e hanno avanzato da precursori una dimensione di studio interpersonale e sociale, non possono ugualmente condividere l'ipotesi di collettività che agiscono sulla carta millimetrata della sociologia come pedine astratte e disumanizzate. Per noi le comunità umane fondano le loro dinamiche anche di gruppo sulle multiformi e disparate fenomenologie individuali. Così, nella nostra ottica, l'individuale condiziona il sociale e il sociale condiziona l'individuale.

Pur nell'affrontarlo criticamente, consigliamo ugualmente il volume come incisiva documentazione di una particolare cultura.

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 dottrinaria 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.