

LUIGI MINIO

**La Psicoterapia,  
dal fideismo di scuola  
al sincretismo della prassi**

**IL PUNTO DI VISTA  
INTEGRAZIONALE  
IN PSICOTERAPIA**

**Edizioni BIOPSYCHE**

# **ISPASA 1982**

## PREMESSA

Intendiamo col termine psicoterapia un trattamento psicologico, mediante il quale un operatore opportunamente preparato realizza una particolare esperienza di rapporto umano con l'utente che a lui si rivolge, allo scopo di alleviare un suo stato di disagio psichico.

Questa definizione, strettamente pragmatica e allo stesso tempo ampia e generale, costituisce, con le riflessioni ad essa connesse, l'attuale punto di arrivo di una ricerca empirica che il nostro gruppo già conduce da oltre un ventennio; l'esperienza di ogni terapia, che abbia raggiunto o meno l'obiettivo previsto, ha costituito per i singoli operatori e per il gruppo, lo spunto di riflessione e di analisi che ci ha portato a successivi aggiustamenti delle posizioni teoriche.

Nella definizione proposta, due concetti meritano un accurato approfondimento:

### **1. L'oggetto: alleviare uno stato di disagio.**

## **2. Le modalità di intervento: una particolare esperienza di rapporto umano.**

Il presente lavoro sarà quindi articolato in due parti: nella prima, parlando dell'oggetto, esporremo la nostra concezione della normalità e del disturbo psichico; nella seconda, parlando delle modalità di intervento, tratteremo nelle grandi linee il sistema terapeutico a cui si è pervenuti.

Tutta la trattazione avrà un carattere puramente introduttivo e programmatico; sarà affrontata in modo piano ed accessibile ad operatori sociali di qualsiasi orientamento ed anche ai *non addetti ai lavori*, evitando volutamente ogni tecnicismo ed ogni concetto che richieda conoscenze strettamente specialistiche. Fra l'altro c'è da considerare che ogni scuola ha creato dei neologismi passati più o meno rapidamente nel linguaggio corrente, spesso con una certa sfocatura rispetto al loro significato originario; il volere usare tali termini nel loro uso corrente avrebbe portato confusione, come, il volervi ricondurre alla loro accezione originaria sarebbe diventato problematico e difficoltoso per il lettore non *introdotto* al linguaggio di quella singola scuola. La scelta del loro non uso ci obbliga a dei giri di frase od a perdita di incisività; siamo inoltre perfettamente coscienti di poter apparire in certi punti eccessivamente schematici e riduttivi, ma preferiamo per il momento questo rischio a quello di riuscire poco comprensibili.

Il lettore noterà che non nutriamo alcuna prevenzione per qualsiasi altro orientamento psicoterapeutico, tranne che per l'atteggiamento di *depositari della verità* che i fautori di alcuni di essi a volte assumono.

Il nostro discorso non è rivolto a psicoterapeuti fideisticamente inquadrati in un determinato sistema: a costoro non abbiamo nulla da dire. D'altra parte, la nostra proposta, giudicata partendo dal loro punto di vista, risulterà necessariamente incongruente.

Noi intendiamo rivolgerci a coloro che non sono schierati su una trincea o che, pur avendo un loro orientamento intendono conservare la disponibilità a prendere in considerazione altre alternative.

Il tumultuoso sviluppo e la varietà di studi, di ricerche e di orientamenti sembra oggi aver mandato in tilt la psicologia clinica e la

psichiatria: ci si trova di fronte ad una enorme mole di dati non sistematizzabili per mancanza di un punto di riferimento alla cui luce interpretare ogni nuovo elemento.

Nel passato erano le teorie o le scuole psicologiche ad assolvere a questa funzione; oggi la loro leadership va venendo sempre meno e si pone il problema della ricerca di un qualche principio unificatore più vasto, se non si vuole slittare nel puro eclettismo; anche se a questo termine non intendiamo dare alcuna connotazione negativa.

A nostro avviso il problema può essere superato sul piano operativo andando a ritroso, ponendo cioè come punto di riferimento uno dei principali obiettivi ai quali la psicologia clinica e la psichiatria tendono: la psicoterapia ed i reali problemi ad essa connessa; da questo punto di vista si potrà risalire per strutturare e verificare le posizioni teoriche.

E' il lavoro che aveva fatto originariamente la psicoanalisi, prima che si chiudesse nella propria *torre d'avorio* sottovalutando gli apporti delle scuole di psicoterapia che si sono sviluppate numerose e vitali negli ultimi decenni.

La più opportuna ci sembra oggi quella di prendere in seria considerazione **tutto ciò che si rivela utile** sul piano operativo ai fini del successo terapeutico, senza alcun pregiudizio, e **trovare un nesso che concettualmente lo unifichi**, anche se nell'attuale formulazione tale nesso possa apparire tenue.

E' un procedimento analogo a quello che avviene nella formulazione di ogni ipotesi o teoria in campo scientifico: si osservano i dati forniti dalle varie sperimentazioni e si cerca una spiegazione comune a tutti. Nel metodo da noi seguito, abbiamo osservato quei tipi di interventi che chiaramente si andavano rivelando utili per il raggiungimento degli obiettivi e li abbiamo unificati, per successivi tentativi, in una prassi terapeutica; abbiamo cercato quindi una spiegazione teorica che sottendesse a questa prassi. In altri termini, il nostro tentativo è di integrare tecniche differenti in un quadro operativo ed interpretativo più vasto.

Ciò è quanto ci siamo sforzati di fare nel nostro lavoro, sebbene l'esposizione che segue, per motivi di ordine logico, presenti una disposizione inversa: dalle posizioni teoriche alle applicazioni pratiche.

Pur non nutrendo pregiudizi per l'elettismo, la nostra posizione non ci sembra che possa essere considerata tale, anche se per alcuni versi vi si possa accostare: noi siamo partiti da precise osservazioni e tendiamo a formulare uno schema di intervento unitario coerente ad esse. Prendiamo nello stesso tempo atto che ogni scuola ha avuto il merito di approfondire alcuni aspetti della scienza psicologica e che, in determinati casi, delle tecniche sviluppate da singole scuole possano brillantemente servire ad aiutare una persona che vive un particolare stato di disagio.

Non reputiamo però indispensabile, per far uso di queste tecniche, aderire a tutti i presupposti teorici enunciati dalle rispettive scuole; vi sono tecniche sviluppate da una determinata scuola che restano valide anche se usate in un contesto diverso.

Svilupperemo più ampiamente questo concetto nella seconda parte del lavoro.

# 1. L'OGGETTO

Parlando di oggetto della psicoterapia, volutamente si sono evitati i termini di *guarire* o di *malattia* che richiamerebbero il modello medico dal quale tutto il campo, spesso indebitamente, è già pervaso; né si tratta di una pura questione di termini.

In campo medico la malattia è considerata come un processo avente una propria entità, spesso determinato da precisi agenti patogeni e che si svolge in prevalenza indipendentemente dalla volontà e dalla coscienza dell'individuo o dall'interazione con l'ambiente sociale in quanto tale. Si può parlare in campo medico, di una netta distinzione tra stato di malattia e stato di salute.

Questi concetti, a nostro avviso, il più delle volte non sono applicabili in campo psicologico, dove il disagio non è un'entità, ma solo una limitazione; diciamo il *più delle volte* perchè non intendiamo ignorare le malattie mentali vere e proprie ad eziologia organica o nelle quali si richiede un intervento somatico e di stretta competenza della psichiatria o della neurologia. Anche in questo caso però, la sintomatologia psicologica che ne deriva ha un carattere di limitazione.

Si può pertanto considerare il disagio come una **limitazione di uno stato di benessere** dovuta, secondo i casi, a **inadeguatezza della personalità** (specie se inadeguatezza è connessa con carenze nella formazione della personalità stessa) o a **difficoltà relazionali** o a **condizionamenti** o a **fattori contingenti e relativi**; concetti questi che necessitano di un'accurata chiarificazione.

## 1.1 CONCETTO DI DISAGIO

### 11.1 DEFINIZIONE DEL TERMINE.

Abbiamo voluto indicare col termine generico di disagio psichico, o più semplicemente **disagio**, l'estesa gamma di limitazioni dello stato di benessere, che va dal normale dispiacere per la perdita di un oggetto caro al grave e persistente disturbo della vita di relazione dello schizofrenico.

Ovviamente non tutti i disagi sono considerati patologici e non in tutti i casi si richiede un intervento psicoterapeutico o il ricorso ad un operatore specializzato.

I vari tipi di disagio, in quanto limitazioni dello stato di benessere, costituiscono un continuum in cui la psichiatria, coerentemente al modello medico, ha cercato di isolare delle situazioni paradigmatiche (rese tali da particolari modalità di reazioni) concepite come entità morbose.

Anticipando quanto diremo in seguito, possiamo evidenziare tre livelli di disagio:

#### 111.1 NORMALI REAZIONI A PARTICOLARI EVENTI.

Un primo livello, che possiamo considerare facente parte della condizione umana, è costituito da **normali e proporzionate reazioni a particolari eventi**: la depressione conseguente la perdita di una persona cara, l'ansia nell'incertezza che possa accadere qualcosa di molto spiacevole, il malessere conseguente ad un allarme o ad uno stress occasionale ed altre situazioni del genere.

Per una corretta comprensione, due concetti sono da chiarire: **evento** e **reazione normale**.

Intendiamo col termine **evento** uno stimolo, in se stesso neutro, che diventa pregnante attraverso un processo di interpretazione; interpretare, in questo caso, significa inserire in un contesto, di solito non neutro, in cui possono prevalere fattori di ordine oggettivo o soggettivo.

- \* Parliamo di fattori **oggettivi** quando favoriscono una contestualizzazione in modo simile a quanto avviene nella maggior parte degli altri individui.
- \* Si tratta di fattori **soggettivi** quando dei vissuti strettamente personali influenzano il processo di contestualizzazione al punto da caratterizzarlo in tal senso; la natura di questi vissuti e la loro intensità possono far trascendere il carattere di normalità delle reazioni e far assumere particolari connotazioni, come ad esempio:
  - ° Interpretazioni **isteroidi**, se prevalgono fattori di ordine emotivo.
  - ° Interpretazioni **paranoidi**, se prevalgono fattori strettamente personali di ordine ideativo.

Possiamo considerare le **reazioni normali e proporzionate** quando:

- \* L'individuo, compatibilmente alla natura dell'evento, riesce a prendere una certa **distanza** dai suoi stati emotivi nel senso che riesce ad integrarli in un comportamento finalizzato e mobilita efficacemente le sue energie per il superamento del disagio.
- \* Gli stati penosi si vanno **attenuando** nel tempo, senza che si instauri un processo di retroazione (*feed-back*).

Il superamento di questo livello di disagio non richiede alcun intervento tecnico e rientra nel normale apprendimento a fronteggiare gli

eventi che la vita presenta. Un aiuto può essere dato da persone amiche, a livello emotivo dal conforto, a livello razionale dal consiglio.

### **111.2 REAZIONI ABNORMI.**

Un secondo livello di disagio è costituito da **reazioni abnormi di fronte a normali eventi della vita.**

Caratteristica di questo livello di disagio è l'incapacità di superamento delle difficoltà, da parte del soggetto, con le sole proprie risorse o col semplice aiuto di persone benevole. Generalmente in questi casi, nell'impossibilità di fronteggiare le difficoltà attraverso comportamenti razionali o gli abituali schemi di apprendimento, l'individuo mette in atto delle reazioni emotive che risultano scarsamente finalizzate.

Vedremo in seguito come, in casi del genere, le reazioni sproporzionate che ne conseguono, rivelino una carenza nell'integrazione della personalità e segnalino una non adeguata finalizzazione delle strutture difensive.

Pur non necessitando, il più delle volte, di un ricorso alla psicoterapia in senso stretto, casi del genere possono efficacemente avvantaggiarsi di una consulenza psicologica che porti l'individuo ad un ridimensionamento delle reazioni emotive, ad una visione più serena e obiettiva dei termini del problema e ad una più corretta finalizzazione del suo comportamento agli obiettivi che egli intende raggiungere.

### **111.3 TURBAMENTO DELL'INTERA VITA PSICHICA.**

Un terzo livello di disagio è costituito da un turbamento più o meno ampio della vita psichica dell'individuo. Al di là delle difficoltà attuali, il comportamento del soggetto non risulta finalizzato; in questi casi le frustrazioni dovute ai fatti contingenti possono attivarne altre che vengono a sostituirle o mettere in moto delle strategie che risultano faticose o inadeguate al superamento delle difficoltà. Casi del genere necessitano di un vero e proprio intervento psicoterapeutico da parte di un operatore specializzato.

## 11.2 RELATIVITA' DEL CONCETTO DI DISAGIO.

Parlando di disagio, non è da sottovalutare la relatività di questo concetto. Lo stesso disagio può essere diversamente vissuto da persona a persona e secondo il contesto in cui si verifica.

Come la sensazione di dolore fisico non è rigidamente correlata allo stimolo fisico che la determina, così ciò che costituisce un *disagio* in un dato momento potrebbe non costituirlo in un altro momento. Un chiodo che sotto i nostri occhi lacera una parte del nostro tessuto cutaneo fino a provocare la fuoriuscita di sangue, provoca indubbiamente dolore. Tutti abbiamo però l'esperienza di ritrovarci con graffi vistosi e sanguinanti dopo aver concluso un lavoro fisico che ci impegnava particolarmente. Il fatto di esserci feriti senza nemmeno accorgercene significa che non vi era stata sensazione di dolore, o quanto meno, non se ne era presa coscienza.

Le comodità che presenta oggi una normale casa di un operaio di livello economico medio rappresenterebbe il *non plus ultra* del *confort* per un primitivo, ma potrebbe rappresentare il *non plus ultra* dello squallore per l'uomo del 3000; l'attuale comoda poltrona disegnata dal più rinomato architetto rappresenterebbe uno strumento di supplizio per l'indigente che fra cinquanta mila anni sarà abituato a riposare su cuscini di onde o userà delle poltrone che annullano la gravità!

A queste considerazioni è forse riducibile il millenario problema dell'esistenza del bene e del male: se si considerasse il male non come un'entità ma solo un limite allo stato di benessere, limite che il progresso sociale si sforza costantemente di far retrocedere, la nostra visione del mondo sarebbe probabilmente più serena.

## 1.2 CONCETTO DI STATO DI BENESSERE

Lo stato di benessere per noi coincide con la piena normalità e, come vedremo in seguito, nell'adulto, col raggiungimento della piena maturità.

Chiaramente, la nozione di *benessere* qui utilizzata non va riferita ad un'utopica condizione di totale assenza di conflitti e disagi interiori, ma alla *capacità di reagire* con flessibilità e congruenza a situazioni contingentemente limitanti.

Ne deriva che lo *stato di benessere* non può essere inteso come una condizione statica (nonostante l'identità del radicale: *stato-statico*) ma un equilibrio dinamico; come il piacere è originato dalla soddisfazione di un bisogno, così il benessere può considerarsi come la costante messa in atto di comportamenti adattivi adeguati per superare situazioni di disagio.

A questo punto si impone una precisazione sul termine e sul concetto di *normale*. Vedremo che cosa correntemente si intende parlando di normalità e passeremo in rassegna le principali accezioni in cui è usato questo termine, soffermandoci su quella che reputiamo più adeguata nella nostra prospettiva.

## 12.1 DEFINIZIONI CORRENTI DEL CONCETTO DI NORMALITA'.

Nella letteratura psicologica il termine "normale" è usato in varie accezioni che riflettono spesso differenti orientamenti sui risvolti ideologici che stanno alla base.

Possiamo dire che si tratta di un termine analogico, in cui l'elemento comune ai vari significati è la conformità ad una "norma" o criterio di giudizio. Quanto a questi criteri, essi sono riconducibili ad alcuni gruppi dei quali qui elenchiamo i principali.

### 121.1. LA NORMA STATISTICA.

La Norma statistica è il confronto con la frequenza media con cui un determinato comportamento si suole presentare. E' un parametro strettamente obiettivo, definisce però l'esistenza di differenze puramente quantitative.

Statisticamente è anormale tutto ciò che si distacca dalla media oltre un limite aprioristicamente fissato; l'anormalità si distingue però dall'*originalità* in base ad altri criteri estrinseci a quello statistico.

Ciò che rientra nei limiti fissati è normale, portando il criterio alle estreme conseguenze si dovrebbero considerare normali anche delle manifestazioni chiaramente devianti se in un certo contesto sociale si riscontrassero con un'alta frequenza. Anche Aristotele, parlando di norma ideale, nell'*Etica Nicomachea*, fa appello ad un criterio che potrebbe dirsi vagamente statistico, quando dice che essa è nel giusto mezzo, tra l'eccesso e il difetto.

A parte la critica fondata di conformismo che si potrebbe muovere a questo tipo di *norma*, i pochi elementi teorici ai quali fa appello (come nella decisione dei limiti da attribuire alla normalità e nella distinzione tra

originale e deviante) debbono essere ricondotti ad altri criteri che la statistica non è in grado di fornire.

## 121.2. L'ASSENZA DI SINTOMI.

Altri criteri di normalità proposti sono su basi negative: l'assenza di conflitti o di sintomi.

Tali criteri se accettati con entusiasmo in seguito alle prime scoperte della psicanalisi, si sono rivelati aleatori, specie con la constatazione che conflitti ritenuti patogeni si riscontrano in individui normali. Ciò che rende il conflitto patogeno è l'intensità, il momento in cui si manifesta, la concomitanza con altri fattori, ma soprattutto la mancata integrazione nel contesto globale della personalità.

Un conflitto adeguatamente vissuto potrebbe anche costituire la spinta verso un maggiore benessere non meno che, a livello organico, un vaccino che stimoli gli anticorpi o uno sforzo fisico che attivi la circolazione del sangue.

Si può considerare *adeguatamente vissuto* un conflitto che si pone dialetticamente nel contesto dell'esistenza dell'individuo come un problema intorno al quale egli lavora per il superamento o per la ricerca di una soluzione, ma dal quale non si lascia sommergere travolto in una tensione o sofferenza costante. In altri termini, un conflitto si può considerare normale nella misura in cui viene integrato nel contesto esistenziale come forza costruttiva nella ricerca di un equilibrio ad un livello superiore.

Un'analoga considerazione può essere fatta per quanto riguarda i sintomi.

Un sintomo schizoide, ossessivo, isterico, se bene integrato nell'ambito della personalità, può efficacemente influire nella realizzazione del grande artista, del ragioniere perfetto, dell'attrice di successo, senza nulla togliere ai loro rispettivi stati di benessere.

Oltre queste considerazioni, che evidenziano l'aleatorietà del criterio, a noi sembra che una tale concezione non definisca adeguatamente l'individuo normale e che parta da una concezione pessimistica dell'uomo; sono anche da considerare le perplessità nel volere applicare in questo campo il principio del terzo escluso.

### **121.3.CRITERIO DELLA CARATTERIZZAZIONE.**

I tentativi - che sembrano più validi - per stabilire un criterio di normalità si basano sulla caratterizzazione ottenuta per un processo di astrazione, del tipo che debba essere considerato normale.

Rientra in questa categoria la descrizione che fa Freud dell'individuo normale come capace di *amare e lavorare*. Analizzando questi ed altri tentativi del genere possiamo però notare come siano riconducibili al criterio dell'integrazione di cui parleremo in seguito: in questo caso, ad esempio, amare come integrazione affettiva, lavorare come integrazione nella collettività dando ad essa il meglio delle proprie energie; in entrambi gli aspetti ricevere dagli altri gratificazioni a tutti i livelli.

### **121.4.LA NORMA IDEALE.**

La norma ideale definisce l'adeguamento con un criterio ideale, al quale, anche se non è possibile giungere, è considerato giusto tendere; essa ha, secondo K. Lewin, un carattere di invito al libero comportamento individuale.

Ogni sistema sociale si serve di norme ideali ed esige che i suoi aderenti vi si adeguino.

La norma morale, per certi versi, si avvicina alla norma ideale; potrebbe però costituire un criterio a sé stante perchè fa leva su una categoria di valori (comuni ad un determinato gruppo, religioso o, più in generale, sociale) con una qualche tendenza ad isolarli da un contesto più generale.

### **121.5. LA NORMA FUNZIONALE.**

La norma funzionale prescinde dalle norme precedentemente considerate e definisce normale lo stato che permette all'individuo di raggiungere, nel modo più consono alle sue esigenze e col minore dispendio di energia, gli obiettivi che si propone.

Nulla però ci dice sulla bontà di questi obiettivi, sia riferita ad un più autentico benessere dell'individuo stesso, sia in rapporto ad un criterio di desiderabilità sociale.

### **121.6. LA NORMA SOGGETTIVA.**

La norma soggettiva è quella che ognuno si costruisce in base alle proprie esperienze di vita, fissando un punto neutro di riferimento per ogni settore della realtà circa la convenienza o meno di determinati comportamenti: in genere in questa zona giudicata soggettivamente neutra fra i due poli opposti di valori e di controvalori, rientrano tutti quei comportamenti giudicati piccole debolezze o bizzarrie accettabili, purché mantenute entro quei limiti.

La norma soggettiva potrebbe non coincidere, in tutto o in parte, con criteri socialmente accettabili; per citare i casi estremi, certi criminali considerano giustificati alcuni loro comportamenti antisociali mentre manifestano un ipermoralismo in altri campi, come la fedeltà alla parola data o la lealtà verso gli amici.

## 12.2 LA NOSTRA DEFINIZIONE DI NORMALITA'.

Nei criteri di giudizio sulla normalità di un individuo, che abbiamo passato in rassegna, possiamo riscontrare degli aspetti interessanti, ma a nostro avviso è possibile approfondire ulteriormente l'indagine per trovare qualcosa che sottenda a tutti, che sia basato su elementi obiettivi e che faccia luce sulla natura della normalità.

Per l'esatta comprensione del nostro punto di vista dobbiamo rifarci a dei concetti di ordine più generale.

L'essere vivente, fin dai primissimi gradi della sua organizzazione, è in costante interazione con l'ambiente al punto che non è possibile ipotizzare la sua esistenza a prescindere dall'ambiente medesimo; la natura stessa della vita, attraverso le sue funzioni metaboliche, postula un costante scambio di energia e di materia con l'ambiente che circonda l'organismo. Non a torto numerosi studi di questi ultimi decenni portano a concepire organismo ed ambiente come un unico sistema più ampio, di cui le singole parti costituiscono dei sottosistemi.

Progredendo nella scala biologica, con lo sviluppo delle sensazioni e delle capacità motorie l'interazione diventa sempre più intima e complessa, fino a toccare il culmine nell'essere umano, in cui pensiero e cultura si integrano in una nuova sintesi che affonda le sue radici nella realtà fisica e nello stesso tempo la trascende.

E' proprio **integrazione** il termine che a nostro avviso meglio traduce il concetto di questa sintesi originale che, pur non annullandoli, ingloba vari sistemi in uno di ordine superiore con caratteristiche peculiarmente proprie; il nuovo sistema può a sua volta essere inglobato in altri, come in cerchi che si estendono sempre più e si intersecano con altri, per comprendere una parte sempre maggiore della realtà.

Come la natura tende ad organizzarsi in strutture sempre più complesse ed armoniose, così l'uomo tende alla piena realizzazione di sé

trascendendo i limiti biologici per integrarsi in realtà sempre più vaste, in cui trova la sua ragione di esistere.

Un'attenta lettura del processo evolutivo umano ci mostra infatti come questa direttrice sia ricca di prospettive nella chiarificazione del concetto di normalità.

## 122.1. ANCORAGGIO AL PROCESSO EVOLUTIVO.

Nella nostra concezione riteniamo di poter ancorare il concetto di normalità al processo evolutivo.

Già in un nostro precedente articolo (Minio 1970) che qui riepiloghiamo nelle linee essenziali, si poteva evidenziare l'esistenza di un filo conduttore che attraverso successivi gradi di integrazione, scandisce le varie tappe che portano l'individuo alla piena maturità.

Lo sviluppo psicologico di un individuo può essere rappresentato da una traiettoria che ha il suo punto di origine in un assoluto egocentrismo e tende alla piena capacità di rapporto con la realtà esterna con la quale interagisce a vari livelli, fino a costituire con essa un'unità esistenziale. Il termine "tende" sta ad indicare che questa piena capacità costituisce un ideale il cui raggiungimento non è automaticamente legato all'età cronologica né può identificarsi con aspetti parziali, come la maturazione biologica od intellettuale.

In questo processo hanno particolare rilievo due periodi, infanzia e adolescenza. In ognuno di questi periodi possiamo evidenziare tre modi di vivere il rapporto e di integrarsi con la realtà esterna, che si susseguono in entrambi secondo lo stesso schema. I tre modi possono essere considerati come processi ontogenetici legati forse a fattori biologici nell'infanzia, così come viene evidenziato dalla psicoanalisi, per diventare, ripercorrendo le stesse fasi, prettamente psicosociali nell'adolescenza e nella maturità.

Seguendo da vicino E. Erikson preferiamo considerare le fasi dello sviluppo infantile che la psicoanalisi denomina orale, anale e fallica, come nei modi di essere nell'interazione con la realtà: egocentrismo, strumentalizzazione, competitività. Ciò, non perchè giudichiamo questo punto di vista più significativo di altri, ma perchè esso ci permette una interpretazione più coerente del periodo infantile, di valorizzare maggiormente la dinamica dell' "Io" e di stabilire meglio l'analogia col periodo giovanile.

\* Nel neonato il termine di ogni interesse è la propria soggettività; possiamo quindi rappresentarci lo psichismo del bambino come caratterizzato da un egocentrismo assoluto: il bambino a questa età non è in grado di occuparsi se non di se stesso, della propria conservazione e di tutto ciò che può procurargli un piacere immediato.

\*\* Col secondo anno di vita, la maggiore efficienza delle funzioni sensoriali e motorie e le acquisizioni raggiunte, mettono il bambino in condizione di procurarsi

delle sensazioni gradevoli. Nella tendenza a recepire ed incorporare, l'interesse si sposta dalle sensazioni soggettive agli oggetti che possono provocare tali sensazioni ed al controllo di essi.

Anche la fonte di piacere si sposta ed è ora costituita, più che dal ricevere, dal controllo attivo della realtà attraverso il dominio della propria muscolatura. Le conoscenze più approfondite degli oggetti vengono strumentalizzate dal bambino ai fini di un maggiore controllo su di essi.

Considerando gli oggetti, il bambino non fa una sostanziale differenza fra essi e le persone: il rapporto con le persone è basato sul bisogno di superare le proprie limitazioni strumentalizzando gli adulti in tal senso.

Se non riesce in questo intento si trincea in atteggiamenti di opposizione ostinata. Se volessimo trovare un elemento-chiave che ci faccia capire il carattere fondamentale di questa fase, dovremmo probabilmente pensare all'esigenza di conoscere la realtà al fine di controllarla e di strumentalizzarla per la soddisfazione delle proprie esigenze.

\*\*\* Tra il terzo e il quarto anno di vita, il progredire del processo di maturazione porta il bambino alla percezione degli altri come persone, oggetto di interesse, e non più come strumenti per il raggiungimento di altri oggetti: sorge quindi il problema di un contatto con loro su una base di comunicazione personale; i primi tentativi sono però ancora accompagnati da forti cariche emotive. Il bambino, comincia a percepire gli altri come esseri simili a sé, prova l'esigenza di entrare in rapporto con loro; d'altro canto, l'insicurezza che caratterizza i primi tentativi in tal senso accentua il bisogno della propria affermazione e fa assumere ai rapporti sociali il carattere di competitività.

Il superamento della terza fase dell'età infantile coincide, orientativamente, con l'età scolare. Caratteristica di questo periodo è il consolidamento del livello di maturazione raggiunto: il legame con i genitori va perdendo la forte carica emotiva e diventa più sereno; il lavoro scolastico, o l'eventuale equivalente, canalizza le energie in una direzione diversa; il rapporto con i coetanei è maggiormente impostato sulla collaborazione; lo sviluppo della razionalità assicura una maggiore coerenza e continuità alla vita psichica.

Il processo di maturazione continua in questo periodo con graduale progressione e senza bruschi cambiamenti o involuzioni. La fine di questo periodo ci fa trovare il fanciullo con un certo grado di sviluppo delle capacità intellettive, tali da permettergli di assumere atteggiamenti critici di fronte a se stesso ed agli altri e di avere una certa visione obiettiva della realtà.

Con la pubertà l'evoluzione psicologica dell'individuo subisce un brusco cambiamento. Una serie di nuovi elementi mettono in crisi la relativa stabilità che aveva caratterizzato il periodo precedente. Alcune manifestazioni fanno anche pensare ad una involuzione: tale, ad esempio, la maggiore incidenza di aspetti

emotivi a discapito dell'oggettività di giudizio che si poteva osservare fino a poco tempo prima.

L'esistenza di un filo conduttore in questo periodo dell'evoluzione è meno evidente.

I motivi sono molteplici:

1) La struttura organica dell'individuo tende verso un assestamento definitivo e si riscontra una sempre minore dipendenza della vita psichica da fattori biologici.

2) Esiste una razionalità che nella prima fase non era presente e che ora interferisce con le manifestazioni spontanee dell'adolescente.

3) Lo psichismo del neonato si può considerare embrionale mancando esperienze precedenti particolarmente incisive; la vita psichica dell'adolescente ha tutto un passato che incide pesantemente nell'evoluzione attuale.

4) L'influenza dei fattori educativi è notevolmente maggiore nell'adolescente: le manifestazioni sono più facilmente riducibili a schemi tipici della vita adulta e l'educazione agisce in tal senso.

Questi ed altri fattori, pur influenzando per lo più positivamente sul processo di maturazione psichica, impediscono di scoprire la dinamica dell'evoluzione.

Tuttavia, a bene osservare, le tre forme di atteggiamenti descritti nell'infanzia, egocentrismo, strumentalizzazione e competitività, si possono riscontrare in tre successivi momenti dell'età giovanile, sebbene non con la stessa evidenza, in forma diversa ed a volte con delle sovrapposizioni.

\* Con l'avvicinarsi della pubertà il ragazzo perde la relativa tranquillità che aveva caratterizzato gli anni precedenti.

L'attenzione comincia a polarizzarsi su di sé. L'andamento non graduale dello sviluppo fisico provoca delle disarmonie che sono vissute con toni a volte drammatici; anche dei lievi difetti fisici determinano stati di preoccupazione e motivi di vergogna del tutto sproporzionati.

Il ragazzo comincia a rendersi conto della propria vita e della propria individualità; ne consegue una cura gelosa della propria autonomia e di tutto quello che riguarda la propria persona.

L'intensa carica emotiva che accompagna tutto questo interferisce ed intralcia l'obiettività di conoscenza e di giudizio precedentemente raggiunta: l'elemento soggettivo si frappone a quello oggettivo, al punto da immergere il preadolescente in un mondo irreali.

Nel comportamento esterno egli appare inquieto, instabile, chiuso, ostinato; l'umore è facilmente variabile ed a brevi momenti di entusiasmo succedono periodi più o meno lunghi di depressione.

In campo sessuale la prima manifestazione suole essere la masturbazione, nella quale possiamo ravvisare un bisogno di costituire il proprio corpo come oggetto delle tendenze sessuali.

Elemento comune nelle manifestazioni osservate è la tendenza al ripiegamento su se stesso, nella quale possiamo ravvisare un ritorno ad un atteggiamento di egocentrismo.

\*\* Col superamento della crisi puberale l'adolescente si avvia ad un periodo più tranquillo.

Caratteristica della nuova fase è l'aspirazione a trovare qualcuno che lo aiuti, cui appoggiarsi.

Due elementi caratterizzano questa aspirazione:

1)l'aiuto che egli cerca è di essere amato e di essere lasciato vivere secondo le nuove esigenze della sua personalità;

2)l'interesse per la persona che lo aiuta è limitato al momento e alle circostanze dell'aiuto; quando non ha più bisogno di aiuto l'adolescente dimentica con facilità quanto ha ricevuto e non mostra alcun segno di riconoscenza.

E' questo l'atteggiamento tipico dell'adolescente: l'interesse è rivolto agli altri nella misura in cui questi possono essere utili per raggiungere quanto egli non può ottenere da solo.

Anche in campo sessuale, il progressivo superamento della masturbazione, porta specie nel maschio, cui la cultura tradizionale lo consente, alla ricerca di un partner, spesso mercenario od occasionale, da utilizzare come strumento per soddisfare i propri impulsi.

Questa considerazione ed altre già precedentemente esposte e che per brevità omettiamo, ci fanno ravvisare i caratteri dell'atteggiamento di strumentalizzazione.

\*\*\*L'inizio della giovinezza è caratterizzato da un maggiore bisogno di definire la propria fisionomia e porsi all'attenzione degli altri.

La tendenza a modificare il nome, il desiderio di abiti eccentrici, la pettinatura estrosa esprimono l'esigenza di affermazione tra i compagni.

Anche la passione con la quale il giovane si impegna nello sport o in hobbies è l'espressione del bisogno di affermazione di sé attraverso il superamento degli altri.

Il giovane è arrivato ad una presa di coscienza di sé e degli altri, in quanto esseri con i quali sente il bisogno di stabilire un rapporto personale. Due elementi però ostacolano questo rapporto: il non completo superamento dell'atteggiamento egocentrico e l'insicurezza di sé e del suo ruolo. Gli riesce difficile abbandonarsi in una donazione completa ed è costantemente preoccupato di non raggiungere, o di perdere, la propria identità personale.

Anche gli amoreggiamenti che in questa fase si intrecciano hanno spesso un sapore di "schermaglie" in cui facilmente traspare più o meno cosciente il bisogno di dominare e la paura di essere dominato dall'altro.

Non è casuale l'uso del termine "conquista" invalso nel linguaggio corrente e tanto in voga tra i giovani.

Queste considerazioni denotano come spesso il giovane assuma un atteggiamento competitivo; pur sentendo il bisogno di inserirsi e integrarsi nel gruppo in cui vive, è costantemente preoccupato del proprio ruolo in seno ad esso e,

nella paura di essere sopraffatto e dominato, cerca di difendere la sua autonomia e di polarizzare su di sé l'attenzione.

In questo contesto si pone impellente il problema della propria vita e sono frequenti i progetti per l'avvenire, nei quali egli occupa sempre un posto di primo ordine.

La maturità può essere quindi concepita come l'ideale a cui tende l'individuo che ha percorso normalmente gli stadi precedenti. Parliamo di ideale perchè l'individuo pienamente maturo, e quindi perfettamente normale, nella realtà non esiste. Possiamo intuire questo stato estrapolando, a partire da quanto osservato nel processo di maturazione: una tendenza a superare l'egocentrismo per integrarsi sempre più nella realtà esterna.

Parallelamente a queste fasi, obiettivabili perchè si riflettono in comportamenti esterni, si svolge il non meno importante processo di armonizzazione delle varie istanze in seno alla personalità.

Riprendendo un'immagine di Jung, il processo evolutivo è paragonabile all'emergere di un continente sommerso: inizialmente sono dei picchi isolati che affiorano; con l'abbassarsi delle acque i picchi si vanno unendo in catene montuose, infine con lo scomparire delle acque tutto il continente assume un carattere di unità.

Così, a livello psicologico, inizialmente si vanno manifestando le varie esigenze incoordinate e spesso in contrasto tra di loro finché gradualmente con l'avvicinarsi alla maturità, le istanze si integrano fino a formare una struttura coerente ed armoniosa.

## 122.2 LA MATURITÀ COME INTEGRAZIONE.

Da quanto detto appare abbastanza chiaramente come il filo conduttore di tutto questo processo è un susseguirsi di stadi di integrazione sempre più complessi, sia a livello intrapsichico, sia a livello relazionale ed esistenziale.

Possiamo quindi concepire lo stadio della piena maturità come costituito da una integrazione armoniosa:

- di tutte le tendenze nell'ambito della personalità;
- della propria individualità nella grande famiglia umana;
- della propria esistenza in una prospettiva teologica.

La mancanza di integrazione ad uno di questi tre livelli, costituisce una delle principali fonti di disagio (1) e si manifesta in una conflittualità che limita lo stato di benessere.

- Conflitti intrapsichici, che si riflettono principalmente nella formazione di un incoerente ideale dell'Io.
- Conflitti col mondo esterno che sono alla base del disadattamento sociale.
- Conflitti esistenziali legati alla concezione del significato della vita.

Queste riflessioni ci autorizzano a considerare la maturità, caratterizzata dalla piena integrazione, come criterio di normalità di un individuo e di realizzazione del suo stato di benessere.

Il concetto di normalità basato sul criterio descritto, a nostro avviso, supera i limiti delle definizioni precedentemente passate in rassegna:

(1) In una ricerca in corso presso il nostro Istituto, correlando e fattorizzando 138 tratti di personalità (normali e patologici) ricavati attraverso questionari è emerso un primo fattore comune che satura in varia misura i tratti che rivelano una buona integrazione; il secondo fattore emerso, satura in varia misura i tratti patologici, con particolare riferimento alla carenza di integrazione. La ricerca, sebbene ancora da ultimare, confermerebbe l'ipotesi formulata nel presente lavoro.

1) E' ancorato su dati reali, quali il processo evolutivo e ricerche sperimentali e non su concetti aprioristici o puramente teorici.

2) Definisce la normalità in se stessa, non per esclusione del suo opposto. C'è da aggiungere che anche le definizioni della normalità come

assenza di conflitti o di sintomi in definitiva, rimandano al criterio dell'integrazione per stabilire la patologicità degli stessi.

3) Contrassegna adeguatamente ciò che il senso comune indica come normale; viceversa la sua assenza, in gradi ed in forme diverse, ci dà i vari quadri delle anomalie, come vedremo in seguito.

4) È abbastanza sganciata da ideologie particolari o da teorie di una singola corrente; a parte l'uso di una terminologia che potrebbe non essere condivisa da una qualche scuola, pensiamo che il concetto, tradotto nei differenti linguaggi, possa essere da tutti accettato.

In conclusione, la sequenza proposta:

**stato di benessere = normalità = maturità = integrazione**

Ci sembra legittimamente consequenziale e generalizzabile.

### 122.3. DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI INTEGRAZIONE.

E' necessario ora chiarire ulteriormente il concetto di integrazione e precisare cosa esattamente intendiamo utilizzando questo termine.

In linea generale può essere definito come un processo di unificazione di più parti in un tutto di livello superiore con funzioni nuove, nel quale le parti stesse, pur rimanendo in qualche modo distinte, perdono in varia misura la loro identità. E' un processo in cui si sottolinea come componente essenziale e caratterizzante il concetto di originalità e non di giustapposizione di elementi.

Il concetto di integrazione copre una vasta area di significati, e trova applicazione anche in campi diversi da quello biologico e da quello psicologico; c'è da dire inoltre che, in quest'ultimo caso, il termine di sintesi è frequentemente utilizzato in alternativa con il termine di integrazione.

Il concetto di integrazione è in qualche modo diverso da quello di adattamento, anch'esso ampiamente usato nel linguaggio biologico e psicologico, sebbene in molti casi queste differenze tendano a sfumare.

In campo biologico si parla di adattamento quando le funzioni effettive, determinate congiuntamente dal meccanismo totale dell'organismo e dal suo ambiente, presentano un carattere favorevole alla sopravvivenza dell'organismo stesso.

Il concetto di adattamento, in campo psicologico, ha dei contorni piuttosto indefiniti e da alcuni studiosi, quando sono implicati i processi psichici superiori, mediante i quali l'uomo tratta con le esigenze poste dal mondo esterno, viene sostituito con quello di aggiustamento, derivato dall'inglese *adjustment*.

Piaget descrive nel bambino due principali meccanismi di adattamento: l'assimilazione e l'accomodamento. Nell'assimilazione il bambino parte dalle sue capacità innate e cerca intorno a sé le occasioni per

esercitarle. Nell'accomodamento egli deve accettare ciò che è imposto dal mondo esterno.

Appare chiaro come questi concetti, sebbene contraddistinti da termini diversi, seguano da vicino il nostro concetto di integrazione.

Si parla di un adattamento attivo e passivo: si ha adattamento passivo nelle forme di assuefazione, e di conformismo sociale; nell'adattamento attivo, l'individuo rivede i suoi schemi di comportamento e le sue categorie cognitive alla luce dei nuovi elementi per interagire più efficacemente con la situazione nuova, anche modificandola, se ciò è necessario e possibile.

Il concetto di integrazione, come da noi inteso, si avvicina a quello di adattamento attivo, nella misura in cui sottolinea la ristrutturazione stabile di tutto l'individuo in funzione della nuova situazione in cui viene a trovarsi. L'integrazione inoltre include ed evidenzia l'aspetto intrapsichico, l'esigenza, cioè, di armonizzare tutte le istanze che provengono dall'interno dell'individuo, tenendo conto dei dati che provengono dalla realtà esterna. Si tratta di una attività sostanzialmente creativa e non va confusa col conformismo sociale, in cui l'individuo accetta passivamente le influenze esterne e vi si adegua. L'equilibrio che in tal modo ne deriva, è un equilibrio dinamico che si modifica ad ogni nuovo elemento sopraggiunto, pur mantenendo come fondo la coerenza e l'armonia, non diversamente da quanto accade in tutti gli organismi viventi ed in perfetto stato di salute.

A sottolineare la dinamicità di questo equilibrio c'è da aggiungere che esso è messo costantemente in discussione su due fronti: da un lato dai bisogni individuali, generalmente qualificati come soggettivi, dall'altro dalle esigenze ambientali solitamente definite come obiettive perchè comuni a più individui, anche se probabilmente non allo stesso modo.

Spesso avviene che, ancor prima che l'equilibrio sia raggiunto, le istanze poste da uno o da entrambi i fronti siano già cambiate ed il soggetto continui nella sua ricerca; a voler essere consequenziali, non potrebbe nemmeno chiamarsi equilibrio poiché è costituito dal costante processo di integrazione che si svolge tra gli opposti poli.

## **1.3 FORME PATOLOGICHE DI LIMITAZIONE DELLO STATO DI BENESSERE**

Nelle pagine precedenti abbiamo visto come è possibile trovare nell'integrazione la caratterizzazione della normalità. Vedremo ora come sia possibile leggere, su un piano puramente fenomenologico, in chiave di carenza di integrazione, alcune delle manifestazioni che vengono classificate come espressione di patologia mentale.

Possiamo rappresentarci graficamente questa chiave di lettura attraverso gli schemi riportati nelle pagine seguenti. Il cerchio piccolo rappresenta l'"Io" (1) ed il cerchio grande il mondo fenomenico con cui può integrarsi a vari livelli; le bande che dal cerchio piccolo si estendono a ventaglio in quello grande rappresentano i vari livelli di integrazione.

Parliamo di mondo fenomenico perchè è quello che a noi consta e quello che attivamente modelliamo nel processo di interazione e di integrazione.

Della vasta gamma che costituisce la patologia mentale, nei grafici riportati, abbiamo voluto scegliere alcuni quadri a livello puramente esemplificativo.

(1) Preferiamo usare il termine "Io", anche se compromesso dall'uso che ne hanno fatto determinate correnti filosofiche e psicologiche, anziché far uso del termine "Se" (Self), perchè riconosciamo all'individuo una certa autonomia sul piano cognitivo e comportamentale; per noi egli non è la pura risultante di influenze ambientali, anche se costituisce se stesso attraverso la costante interazione con l'ambiente. Il termine "io" ci sembra che rifletta meglio questa concezione.

Come in ogni schema, la rappresentazione è necessariamente riduttiva ed imperfetta; serve solo a dare, a livello visivo, una idea più intuitiva dei concetti che si vogliono illustrare.

Lo stato patologico è concepito come un restringimento delle capacità di integrazione dell'"Io" nell'interazione con la realtà. In linea di massima possiamo dire che maggiore è questo restringimento, più grave è lo stato patologico.

Il concetto che la rappresentazione grafica vuole esprimere può essere formulato anche in forma differente: la patologia mentale rappresenta un restringimento, più o meno marcato, del campo esistenziale; al contrario, la normalità è data dalla piena espansione dell'individuo che riesce ad integrarsi ed interagire pienamente con la realtà che lo circonda.

Parlando di livello di integrazione non intendiamo uno stato costante nel tempo, ma un equilibrio dinamico che subisce oscillazioni sotto la spinta di fattori interni od esterni. Analogamente al concetto di regressione della psicoanalisi, un individuo apparentemente normale, in particolari situazioni può regredire ad un livello più arcaico, come se il suo "Io", minacciato da una realtà percepita pericolosa, si restringesse chiudendosi maggiormente in se stesso.

Ovviamente questo modo di rappresentazione deve essere considerato come una chiave di lettura più che un modello interpretativo; tuttavia ci sembra utile tenerlo presente per le applicazioni che può trovare in campo terapeutico.

### **13.1 CARENZA DI INTEGRAZIONE PERCETTIVA: DISSOCIAZIONI SCHIZOFRENICHE**

Quando la difficoltà di integrazione tocca il piano percettivo riscontriamo i disturbi più profondi della personalità, come nelle dissociazioni schizofreniche.

La percezione della realtà (ivi compreso il proprio corpo e parte dei propri processi mentali) è frammentaria e distorta; come se l'"Io" si fosse rinchiuso "nel suo ristretto santuario" operando con la fantasia ed utilizzando degli elementi staccati della realtà stessa. Esce allo scoperto quando percepisce la realtà non ostile, per rinchiuersi nuovamente quando essa gli appare minacciosa.

Le difficoltà percettive possono portare alla confusione tra mondo interno ed esterno; se i contenuti interni si fanno troppo intensi ed intollerabili, vengono proiettati al di fuori nelle allucinazioni e confusi con gli elementi che provengono dalla realtà esterna.

La difficoltà di integrazione percettiva coinvolge gli altri livelli: confusione tra concetti, come alterazione dei processi logici; fra idee e risonanza emotiva; fra pensiero e comportamento...

Queste manifestazioni possono presentarsi in varia misura secondo che il soggetto riesca ad integrare più o meno il proprio mondo percettivo in se stesso e col proprio "Io".

## **13.2. CARENZA DI INTEGRAZIONE IDEATIVA: DELIRI PARANOICALI.**

Parliamo di carenze di integrazione a livello ideativo quando i processi percettivi sono ben integrati e quindi la realtà è percepita in maniera abbastanza oggettiva; le conclusioni che se ne traggono sono però abnormi ed organizzate in un sistema delirante.

Ogni dato proveniente dalla realtà si presta a diverse interpretazioni: la persona normale sceglie quella che meglio si integra ed armonizza col contesto; il paranoico, mancando della capacità di tenere presente tutto il contesto, sceglie quella interpretazione che concorda con il suo delirio.

Nei deliri paranoicali il ragionamento è strettamente consequenziale, manca però la visione dell'insieme; l'attenzione è focalizzata sulla singola o sulle poche idee che costituiscono il delirio, senza possibilità di un esame critico alla luce del contesto globale.

In altri termini, l'idea od il sistema delirante conserva la sua autonomia senza integrarsi con gli altri dati provenienti dalla realtà che siano in contrasto con il delirio stesso; nei casi più gravi l'interpretazione degli altri dati può venire "forzata" per farla quadrare col delirio; al limite anche la percezione stessa può venire alterata slittando in tal modo nei casi precedentemente considerati (schizofrenia paranoide).

### **13.3. CARENZA NELLA INTEGRAZIONE DEL TONO DELL'UMORE: STATI DEPRESSIVI O MANIACALI.**

Negli stati depressivi, a prescindere dalla loro collocazione nosografica, possiamo distinguere due componenti:

- A. Il contenuto ideativo
- B. La focalizzazione affettiva

A. I contenuti ideativi sono selettivamente costituiti da pensieri penosi, che possono oscillare da considerazioni tratte da elementi reali a proiezioni di propri fantasmi, fino a giungere al delirio.

Caratteristica della depressione è l'incapacità a distogliere l'attenzione da questi pensieri e di non riuscire ad integrarli nel contesto più vasto della realtà.

Un evento sgradevole resta dominante, incombente, al punto che tutta la vita è vista e concepita in funzione di quell'evento; l'ideazione è così ristretta ad uno o a pochi temi, sempre penosi, sui quali il soggetto si fissa in atteggiamento a volte stuporoso.

B. La focalizzazione affettiva avviene esclusivamente sulla polarità negativa dell'evento.

Qualsiasi situazione si verifichi, anche la più penosa, presenta in genere una duplice polarità: accanto all'aspetto negativo della perdita se ne potrebbe ravvisare qualche altro a sfondo positivo, come ad esempio un'occasione per ristrutturare in modo diverso la propria esistenza.

Il depresso è nell'incapacità non solo di integrare le due polarità, ma di prendere anche in considerazione l'esistenza di una possibile polarità positiva.

Negli stati di eccitazione maniacale si verifica una situazione opposta: l'attenzione vivacemente si sposta sui vari contenuti gradevoli senza fissarsi su nessuno, come per paura di potervi scoprire qualcosa di spiacevole; di ogni oggetto è colto superficialmente l'aspetto euforizzante che viene rapidamente generalizzato.

Anche in questo caso è facile scorgere un'incapacità di integrazione delle connotazioni affettive che la realtà presenta.

13.4 Carezza di integrazione tra emozioni ed oggetti: reazioni fobiche.

Nelle reazioni fobiche, determinati oggetti, animali o delle situazioni provocano reazioni emotive (paura, ansia) abnormi.

Possiamo concepire il disturbo come un'assenza di integrazione tra oggetto ed emozione.

La reazione ansiosa, nei casi di fobie, non è dovuta all'oggetto o alla situazione in quanto tale, ma alla rappresentazione simbolicamente evocata.

Il modello esplicativo può essere diverso secondo che si voglia interpretare l'oggetto e la situazione come rappresentazione inconscia di un pericolo da cui ci si difende o si voglia attribuire la reazione emotiva alla polarizzazione dell'attenzione su anticipazioni fuorvianti di pericoli temuti nel passato ma estranei all'attuale contesto o vi si voglia vedere più semplicemente una forma di apprendimento.

In ogni caso l'integrazione tra oggetto o situazione attuale e reazione emotiva è alterata o quanto meno sproporzionata.

### **13.5 Carenza di integrazione dello spazio emotivo: suggestionabilità isterica.**

Nella suggestionabilità isterica l'attenzione e la conseguente reazione emotiva abnorme sono polarizzate su un aspetto della situazione attuale o su una parte del proprio corpo.

L'isterico perde di vista l'insieme della realtà per focalizzare un dettaglio sul quale investe tutta la carica emotiva.

Il dettaglio focalizzato è sempre connesso con qualcosa che egli vive come minacciosa per la propria sicurezza od integrità e le reazioni sono abnormi e teatrali. Quando l'oggetto di apprensione è una parte del proprio corpo, questo viene investito da una carica emotiva tale da determinare alterazioni funzionali, sensitive, motorie o viscerali.

Al di fuori del contesto focalizzato, l'isterico può anche apparire indifferente e cinicamente anaffettivo.

Tutto si verifica come se l'isterico fosse incapace di investire, nelle giuste proporzioni, la sua emotività in tutta la realtà esterna: restringendo lo spazio aumenta l'intensità delle reazioni in quel settore.

### **13.6 Carenza di integrazione degli stimoli: irritabilità nevristenica.**

Quando non si riescono ad arginare ed integrare i vari stimoli sensoriali dai quali si è raggiunti si possono avere delle reazioni abnormi ad essi come nell'irritabilità dei soggetti nevristenici.

La persona normale è costantemente raggiunta da una molteplicità di stimoli che le pervengono tramite gli organi di senso; abitualmente ne seleziona alcuni, valutati in quel contesto più significativi, ed oppone una certa barriera ai restanti che vengono a costituire momentaneamente come un sottofondo. Ad ogni mutamento della situazione con un meccanismo quasi automatico, opera una nuova selezione focalizzando altri stimoli che elabora e con i quali interagisce.

Nel nevristenico la capacità di selezionare, elaborare, coordinare od arginare i vari stimoli è notevolmente ridotta: come se il cervello non riuscisse a fronteggiare la notevole mole di informazioni che gli giungono e con facilità andasse in "tilt", reagendo in maniera abnorme.

Si tratta quindi di difficoltà nella gerarchizzazione ed integrazione degli stimoli, anche se il mondo percettivo, a differenza di quanto avviene nello schizofrenico, resta sostanzialmente integro.

### **13.7 Carenza di integrazione tra motivazioni: instabilità comportamentale**

Quando le motivazioni, più o meno coscienti, che spingono l'individuo all'azione, non sono ben integrate fra di loro si ha l'incoerenza, l'instabilità del comportamento e "l'inconcludenza".

Non intendiamo, in questa sede, addentrarci nelle polemiche sul concetto di motivazione che coinvolgono gli orientamenti comportamentistici, cognitivisti e psicodinamici. Nel nostro punto di vista intendiamo attribuire un certo ruolo sia ai motivi coscienti, sia alle spinte inconsce che portano l'individuo al comportamento manifesto.

Le situazioni esterne in cui l'individuo viene a trovarsi e gli stimoli conseguenti lo spingono a dei comportamenti che si presenterebbero incoerenti se non ci fosse in lui una funzione regolatrice che ne assicuri la coerenza e la continuità.

Qualunque sia la natura ed il meccanismo di azione, questa funzione regolatrice tende ad integrare nell'individuo le varie possibili motivazioni gerarchizzandole e rendendole continue nel tempo.

Una carenza in questo processo subordina il comportamento dell'individuo alla motivazione dominante nel singolo momento; motivazione che, priva di un quadro costante di riferimento, è soggetta a cambiare sotto la spinta di fattori esterni e di pulsioni interne. Ne segue una condotta inquadrabile nell'instabilità comportamentale.

### **13.8 Carenza di integrazioni dei valori: devianza morale.**

Nella devianza morale è carente una scala di valori coerente, che si armonizzi coi valori del contesto culturale in cui l'individuo vive e tale da permettere la serena convivenza civile.

Ci sembra importante sottolineare il duplice aspetto dell'integrazione dei valori: l'esistenza di una scala di valori ben integrata e coerente; l'integrazione con i valori condivisi dalla cultura in cui si vive.

Nel primo caso la carenza sfocia nell'amoralità; una carenza nel secondo aspetto porta l'individuo alla asocialità o quanto meno al disadattamento.

Col termine "valori" intendiamo la sedimentazione delle conquiste dell'umanità nel faticoso cammino del progresso, a prescindere dalle mode di un particolare contesto storico o dall'ideologia dominante in un contesto sociale.

L'integrazione dei valori non esclude una posizione dialettica nei riguardi del pensiero o dell'ideologia dominante in un certo contesto, proprio perchè il concetto di integrazione non è accettazione passiva ma interazione attiva.

Non si considera, ad esempio, deviante propugnare il mutamento di un ordine costituito o di un certo costume di vita; è deviante la messa in atto di un comportamento contrario alla comune coscienza morale quale sarebbe ad esempio la deliberata uccisione di innocenti per raggiungere il mutamento propugnato.

## **1.4 CAUSE DI LIMITAZIONE DELLO STATO DI BENESSERE**

Le cause di limitazione dello stato di benessere e quindi di disagio psichico, possono essere molteplici e non riducibili, a nostro avviso, ad una categoria o ad un unico modello esplicativo. Purtroppo in questo campo si è verificato un fenomeno che non ha certo contribuito a portare chiarezza e ad agevolare la collaborazione tra gli studiosi.

Ogni scuola è partita da intuizioni fondate, ed a volta geniali; ha quindi generalizzato costruendo, sulle iniziali scoperte, oltre che una prassi terapeutica, un sistema esplicativo dell'intera vita psichica, se non proprio una Weltanschauung. A leggere gli scritti delle varie scuole, anche se di grandissimo interesse, si ha spesso l'impressione che i loro autori vogliano costringere i fatti entro un letto di Procuste, in omaggio ad un atto di fede nel loro sistema esplicativo.

Ogni apertura ad altre teorie è condannata come eretica, se proposta da un membro della propria scuola, o tacciata di eclettismo (dando a questo termine una connotazione negativa) se proposta da "aconfessionali".

Noi siamo convinti che allo stato attuale sarebbe una forzatura voler ridurre l'eziologia di tutti i possibili disagi psichici ad un unico modello esplicativo, anche se possiamo ravvisare nella carenza di integrazione l'elemento comune a tutti i modelli.

Nelle pagine seguenti tenteremo di schematizzare il nostro modo di vedere sulle possibili cause di disagio, senza alcuna pretesa di voler essere completi od esaurienti.

E' ovvio che le varie cause non si escludono reciprocamente; si può anzi asserire che difficilmente un disagio è determinato da una causa unica.

Quelle che chiameremo cause possono essere concepite come dei punti modali emergenti da una situazione globale per diversi aspetti deficitaria.

Spesso possiamo paragonare lo stato di disagio ad un iceberg in cui la parte emergente è minima rispetto alla massa totale del ghiaccio, circa otto volte più grande: la causa dominante del disagio può rappresentare solo un aspetto, forse quello più superficiale, di uno stato generale di malessere.

Da qui la necessità di non fermarsi, nelle indagini eziologiche, all'esame della causa più evidente, tanto meno a quella che meglio quadra con la propria teoria, ma di approfondire la ricerca in tutte le possibili altre direzioni.

Una grossolana distinzione delle cause di disagio psichico potrebbe essere tra fattori organici (ereditari, congeniti, intervenuti dopo la nascita), fattori connessi con la "storia" dell'individuo e fattori connessi con situazioni recenti o attuali.

La distinzione è puramente teorica e artificiosa perchè con molta frequenza un fattore attuale diventa patogeno solo se trova un terreno fertile nella predisposizione organica e/o nella storia dell'individuo; viceversa dei fattori organici o degli eventi psichici remoti, anche se hanno avuto un peso determinante nella strutturazione della personalità, possono non provocare disagi evidenti se l'equilibrio non viene turbato da situazioni attuali destabilizzanti.

Le varie scuole, pur non ignorando questa constatazione, tendono ad enfatizzare l'uno o l'altro di questi aspetti, sottovalutando quanto non rientra nel loro modello esplicativo e proponendo dei sistemi di terapia rigidamente consequenziali.

Dal nostro punto di vista i vari fattori agiscono come concause fra le quali, nei singoli casi, una può apparire, od essere, prevalente sull'altra, senza che tuttavia, da sola, abbia solitamente un peso determinante.

## 14.1 Limitazione del benessere connesse con fattori organici.

Non intendiamo addentrarci in questo argomento perchè di stretta competenza psichiatrica.

Specie nel passato, era tanto di moda la pretesa di trovare nei fattori organici la spiegazione di qualsiasi disagio psichico; probabilmente questo orientamento era connesso con l'euforia determinata dalle grandi scoperte dell'ultimo secolo in campo biologico ed alla viscerale reazione a tutto quello che veniva sdegnosamente etichettato come "mentalismo".

Pur non volendo affrontare espressamente un problema tanto complesso, riteniamo opportuno richiamare alla mente alcuni concetti che potrebbero sembrare elementari ma che spesso vengono ignorati:

1) Esistono dei disagi psichici ad eziologia chiaramente organica (vedi ad esempio le psicosi organiche); possiamo ipotizzare l'esistenza di altri disturbi ad eziologia organica non ancora conosciuta; sarebbe però un errore logico di generalizzazione indebita asserire che tutti i disagi psichici siano di origine organica, invocando meccanismi ancora da scoprire

2) Esiste una certa correlazione fra disagi presentati da vari membri della stessa famiglia. Sarebbe un grossolano errore parlare, "sic et simpliciter", di ereditarietà.

I membri della stessa famiglia hanno in comune, oltre ai fattori genetici, il contesto in cui sono vissuti e le numerose ricerche in tal senso evidenziano il grande peso dei fattori ambientali.

3) Si vanno scoprendo dei correlati organici a stati psichici: anche qui sarebbe un banale errore parlare semplicemente di eziologia organica del corrispettivo stato psichico. Una forte paura è correlata ad un aumento del

tasso di adrenalina nel sangue; ciò non significa che la paura sia determinata dall'adrenalina e non dal terremoto, anche se il tramite fra le varie reazioni organiche alla paura sia l'adrenalina stessa.

4) Determinati stati psichici sono modificabili con farmaci; ciò non significa che il farmaco possa risolvere gli eventuali problemi che hanno determinato nell'individuo quello stato. Un analgesico può alleviare il dolore provocato da una frattura, nessuno pensa però che l'analgesico guarisca la frattura!

L'elenco potrebbe continuare; noi intendiamo concludere riconoscendo la necessità della presenza del medico, per gli aspetti di sua competenza, nell'équipe che si occupa di alleviare gli stati di disagio, anche se l'approccio psicologico si scosta sostanzialmente dal modello medico.

## **14.2 Limitazione del benessere connessa con esperienze remote nella vita dell'individuo.**

E' innegabile che le esperienze attraverso le quali un individuo è passato dalla nascita, o forse dalla vita fetale, all'età adulta incidano notevolmente sull'origine di molti stati di disagio, siano questi costituiti da modi abituali di agire (p.e. disordini caratteriali), siano anomalie che insorgono in un dato momento della vita (p.e. alcune forme di crisi esistenziali, reazioni nevrotiche o psicotiche...).

Delle modalità con cui il bambino e più tardi l'adolescente vivono il rapporto col proprio corpo o con la realtà esterna possono lasciare una tendenza a certi schemi di comportamento che persisteranno nella vita adulta o ai quali l'adulto regredirà in particolari situazioni.

Anche le singole esperienze, traumatiche o meno, non bene integrate, possono lasciare tracce profonde ed influenzare il comportamento seguente.

Pensiamo che tutti siano concordi in queste constatazioni; quello che differenzia le varie scuole è il diverso peso che esse danno agli avvenimenti remoti nell'eziologia dei disturbi attuali ed il modello esplicativo delle connessioni tra eventi remoti e disagi attuali.

Elencheremo, senza voler entrare nei dettagli, i più comuni di questi modelli, notando che, pur restando concettualmente distinti, alcuni di essi sono fra loro parzialmente sovrapponibili:

- Formazione di condizionamenti o apprendimenti
- Strutturazione di schemi cognitivi
- Strutturazione di particolari modalità nei rapporti affettivi
- Intralci nell'evoluzione psichica dell'individuo
- Formazione di dinamiche inconsce che determinano, o quanto meno, influenzano il comportamento attuale.

### **14.3 FATTORI CONNESSI CON SITUAZIONI RECENTI O ATTUALI**

Chiunque abbia esperienza di lavoro clinico sa che gli utenti con una certa frequenza connettono, almeno temporalmente, l'inizio dei loro disturbi con un qualche avvenimento, ai loro occhi stressante o traumatizzante.

A prescindere dalla fondatezza o meno, nei singoli casi, di tali connessioni a livello eziologico, è indubbio che delle situazioni recenti o attuali possano avere un'influenza più o meno determinante sui disagi che in atto vivono.

Possiamo, a livello paradigmatico, citare alcune di queste situazioni:

1. Situazioni prolungate o di frequente ripetersi di eventi che provocano nell'individuo stati di tensione. Ci sembra superfluo sottolineare che non necessariamente debba trattarsi di situazioni o eventi obiettivamente gravi: ciò che può rendere la situazione o gli eventi patogeni è il vissuto soggettivo. Viceversa, situazioni obiettivamente pesanti possono non essere patogeni se bene integrate in un contesto gratificante per l'individuo.

2. Rapporti interpersonali inadeguati perchè vissuti o come minaccia alla propria sicurezza o frustranti o, più in generale, come fonte di pericoli. Terreno di elezione per la patogenità dei rapporti interpersonali è l'ambiente familiare.

3. Eventi accidentali, quali: un malessere caratterizzato da un senso di panico o particolarmente significativo per il contesto in cui è vissuto; un evento spiacevole accaduto a un congiunto o a persona a cui si è affettivamente legati; in generale fatti particolarmente significativi o per la loro natura o per le circostanze in cui avvengono o per quanto rievocano, sia pure inconsciamente.

Anche per questo genere di fattori le varie scuole si differenziano per il peso ad essi attribuito e il meccanismo patogenetico che vi viene ravvisato.

## 2. LE MODALITA' DI INTERVENTO

Negli ultimi decenni si è assistito ad un proliferare di scuole di psicoterapia, ma anche ad un fenomeno estremamente penoso: la chiusura in cui le varie scuole vivono.

Ognuna di esse si crede depositaria della verità e non si cura di stabilire alcun rapporto di comunicazione e di scambio con scuole di orientamento differente; a volte non ci si cura nemmeno di studiare seriamente orientamenti diversi, convinti che col proprio sistema si possano curare tutti i possibili disturbi psichici.

Chiunque però si occupi di psicoterapia con una certa coscienza è in grado di prendere atto di due costatazioni:

A. Non esiste alcun sistema di psicoterapia che, applicato in maniera rigida, possa indifferentemente risolvere tutti i problemi psicologici posti dai diversi individui. Nell'ambito di ogni scuola, gli esponenti più avveduti reclutano accuratamente i casi che si sogliono avvantaggiare dalla loro tecnica, etichettando gli altri come casi intrattabili. C'è anche da dire che a volte un intervento con tecniche non adeguate può costituire un palliativo oppure comportare un dispendio inadeguato ai risultati che si vogliono o che si possono ragionevolmente ottenere.

B. Analizzando gli interventi di psicoterapeutico di vario orientamento, che abbiano in comune una lunga esperienza, si nota una tendenza ad una certa uniformità. Ciò significa che, indipendentemente dalle premesse teoriche e dai modelli interpretativi, chi ha una buona esperienza di lavoro riesce a cogliere gli aspetti che in quel dato momento possono rivelarsi utili all'individuo. Pur servendosi del proprio modello teorico come quadro di riferimento, egli non perde di vista l'individuo con cui interagisce.

Alla luce di queste considerazioni, nel nostro Istituto, nel corso dei venti anni di attività già compiuti, si è andato delineando un duplice orientamento:

1. Ciascuno degli psicologi e psichiatri che compongono l'équipe psicoterapeutica - attualmente quindici operatori - ha seguito la sua preparazione scegliendo la scuola a lui più congeniale e continuando l'approfondimento nella direzione prescelta: gli orientamenti fin ora seguiti dai vari operatori sono: psicoanalitico, rogersiano, relazionale, cognitivistico e comportamentale.

2. Con una certa frequenza ci riuniamo, tutta l'équipe o in gruppi, secondo la necessità, sia per l'ordinaria discussione dei casi nel cui trattamento sono implicati più operatori, sia a livello di studio dei problemi posti dal lavoro terapeutico. Periodicamente gli incontri sono allargati a studiosi esterni, anche di altre discipline, per affrontare problemi di più ampio respiro.

Scopo di queste scelte è di far tesoro degli apporti delle varie scuole e nello stesso tempo di delineare gradualmente un orientamento comune sia a livello di principi ispiratori, sia come prassi terapeutica.

Abbiamo voluto denominare questo nostro orientamento col termine integrazionale per un doppio ordine di motivi: sia perchè tende ad integrare in una prassi terapeutica unitaria tecniche messe a punto da sistemi differenti, sia perchè si propone come obiettivo aiutare l'individuo a raggiungere la sua normalità attraverso il processo di integrazione a tutti i livelli, coerentemente a quanto esposto nella prima parte.

Il presente articolo, inizio di una serie di contributi che la rivista *Biopsyche* si propone di portare alla conoscenza dei colleghi e del pubblico, rappresenta il primo tentativo di esporre in forma organica le tappe fin ora raggiunte.

Illustreremo nelle pagine seguenti la "particolare esperienza di rapporto umano" che costituisce la modalità di intervento terapeutico, così come tende a delinarsi all'interno del nostro gruppo; teniamo a sottolineare che si tratta di una prassi in corso di evoluzione e non di una tecnica già standardizzata; varia quindi secondo le esigenze dei singoli casi ed alla luce dell'esperienza che andiamo maturando.

L'esposizione che seguirà non pretende in alcun modo di fornire strumenti operativi circa la nostra prassi operativa, ma informare il lettore su quelli che sono gli orientamenti ai quali si è finora pervenuti. Il frequente uso del "noi" intende solo sottolineare che con l'esposizione del nostro punto di vista non intendiamo affatto mettere in discussione la veridicità di altri orientamenti: noi operiamo in questo modo, ma nello stesso tempo rispettiamo l'operato degli altri.

Sarà nostra cura continuare a pubblicare nelle pagine di questa rivista i nuovi orientamenti che l'esperienza ci andrà suggerendo.

L'intervento in favore di un utente che presenta uno stato di disagio e che si rivolge al nostro Istituto idealmente comprende quattro fasi, in successione logica, e indipendentemente dal numero di sedute di ciascuna fase.

Esponiamo sinteticamente l'articolazione di queste fasi dando una panoramica dei problemi che ciascuna di esse pone.

## **2.1 INCONTRO**

Il primo incontro, preceduto da appuntamento telefonico, avviene di solito col Direttore dell'Istituto, che è l'operatore più anziano, tranne che l'utente non faccia richiesta di parlare con una persona diversa.

Sebbene il primo colloquio abbia, per necessità di cose, un carattere esplorativo, si tiene costantemente presente l'obiettivo di stabilire il rapporto di empatia che dà inizio a quella "particolare esperienza di rapporto umano" che aiuterà l'utente a superare il suo stato di disagio.

Il colloquio si svolge senza uno schema prestabilito in modo di dare all'utente la possibilità di esprimere pienamente il proprio stato, così come è soggettivamente vissuto.

## **21.1 Stabilire un rapporto di comunicazione empatica**

Obiettivo prioritario da raggiungere nell'ambito del primo incontro è quello di stabilire un rapporto di empatia, di comunicazione e di fiducia con l'utente.

Ricordiamo la funzione della comunicazione è di trasmettere il proprio sistema di informazione per poter strutturare e mantenere un rapporto in relazione agli obiettivi che si intendono raggiungere; si rende quindi indispensabile curare fin dall'inizio una corretta impostazione di questo aspetto basilare.

Le modalità di trasmettere le proprie informazioni è legata a codici verbali e non verbali; la comunicazione verbale è sotto il controllo dell'attenzione; mentre quella non verbale sfugge almeno parzialmente, ad essa, col vantaggio di eludere più facilmente eventuali resistenze.

Possiamo sintetizzare questi concetti in quattro aspetti che servono come punti di riferimento:

### **211.1 ACCETTAZIONE DELL'UTENTE**

L'accettazione incondizionata dell'utente e la dimostrazione di una tale accettazione possono avvenire attraverso una serie di messaggi verbali e non verbali:

- non fare uso di camice;
- chiamarlo personalmente (e non introdotto dalla segretaria!) dalla sala d'attesa e per nome;
- scusarsi per un eventuale ritardo sull'orario;
- riconoscergli un suo spazio;
- rispettare un suo eventuale turbamento;
- non dimostrare fretta nel conoscere il motivo della sua venuta;
- non dimostrarsi impazienti se si dilunga in discorsi prolissi e marginali;

- insistere cortesemente di voler parlare direttamente con l'utente e non con gli accompagnatori, specie se questi vogliono farlo prima, senza di lui;

- non prender appunti quando riferisce fatti che per lui potrebbero essere imbarazzanti;

- non guardare con insistenza l'orologio;

- non congedarlo se ha appena acceso una sigaretta, se non ha finito un discorso intrapreso, o se in un qualche modo mostra di avere ancora qualcosa da dire;

- alla fine del colloquio, non dimostrare fretta a congedarlo salutandolo o dirigendosi alla porta prima che egli abbia preso eventuali suoi oggetti o indossato il cappotto.

Sono questi degli esempi di messaggi di accettazione dell'utente.

## **211.2 DIMOSTRAZIONE DI CAPIRE IL PROBLEMA DELL'UTENTE**

Ogni buon operatore sociale sa che non esiste un problema in astratto, ma una persona che vive, in modo strettamente soggettivo e irripetibile, una determinata situazione personale, spesso gravitante attorno ad un problema più o meno definito.

E' fondamentale, per un buon rapporto terapeutico, che l'utente abbia la netta percezione che l'operatore capisca il suo problema; non semplicemente che si tratti, ad esempio, di una fobia, ma si sia reso conto dello stato di disagio che egli vive per la limitazione che la fobia pone al suo comportamento.

Una comprensione profonda comporta che l'operatore si sintonizzi con l'utente sul piano emotivo calandosi, per quanto è possibile, nella sua realtà soggettiva per vivere assieme a lui i suoi stati emotivi, pur non lasciandosi coinvolgere per non perdere l'obiettività nella valutazione della situazione; nello stesso tempo l'operatore dovrà dimostrare autenticamente il proprio vissuto in modo da poter stabilire quel profondo rapporto di comunicazione che, per poter essere tale dovrà essere dialogico.

Per raggiungere questo obiettivo non basta rassicurare l'utente con generiche espressioni, né limitarsi a ripetere le ultime battute da lui pronunciate. E' necessario lasciarlo parlare liberamente; considerare tutte le sue espressioni, verbali e non verbali, un tentativo di mostrare il proprio vissuto attraverso il bisogno o il rifiuto di comunicare; di tanto in tanto puntualizzare ciò che lui stesso ha detto, traducendo in forma più esplicita e più chiaramente ciò che egli, anche implicitamente ha espresso, mostrando che si fa questo per assicurarsi di aver capito bene.

Può capitare che l'operatore non riesca a vivere gli stati emotivi dell'utente connessi ai fatti da lui raccontati, trattandosi di reazioni abnormi ai fatti stessi; in casi del genere l'operatore dovrà continuare ad essere autentico esprimendo che capisce che egli soffre tanto, anche se non si rende conto del perchè, non riuscendo a vedere la proporzione fra i fatti ed una tale reazione emotiva.

L'utente deve costantemente percepire che l'interlocutore si occupa di lui, non pensa ad altro ed ha effettivamente capito il suo problema.

### **211.3. ALLEANZA TERAPEUTICA.**

Capito il problema in tutte le sue sfaccettature, l'operatore stabilisce un'alleanza terapeutica col cliente dimostrando che è disposto ad aiutarlo, come è stato disposto a capirlo. Aiutarlo significa mettersi dal suo punto di vista e dalla sua parte; non dalla parte dei genitori o dei familiari od in genere dalla parte degli altri.

E' lui che si rivolge all'Istituto per chiedere un aiuto, ha quindi il diritto a stabilire lui stesso l'alleanza e non altri per lui, o peggio, altri per i loro interessi.

Alleanza terapeutica significa solo mostrare tutta la propria disponibilità all'aiuto, non scendere a semplicistiche promesse di "guarigione", anche se ciò è ragionevolmente prevedibile; il motivo di questa precauzione è duplice: prima di tutto evitare che l'utente si adagi in una passiva attesa di "guarigione taumaturgica" da parte dell'operatore "nelle cui mani" si è affidato (l'espressione è ricorrente da parte degli utenti!); in secondo luogo perchè spesso, specie quando si è tratto un vantaggio

secondario dal disagio, l'idea della "guarigione" sgomenta e fa aumentare le resistenze. Non è raro infatti il caso dell'utente che venga solo per dimostrare, a se stesso e agli altri, l'impossibilità di una guarigione; in casi simili una ingenua promessa in tal senso determina o una reazione di sfida o l'abbandono del trattamento.

#### **211.4. ALLARGAMENTO DELL'ALLEANZA ALL'ÉQUIPE**

L'operatore con cui l'utente ha stabilito il contatto rappresenta in quel momento l'intera équipe dell'Istituto: è tutta l'équipe a disposizione dell'utente.

Questo concetto viene espresso attraverso l'uso del "noi", quando è il caso, e attraverso tutti gli accenni che possono servire allo scopo.

L'utilità di una simile prassi è di preparare l'utente ad un eventuale intervento di altri operatori, qualora se ne ravvisasse l'utilità, e di dare maggiore sicurezza attraverso la constatazione che è una intera équipe a seguirlo. Ovviamente ciò va fatto con oculatezza perchè non sempre incontra il suo gradimento.

Nei casi in cui si rivelano utili delle indagini psicodiagnostiche questo tipo di alleanza trova la sua prima applicazione, poiché queste indagini vengono condotte da altri operatori, specializzati in questo settore. L'invito a sottoporvisi viene motivato con le considerazioni più adatte al caso; spesso facciamo osservare che di lui non conosciamo nulla oltre quello che ci ha esposto nel colloquio appena concluso e che potrebbero essere utili, per la comprensione del caso, altri dati ricavabili attraverso una batteria di tests; in ogni caso si rassicura che si tratta di indagini puramente tecniche e che non dovrà ripetere ad altri la sua storia.

## **212 Raccogliere i dati utili per la formulazione della prima ipotesi.**

Il secondo obiettivo da raggiungere nell'ambito del primo incontro riguarda i contenuti: avere più informazioni possibili ma nello stesso tempo nella maniera più genuina e senza aggravare ulteriormente il disagio dell'utente.

L'ordine da seguire non è prestabilito ed il colloquio si svolge con tono di conversazione blandamente guidata. Possiamo articolare nei seguenti punti questi concetti e gli elementi da esplorare:

### **212.1 NON AGGRAVARE ULTERIORMENTE IL DISAGIO DELL'UTENTE.**

L'utente che si rivolge all'operatore con una richiesta di aiuto presenta solitamente una notevole fragilità e vulnerabilità; si richiede da parte dell'operatore molta sensibilità e molto tatto per non peggiorare la situazione.

Anche in campo psicologico è valido l'assioma che deve regolare ogni intervento terapeutico: *primum non nocere*.

Particolare attenzione dovrà essere usata circa la comunicazione da fare all'utente su tendenze inconse rilevate dall'operatore o interpretazioni di motivi inconsci del suo comportamento.

Lo scopo dei primi incontri è quello di raccogliere elementi per una ponderata decisione sul tipo di intervento da programmare e di predisporre l'utente alla attuazione pratica dell'intervento concordato. L'aiutare a prendere coscienza di contenuti inconsci è qualcosa da fare a terapia inoltrata e quando l'utente è in grado di sostenerlo.

Da non dimenticare che un contenuto è, e si mantiene, inconscio perchè disturberebbe il soggetto se affiorasse al livello di coscienza; non è raro che una incauta comunicazione od anche un semplice accenno a

contenuti inconsci suscitati reazioni di difesa, di fuga dal trattamento o di angoscia.

Anche a livello di semplice indagine occorre essere cauti nell'indagare sui problemi che toccano tali livelli.

Un intervento maldestro, anche se a scopo esplorativo, può quindi, non solo compromettere il rapporto terapeutico, ma anche aggravare notevolmente lo stato di disagio che si vorrebbe alleviare.

### **212.2 NON INFICIARE L'ESPOSIZIONE CON DOMANDE SUGGESTIVE.**

Nell'ambito del primo colloquio noi preferiamo limitarci a prendere atto di quello che l'utente espone, spontaneamente o sollecitato con generiche domande stimolo ed a chiedere precisazioni evitando accuratamente ogni domanda suggestiva.

Non sono rari i casi di utenti che "costruiscono" la loro sintomatologia attraverso zelanti domande dell'operatore che ha formulato frettolosamente una ipotesi ed altrettanto frettolosamente la vuole validare.

Noi preferiamo dedicare tutto il primo colloquio e, se il caso lo richiede, anche un secondo, alla raccolta di dati nella maniera più genuina che sia possibile; non ci interessa di "stupire" l'utente "indovinando" altri sintomi che non ha riferito e che lui stesso confermerà, anche convincendosene, per gratificarci o per destare in noi maggiore interesse o per altri motivi più o meno evidenti!

Preferiamo riservare le domande che portano a completare il quadro e a verificare le ipotesi alla seconda fase dell'intervento.

Regola generale da noi adottata nel fare le domande è di non lasciar trasparire la risposta che eventualmente ci attenderemmo e di non enfatizzare la domanda stessa facendo capire che attribuiamo un nesso importante tra quello che stiamo chiedendo ed il disturbo che l'utente presenta

Può capitare che sia l'utente stesso a chiedere che nesso abbiano le nostre domande coi suoi disturbi: rispondiamo genericamente che tutte le informazioni possono essere utili per la comprensione della situazione.

In questo contesto è opportuno accennare ad un altro pericolo nel quale con una certa frequenza si può incorrere.

Spesso capita che l'utente inizi il suo discorso parlando di un problema che potrebbe avere una risposta immediata; l'operatore, specie se è l'utente, anche implicitamente, a richiederlo, è facilmente tentato, cedendo alla propria ansia o alla propria inesperienza, di dare subito una risposta o un consiglio. Questo tipo di impostazione del rapporto porta ad incanalare il discorso in un argomento particolare senza che vi siano gli elementi necessari per affrontarlo in un contesto più ampio; in realtà, solo alla luce di tutto l'insieme è possibile cogliere il problema particolare nel suo preciso significato ed analizzarlo adeguatamente.

Di più, le modalità con le quali si tratta quel primo argomento possono pregiudicare le ulteriori indagini miranti a conoscere l'insieme della situazione; la raccolta dei dati che seguirà rischia di non essere più genuina ma influenzata dalle prime risposte dell'operatore.

D'altro canto, è buona norma quella di astenersi da qualsiasi intervento particolare prima di avere formulato una strategia terapeutica generale.

### **212.3 RILEVAZIONE DEI DATI E FOCALIZZAZIONE DEI FATTORI DI DISAGIO.**

Pur tenendo presenti i fattori esposti al paragrafo precedente, bisogna indagare accuratamente per formarsi un quadro del disagio vissuto dall'utente e dei fattori ad esso connessi.

Partendo dal presupposto che il disagio è una limitazione dello stato di benessere, e non una entità a sé stante, fin dal primo incontro tentiamo di dare più spazio al benessere da ampliare, in modo che il disagio regredisca.

A questo proposito si pone a volte un dilemma che l'operatore sociale dovrebbe tenere costantemente presente:

A. Essendo l'obiettivo ampliare lo stato di benessere è opportuno tener d'occhio per il minimo indispensabile il disagio e solo nella misura in cui ciò è necessario per definirlo, circoscriverlo e farlo regredire.

Focalizzare troppo l'attenzione su di esso potrebbe significare ingigantirlo ed a volte svolgere un'azione parallela a quella che mette in atto la famiglia facendo da "cassa di risonanza" agli stati emotivi del congiunto.

B. D'altro canto non dare sufficiente spazio all'analisi del sintomo potrebbe portare a sottovalutarlo ed a non capire la dinamica profonda.

Inoltre una rassicurazione superficiale potrebbe sminuire nell'utente la motivazione al trattamento.

Un'altro dilemma che ci si vuole porre riguarda se dare più spazio agli stati emotivi, alle impressioni ed in generale ai vissuti o non piuttosto fermare l'attenzione sui fatti concreti. Come si sa, l'atteggiamento è diverso nelle varie scuole e le imposizioni implicano dei grossi problemi di ordine teorico che non intendiamo affrontare in questo momento.

Noi siamo convinti che entrambi gli aspetti meritano un'accurata attenzione, pur tenendo a privilegiare il secondo.

Motivo della scelta è quello di porre le premesse, in una prospettiva terapeutica, per un corretto rapporto con la realtà, arginando, nella misura in cui ciò è possibile ed utile, la proiezione dei propri fantasmi.

Sul piano operativo, lasciamo che sia l'utente ad iniziare l'esposizione del suo problema, ponendo l'accento su ciò che maggiormente lo interessa; anche questa sua preferenza è un dato utile da tenere in considerazione. Al momento opportuno cerchiamo di orientare l'esposizione sui fatti concreti, se non sono stati sufficientemente messi in luce.

La caratteristica dell'utente che parla del suo sintomo è la facile generalizzazione: tranne che per alcuni ossessivi, egli ha difficoltà a circoscriverlo, come se la sua vita fosse dominata dal sintomo stesso.

Superata la fase dell'esposizione spontanea e di un eventuale sfogo emotivo, con opportune e precise domande si chiede, secondo i casi, qual'è il motivo specifico che lo ha spinto ad andare dallo psicologo; cosa esattamente prova nel corso del disturbo; quando il disturbo si manifesta, invitando a precisare la frequenza e l'ora; in coincidenza di quali azioni; in quali luoghi; in compagnia di quali persone; per quale durata; in coincidenza di quali altre azioni scompare; qual'è l'intensità nelle varie circostanze; chi dei familiari e degli amici ne è a conoscenza e cosa ne pensano; eventuali altre cure eseguite, modalità dettagliate di esse, specie se si tratta di interventi di ordine psicologico, e risultati ottenuti, e così via.

E' essenziale, in questa fase, analizzare le richieste esplicite ed implicite dell'utente, fra le quali non sempre c'è coincidenza; intendiamo con richieste implicite quelle che l'utente non formula solo per disinformazione o per mancanza di presa di coscienza del proprio stato.

Spesso si scoprirà, ed è anche l'utente a scoprirlo, che il disagio è più circoscritto di quanto non si potesse immaginare; viceversa, approfondendo il discorso, potrà prendere atto che il vero problema è diverso da quello inizialmente esposto.

In ogni caso si potranno avere molte preziose informazioni per un intervento mirato.

#### **212.4 INDAGINE SULLA STORIA DEL DISAGIO.**

Particolare attenzione va rivolta alle circostanze in cui il disagio è insorto; agli avvenimenti concomitanti o successi immediatamente prima; ad altre situazioni in cui lo stesso o un simile disagio si è manifestato e quale è stato il decorso e l'eventuale superamento in situazioni analoghe; se altri membri della famiglia hanno presentato disturbi simili.

Attraverso questa indagine potranno emergere importanti elementi per la comprensione delle cause e del significato del sintomo, ma soprattutto per poter formulare una prima ipotesi ed impostare correttamente un piano di indagini più approfondite.

#### **212.5 INDAGINI SULLA VITA DELL'UTENTE.**

Esaurite le prime indagini sullo stato di disagio, si invita l'utente a parlare della propria vita.

Le reazioni possono essere diverse: c'è chi liquida l'argomento nel giro di pochi minuti, c'è chi si dilungherebbe per parecchie sedute se non fosse arginato; in presenza di persone eccessivamente laconiche si potrà insistere ponendo delle domande riferite a periodi più significativi.

Si potrà indagare particolarmente su quanto riguarda:

- i rapporti coi genitori e con gli altri familiari dall'infanzia ad ora;
- l'educazione scolastica ed il successivo curriculum;
- l'educazione religiosa ed i successivi interessi in tal senso;
- gli interessi sociali e politici;
- l'evoluzione della vita sessuale ed affettiva;
- l'andamento della vita lavorativa.

Lo scopo di questa prassi è di raccogliere informazioni a più vasto raggio in modo da vagliare su cosa si dovrà più accuratamente indagare in un secondo tempo.

#### **212.6 INDAGINI SULLE ABITUDINI DI VITA.**

Nel condurre il colloquio si cercano di esplorare con un certo tatto, anche se non sistematicamente, le abitudini di vita dell'utente:

- abitudini alimentari
- sonno
- vita sessuale
- vita lavorativa
- tempo libero
- amicizie
- interessi culturali
- interessi sociali
- interessi sportivi

Ogni altro elemento che potrà rivelarsi utile all'indagine.

#### **212.7 INDAGINE SUI VANTAGGI SECONDARI DEL DISAGIO.**

Parlando delle abitudini di vita siamo soliti dare un notevole peso all'esplorazione di eventuali vantaggi secondari tratti dal disagio o che comunque possono contribuire ad alimentarlo.

A questo scopo si può utilmente approfondire l'indagine su cosa ha cambiato il disagio nella vita dell'utente e della famiglia e su che cosa cambierebbe se venisse a cessare.

#### **212.8 INDAGINE SUI RAPPORTI INTERPERSONALI**

Altro aspetto che si tiene presente nel corso del primo incontro è l'indagine sui rapporti interpersonali: coi singoli membri della famiglia attuale e della famiglia d'origine, nell'ambiente del lavoro e nei rapporti sociali in genere.

Parlando dei familiari, ed in particolare dei genitori e delle persone particolarmente significative, siamo soliti invitare l'utente a parlare dei loro caratteri, dei loro atteggiamenti, delle loro idee, secondo che il caso lo richieda.

### **212.9 RACCOLTA DI INFORMAZIONI ATTRAVERSO I FAMILIARI**

Quando l'utente viene accompagnato dai familiari, se il caso lo richiede, un altro operatore parla con loro per raccogliere altre informazioni che possono rivelarsi utili, specie se sono i familiari stessi a richiederlo.

E' regola costante per noi che sia un operatore diverso ad avere questi colloqui (mai lo stesso che parla con l'utente!), anche se si tratta di bambini, e di attenersi alle precauzioni accennate ai paragrafi precedenti.

Il contenuto delle informazioni da richiedere varia secondo l'età dell'utente ed il grado di parentela degli accompagnatori.

Se il caso lo richiede si potrà procedere ad una accurata anamnesi familiare o fisio-psicologica dell'utente e ad una descrizione delle abitudini di vita della famiglia e dei vari membri.

In ogni caso si dovrà indagare su quanto loro conoscono del disturbo, nelle loro risonanze emotive, sulle spiegazioni che loro si danno, sul grado di consapevolezza del disturbo che attribuiscono al membro che lo vive, su ciò che il disturbo ha cambiato anche nella loro vita, sulle loro reazioni al disturbo, sulle loro aspettative dal trattamento, sulla loro disponibilità alla collaborazione, e così via.

Dal discorso potrebbe emergere che sono proprio i familiari la causa del disturbo od anche i portatori del vero problema e che l'utente, per il quale è stato richiesto l'intervento, è solo il paziente designato di una patologia che investe tutto il nucleo familiare.

In casi del genere bisognerà prefiggersi come obiettivo di indurre la motivazione ad una terapia familiare o, quanto meno, a regolari colloqui degli altri membri della famiglia.

Chiaramente, trattandosi di un colloquio libero o blandamente guidato, non potranno essere rilevate tutte queste informazioni e non tutti i dati potranno essere sufficientemente approfonditi; La fase successiva tenderà ad integrare tutte le notizie mancanti.

## **2.2 PUNTUALIZZAZIONE DELLO STATO E DEI MOTIVI DEL DISAGIO.**

22.1 Ogni nuovo utente che si presenta con problemi di una certa complessità rappresenta per noi un'occasione di studio e di ricerca.

Al primo incontro segue spesso una riunione fra l'operatore che ha seguito il colloquio, il collega che eseguirà le indagini psicodiagnostiche ed altri che si pensa possano utilmente intervenire nella discussione. Insieme si formulano le prime ipotesi e si traccia un programma di indagini miranti a verificare le ipotesi fatte o a modificarle se è il caso.

Nei giorni seguenti, mentre l'operatore a ciò addetto esegue le indagini, gli altri approfondiscono il caso attraverso la lettura delle pubblicazioni più recenti esistenti in biblioteca e annotando quanto potrebbe essere utile esplorare ai fini di una sempre più dettagliata focalizzazione dello stato, delle probabili cause e dei possibili interventi.

22.2 Nell'esplorazione della personalità mediante le varie tecniche di psicodiagnostica siamo soliti eseguire per tutti i soggetti delle indagini di routine; per i casi particolari o per approfondire aspetti che hanno bisogno di maggiori chiarificazioni si scelgono di volta in volta i tests più adatti allo scopo.

Le indagini di routine attualmente in uso da noi comprendono:

- Profilo di personalità mediante il VIP - test (Valutazione Integrale della Personalità, questionario da noi elaborato e validato).
- Esplorazione della struttura profonda della personalità, mediante il test di Rorschach.
- Esplorazione delle problematiche vissute, mediante il TAT.

- Esame dell'efficienza mentale mediante il test di intelligenza Wechsler-Bellavue.

22.3 Completate le indagini, l'équipe che si occupa del caso, ridiscute le ipotesi alla luce dei nuovi dati e traccia un dettagliato programma di colloquio guidato, allo scopo di validare o modificare le ipotesi in una triplice direzione: esatta focalizzazione dello stato attuale, analisi delle probabili cause, prognosi sull'esito dei possibili interventi.

22.4 Il colloquio di validazione che ne segue è strettamente guidato, anche se assume la forma discorsiva e non di interrogatorio; viene presentato all'utente come una situazione del colloquio precedente, alla luce dei nuovi dati e dello studio del caso; le domande tendono ad essere precise e si sollecitano risposte altrettanto precise e circostanziate, in modo che non sussistono dubbi. In questa prospettiva si rivede anche la lista degli argomenti elencati parlando del primo incontro; si potrà così integrare l'indagine formulando le domande che in quella circostanza erano state omesse, chiarendo tutti i punti che non erano stati sufficientemente approfonditi o quelli che, alla luce di quanto successivamente emerso, pongono nuovi interrogativi.

Particolare attenzione va rivolta alle aspettative dell'utente, al suo modo di concepire un sistema di vita ideale ed a tutto quello che vorrebbe modificare nel suo attuale modo di vivere.

Le risposte vengono accuratamente trascritte; questa prassi si sta rivelando utile ai fini di un progressivo miglioramento della formulazione delle domande e come raccolta di dati per la ricerca scientifica.

In casi particolarmente complessi il colloquio di validazione si può estendere per varie sedute.

Con molta frequenza l'utente chiede cosa sia emerso dalle indagini eseguite.

E' buona norma mantenersi su concetti generali, limitandosi a parlare di quegli aspetti già noti all'utente ed evitando accuratamente qualsiasi discorso che possa turbarlo o creargli ulteriori problemi.

Normalmente qualsiasi risposta data con un certo garbo soddisfa l'utente, ma può capitare il soggetto particolarmente ansioso o cavilloso che

asserisca di conoscere già queste cose e insista per avere maggiori dettagli. Siamo soliti rispondere, secondo i casi, che è vero che sono cose che già sapeva "poiché nulla esiste nel sapere dello psicologo che non sia già nel vissuto dell'utente"; che si tratta di dati puramente tecnici, utili all'operatore per valutare meglio quanto egli ha esposto ma che non hanno alcun peso per lui; che i dati emersi servono per impostare correttamente il trattamento, più che per chiarire il suo stato, già esaurientemente esposto da lui stesso, e così via.

Ovviamente anche queste richieste e le battute conseguenti sono da notare accuratamente; potrebbero costituire ulteriori elementi di chiarificazione sulla personalità dell'utente, oltre che fornire spunti per la valutazione di eventuali difficoltà che si possono frapponere ai vari tipi di trattamenti.

## **2.3 FORMULAZIONE DELLA STRATEGIA DI INTERVENTO**

Espletato il colloquio di validazione, l'équipe che si è eventualmente occupata del caso torna a riunirsi per definire una strategia di intervento alla luce di tutte le informazioni delle quali si è in possesso.

Le prime decisioni da prendere sono se mantenere l'intervento a livello di consulenza o attuare una vera e propria psicoterapia dell'individuo o sul contesto familiare.

23.1 Ricordiamo che si suole parlare di consulenza psicologica quando l'intervento mira a risolvere un problema specifico, senza modificare schemi stabiliti di comportamento né la struttura della personalità.

Si opta per la consulenza tutte le volte che si ha un ragionevole motivo di pensare che attraverso un tale intervento si possa risolvere il problema o quando non sussistono le premesse per un intervento psicoterapeutico.

L'intervento di consulenza è giustificato dal presupposto che l'utente non sia in grado di superare le difficoltà o per disinformazione o per la presenza di stati emotivi che gli impediscano un'adeguata visione del problema.

23.2 Altre volte lo stato di disagio ha radici più profonde, o perchè si sono strutturati degli schemi di comportamento che limitano lo stato di benessere, o perchè a limitare tale stato intervengono dei fattori che pur non essendo coscienti influenzano il comportamento stesso; o per altri motivi.

Una diagnosi differenziale in questi casi è di somma utilità perchè in base ad essa si dovrà decidere la strategia di intervento: se intervenire prevalentemente sul sintomo o sulla causa o in un altro modo.

232.1 Le tecniche di intervento psicoterapeutico tendenti alla rimozione del sintomo sono state guardate con sufficienza e spesso ridicolizzate dai cultori della psicoanalisi per vari decenni.

L'obiezione di fondo era ridicibile ad uno slogan tanto caro agli psicoanalisti: inutile togliere il sintomo senza eliminare la causa; il sintomo si ripresenterà anche se in altra forma, forse peggiore.

Questa presa di posizione così drastica è basata, quantomeno, su un errore logico di illazione indebita. E' vero, vi sono dei sintomi provocati da una causa tuttora agente ed in tal caso è poco utile eliminare il sintomo se contemporaneamente non si rimuove la causa; ma non tutti i sintomi hanno una causa tuttora agente.

Portando il ragionamento all'assurdo si dovrebbe dire che è inutile curare una gamba fratturata se non si rimuove la buccia di banana che ha provocato il fatale scivolone!

Noi riteniamo utile, ed a volte è l'unica via percorribile, la rimozione del sintomo tutte le volte in cui si ha motivo di vedere che la causa sia un qualche evento superato e che il sintomo, già autonomizzato, allo stato attuale si mantenga in atto per un processo di autorinforzo attraverso meccanismi di ordine diverso.

232.2 A volte però il disagio è alimentato da una qualche causa tuttora presente e attiva.

Oltre a fattori risalenti all'infanzia e presenti nell'incoscio del soggetto, sono da prendere in seria considerazione difficoltà di ordine relazionale (familiare, lavorativo o sociale) ed esistenziale.

E' ovvio che in situazioni del genere una strategia di intervento dovrà essere orientata al superamento che sono all'origine del disagio.

232.3 Altre volte è impossibile una distinzione tra sintomo e causa perchè si tratta di uno stato di disagio permanente in cui il soggetto vive, sia pure con riacutizzazione in coincidenza con particolari circostanze, quali ad esempio lo stress o difficoltà relazionali. Il disagio può essere connesso con carenze nella strutturazione della personalità e nell'organizzazione cognitiva, al punto che l'adattamento generale alla vita ne sia più o meno compromesso.

Situazioni del genere sono fra le più frequenti e nei casi in cui si verificano è più opportuno un tipo di intervento che rimetta in discussione più o meno radicalmente la vita del soggetto.

23.3 L'intervento in favore dell'utente può inoltre essere attuato agendo direttamente su di lui o sul contesto familiare seguendo le due vie.

233.1 Preferiamo agire sull'individuo portatore del disagio quando si verificano due condizioni:

A. Il disagio è imperniato su problemi strettamente soggettivi e non coinvolge il nucleo familiare a nessun livello.

B. Nell'individuo portatore di disagio vi sono sufficienti risorse sulle quali far leva per una buona ripresa; parlando di risorse ci riferiamo alle capacità intellettive e culturali, ad una certa motivazione, alla coscienza del proprio stato di disagio ed a quanto altro rende favorevole la prognosi di una psicoterapia individuale.

233.2 Se il disagio è connesso con problematiche familiari o se non si verificano le condizioni per intraprendere un trattamento individuale mentre la famiglia è disponibile ad una certa collaborazione, preferiamo affrontare il caso attraverso una terapia familiare.

233.3 Vi sono casi in cui il disagio è connesso con problemi strettamente personali, ma viene esasperato dai rapporti interpersonali in seno alla famiglia.

In casi del genere od in altri simili prendiamo in considerazione un trattamento combinato: iniziamo con un trattamento familiare per sgombrare il terreno da interferenze o per mettere l'individuo in condizioni di meglio affrontare i suoi problemi e continuiamo, quando è il momento, con un trattamento individuale.

Di preferenza in questi casi ad affrontare la psicoterapia individuale è un operatore che ha seguito il trattamento della famiglia da dietro lo specchio senza aver preso parte diretta nell'interazione con essa.

233.4 A questo punto una precisazione è di obbligo.

Precedentemente abbiamo con insistenza affermato (cfr. 1.4 ) che non esiste una causa unica dei disagi psichici e anche nel singolo individuo si può solo parlare di causa prevalente.

Riprendendo un'immagine precedente, quella che chiamiamo causa è solo la punta dell'iceberg, mantenuta in superficie solo dalla pressione del ghiaccio sottostante; l'eliminazione di quella punta farà affiorare altre masse, anche se di volume minore, finché il ghiaccio non sarà disciolto.

La stessa osservazione vale per i sintomi, dei quali spesso il dominante cede il posto ad altri prima inavvertiti.

Ne abbiamo costante conferma nella pratica clinica: l'utente giunge quasi sempre lamentando un certo disagio, per lui insostenibile; asserisce che, superato quello, del resto non gli importerebbe nulla; regolarmente, eliminato quello di cui si lamenta ne affiorano altri, dei quali si lamenta pressoché allo stesso modo; non è detto che debba necessariamente trattarsi di nuovi disagi o che, un'ipotetica causa profonda, quando si è eliminato un sintomo, lo rimpiazza con un altro. Spesso si tratta di motivi di disagio preesistenti; la loro presenza era solo mascherata da altri più vistosi; quando i primi si attenuano, gli altri vengono a dominare il campo di coscienza in modo più evidente.

Ciò continuerà a verificarsi finché la persona non avrà raggiunto un equilibrio per lei soddisfacente.

A livello di intervento, come nell'esempio dell'iceberg, in qualunque punto si attacchi il ghiaccio, purché si faccia con un mezzo idoneo a scioglierlo, la massa diminuisce, così nei casi di disagio qualunque sia il punto di partenza di una terapia, si ha un certo vantaggio.

La scelta di una strategia d'intervento oculata è tuttavia necessaria per un triplice ordine di motivi:

- La tecnica scelta deve essere almeno adatta ad alleviare un qualsiasi aspetto del disagio, in quel caso concreto.

- Si deve tener conto dell'economicità o, quanto meno, che vi sia una certa proporzione tra energia impegnata e risultati ragionevolmente prevedibili.

- L'intervento deve essere tale da non pregiudicare la prosecuzione del trattamento, con la stessa o con altre tecniche, aumentando le resistenze,

creando o incrementando vantaggi secondari del disagio, generando sfiducia, o in tanti altri modi possibili.

Nella scelta della tecnica si tengono costantemente presenti queste tre considerazioni anche in vista di un'azione prevalentemente orientata sul sintomo, sulle ipotetiche cause, sulla struttura globale della personalità, sulle problematiche vissute o per valutare l'opportunità di agire sull'individuo o sulla famiglia.

Nella nostra prassi, tutte le volte in cui non troviamo una chiara indicazione per un orientamento diverso, usiamo la procedura che sommariamente esporremo nel capitolo seguente, opportunamente adattata alla luce dei risultati emersi dallo studio del caso.

## **2.4 PROCESSO TERAPEUTICO IN SENSO STRETTO.**

A rigore, tutto il rapporto che l'utente istaura con l'Istituto fa parte del processo terapeutico, dalla telefonata per fissare il primo appuntamento al commiato.

Le tre fasi precedenti fanno quindi parte di questo processo.

Nelle pagine seguenti descriveremo nelle grandi linee il punto di vista integrazionale da noi seguito nel trattamento di molti casi.

Nella nostra prassi, a volte andiamo avanti fino in fondo con questo orientamento, altre volte, al momento opportuno ci inseriamo con altre tecniche, cambiando operatore se è il caso.

Per quanto il sistema terapeutico da noi proposto sia da considerarsi una tecnica a largo spettro, non meno degli altri presenta molti limiti e spesso è da noi usato solo come fase preparatoria ad altri interventi specifici.

La descrizione che seguirà, semplificata al massimo, intende solo accennare ai principi ispiratori, non certo alle modalità concrete di attuazione che sono molto più complesse di quanto non possa apparire dalla lettura di queste pagine.

Limiteremo, inoltre, gli accenni agli orientamenti generali, omettendo volutamente ogni riferimento alle applicazioni nelle singole forme di disagio o a sintomatologie specificamente strutturate, per non creare confusione e non appesantire ulteriormente la mole già consistente del presente lavoro.

Ci riproponiamo di dare sempre maggiori dettagli nei prossimi numeri della rivista Biopsyche.

I principi generali ai quali il nostro sistema d'intervento si ispira prendono le mosse dal livello cognitivo e si possono compendiare in due:

- Puntualizzazione costante dell'obiettivo che si vuole raggiungere.

- Adeguamento del comportamento dell'individuo all'obiettivo focalizzato.

Non è casuale l'analogia con i criteri che quasi un secolo fa W. James (1909) poneva come caratterizzanti l'atto psichico: tendenza ad un fine e scelta di mezzi adeguati per il suo raggiungimento.

I primi barlumi della vita psichica si possono ravvisare in un organismo che si orienta ad un fine e lo persegue mettendo in atto le risposte più idonee al suo raggiungimento; la massima espressione dello psichismo più evoluto, si estrinseca pienamente quando l'uomo maturo è in grado di operare delle scelte coerenti con tutte le sue esigenze ed in armonia con quanto lo circonda e riesce a mettere in atto i comportamenti più adatti al loro raggiungimento.

Si tratta degli stessi caratteri indicati da A. Ellis (1981, p.220) come criteri per definire un comportamento come "razionale".

## **24.1 PUNTUALIZZAZIONE COSTANTE DELL'OBIETTIVO.**

Riprendendo quanto espresso nella prima parte, l'obiettivo al quale il processo terapeutico tende è, in linea generale, ampliare lo stato di benessere, inteso come integrazione.

Questo concetto generale deve essere calato nella situazione concreta del soggetto; è lui stesso che deve decidere ed aver chiaro quale debba essere il suo stato di benessere.

La ricerca del proprio stato di benessere segue molto da vicino il concetto di formazione dell'ideale dell'Io.

Nella nostra prassi terapeutica diamo molto spazio alla strutturazione di un proprio ideale che nel corso del trattamento si va facendo sempre più definito, aderente alla realtà ed integrato.

Non è agevole dare in poche pagine un'idea chiara e completa di ciò che comporta la strutturazione dell'ideale dell'Io come obiettivo a cui orientare la terapia (1).

Possiamo in questa sede semplicemente indicare alcuni punti di riferimento da tenere costantemente presenti nel corso del trattamento.

L'enumerazione che segue intende essere semplicemente esemplificativa non esaustiva.

### **241.1 RIDIMENSIONAMENTO DELLE REAZIONI EMOTIVE.**

I primi ostacoli che con frequenza si frappongono alla puntualizzazione dell'obiettivo sono gli stati emotivi particolarmente intensi ed eventuali pregiudizi od informazioni errate.

Gli stati emotivi intensi comportano una reattività abnorme, scarsamente finalizzata, con inibizione delle funzioni sensoriali, a qualcosa che viene percepito come un pericolo grave, imminente e vagamente definito.

Con frequenza i familiari od altre persone più o meno coinvolte, specialmente se il sintomo è funzionale al mantenimento di una certa omeostasi familiare o ambientale, fanno da "cassa di risonanza" contribuendo ad ingigantire l'allarme. Il loro atteggiamento suole essere quello di richiamare l'attenzione sul problema con una carica emotiva discordante col messaggio che intenzionalmente si vorrebbe comunicare; volendo schematizzare per rendere più comprensibile il concetto, avviene come se di fatto si stesse comunicando: non devi preoccuparti perchè la cosa non è grave, ma noi stessi siamo molto preoccupati. Di questo messaggio contraddittorio, il soggetto recepisce: mi dicono che la cosa non è grave per non farmi preoccupare, ma se loro stessi si preoccupano vuol dire che la cosa è molto grave.

L'atteggiamento dell'operatore non deve ovviamente ricalcare quello messo in atto dall'ambiente e che l'esperienza ha dimostrato dannoso; deve piuttosto creare una situazione relazionale nella quale il modo di porsi di fronte al disagio sia sostanzialmente diverso ed atto a farlo percepire come un problema da risolvere e non più come un disastro fatalmente incombente.

Il messaggio che l'operatore invierà dovrà anch'esso presentare un duplice aspetto, non contraddittorio come il precedente ma complementare: mostrare di capire empaticamente il dramma che il soggetto vive sintonizzandosi col suo stato emotivo, ma nello stesso tempo dimostrare attraverso le espressioni prevalentemente non verbali che non si è preoccupati per il problema in se stesso di fronte al quale si assume un atteggiamento fiducioso. Se la sintonizzazione con lo stato emotivo è riuscita, l'utente la estende all'altra parte del messaggio, come volendo dire a se stesso: se l'operatore, che ha veramente capito il mio stato, è fiducioso, anch'io posso esserlo.

Insistiamo nella comunicazione non verbale perchè questa modalità elude più facilmente le difese e si rivela utile soprattutto quando si ha motivo di ipotizzare delle resistenze alla guarigione.

Nel caso in questione, il messaggio non verbale, attraverso la aspecificità che lo caratterizza, comunica semplicemente: il tuo stato di sofferenza potrà essere alleviato; ciò non provoca certo resistenza poiché non aggiunge: modificando qualcosa della tua vita, cosa che potrebbe mettere sulle difensive.

Il successivo atteggiamento dell'utente non sarà più dominato dalla sensazione di panico ma diventerà collaborativo nella ricerca di una possibile soluzione.

Solo a questa condizione si potrà intraprendere un proficuo lavoro sull'obiettivo a cui tendere.

Questo modo di procedere non è però esente da rischi poiché potrebbe far cadere in una trappola che l'utente, sia pure in modo inconscio, con molta frequenza tende anche al terapeuta.

La fatalistica convinzione, che il protagonista del "Gattopardo" esprimeva in campo sociale, è ancora più vera in campo psicologico: è necessario che qualcosa cambi perchè tutto resti come prima.

L'utente, a livello personale e con frequenza nell'interazione con l'ambiente, ha strutturato una certa omeostasi patologica che per motivi vari tende a mantenere; ciò che spinge ad andare dallo psico-terapeuta è spesso un dettaglio che a lui od ai familiari procura in quel momento fastidio. A prescindere dal modo di formulare la richiesta verbale, quello che si vorrebbe è solo eliminare quell'inconveniente; un cambiamento più profondo inconsciamente suscita una certa apprensione ed è per questo che l'eliminazione del disagio immediato, quale lo stato di ansia, potrebbe portare all'interruzione del trattamento.

Il dovere dell'operatore deve essere quello di soddisfare le richieste dell'utente ma, per rendergli certamente un buon servizio, lo si dovrà mettere in condizioni di fare una scelta pienamente cosciente; il compito dell'operatore è quindi, non solo di prendere atto delle richieste esplicite, ma di interpretare anche quelle implicite aiutando l'utente a superare le resistenze inconse.

Per questo motivo, parallelamente all'aiuto nel superare gli stati emotivi immediati, il terapeuta deve condurre l'utente alla presa di coscienza di quello che un suo equilibrio stabile richiede e di continuare il trattamento finché non l'abbia raggiunto.

A questo proposito è utile accennare ad un altro rischio che frequentemente si corre quando il superamento del disagio immediato coincide con un appuntamento differito.

Può capitare, per motivi puramente accidentali, connessi con esigenze dell'operatore o dell'utente, che la data di un appuntamento si debba differire

per un certo tempo; se ciò coincide con una momentanea remissione del sintomo che ha spinto ad andare dal terapeuta, accade facilmente che l'utente interrompa il trattamento.

Sarebbe buona norma che, nelle fasi più critiche, per quanto possibile, la singola seduta si concluda lasciando in sospeso qualche argomento che costituisca una motivazione perchè l'utente ritorni e che si fissi l'appuntamento con una scadenza ragionevolmente breve.

### **241.2 CRITICA DELLE CONVINZIONI IRRAZIONALI.**

Altro aspetto che di solito impedisce una retta puntualizzazione degli obiettivi è la presenza di convinzioni irrazionali.

Un adeguato lavoro di chiarificazione è la premessa indispensabile per la prosecuzione del trattamento.

Si tratta di un lavoro spesso delicato e complesso perchè comporta una profonda comprensione del contesto familiare e culturale dell'utente e dei meccanismi che hanno portato alla formazione dei pregiudizi stessi. Ci si potrebbe imbattere in resistenze difficilmente sormontabili sul piano razionale e che dovranno essere opportunamente affrontate prima di andare avanti.

### **241.3 DESTRUTTURAZIONE DEGLI SCHEMI PRECEDENTI.**

Ogni persona che vive uno stato di disagio solitamente ha messo in atto vari tentativi per superarlo: spesso vi si è accanita tenacemente fino a giungere all'estenuazione ed alla sfiducia nelle proprie possibilità.

L'accanimento in un certo tipo di tentativi è imperniato e sostenuto da un modello di obiettivo che l'individuo più o meno confusamente si era rappresentato.

Un modello rigido rende difficile la presa in considerazione di altre alternative.

Primo scopo che l'operatore si prefigge, attraverso una serie di messaggi verbali e non verbali, è di invitare la persona a destrutturare l'eventuale modello preesistente facendo intuire la possibilità di altri più adeguati che si potrebbero prendere in considerazione.

L'invito, all'inizio, è necessariamente generico, lasciato volutamente sul vago e riguarda solo l'apertura ad altre possibili ipotesi.

Accennare prematuramente a qualcosa di esse, anche se già l'operatore fosse in grado di farlo, potrebbe semplicemente suscitare delle resistenze: l'utente, ancorato al proprio punto di vista, giudica alla luce di esso la nuova ipotesi prospettata ed in queste condizioni il giudizio non può non essere che negativo.

Anche una sollecitazione troppo scoperta alla destrutturazione del proprio punto di vista potrebbe suscitare delle resistenze per il rischio dell'insorgere dell'angoscia.

E' questa la ragione che ci spinge a valorizzare i messaggi non verbali.

Un esempio di messaggio non verbale è la configurazione della sala di attesa del nostro Istituto, accuratamente studiata nei minimi dettagli.

Essa è costituita da un corridoio che porta dall'ingresso agli studi degli operatori con un grande slargo sulla destra dove sono sistemate le poltroncine. Il corridoio è interrotto da una vetrata di circa dodici metri, che obbliga a deviare il percorso per proseguire fino agli studi; all'interno della vetrata è rappresentato un paesaggio roccioso con materiali provenienti da varie regioni (calcari, fossili, scisti, quarzi, graniti, rose del deserto...), laghetti ed animali esotici, fra i quali fa mostra di sé un giovane coccodrillo.

Le poltroncine sono disposte in vari box che permettono all'utente di appartarsi, se lo desidera; in ognuno di essi è possibile ascoltare della musica od ammirare aquarietti marini con coloratissimi invertebrati tropicali. Anche nel resto dei corridoi le pareti sono intramezzate da vetrinette con composizioni di minerali ed aquari, di cui uno di ben tremila litri.

L'utente viene all'Istituto aspettandosi un convenzionale ambulatorio medico o studio professionale e si trova di fronte ad un coccodrillo vivo od a squarci di mondo lontano, per lui insospettato: attraverso la metafora al suo inconscio si vuol comunicare che si trova in un luogo dove può scoprire altri aspetti della realtà e di se stesso, che può serenamente intraprendere l'esplorazione delle parti più arcaiche ed insospettate del suo essere per ritrovarci forse l'ispirazione e la sorgente di un nuovo modo di esistere.

Lo stato psichico presumibilmente evocato dall'attesa trova riscontro nell'invito personalizzato dell'operatore a seguirlo nel proprio studio e nell'accoglienza serena, pacata ed empatica.

Tutti i gesti e le parole che seguiranno saranno orientati ad incoraggiare la destrutturazione dei vecchi schemi.

#### **241.4 ANALISI DEL MESSAGGIO DEL SINTOMO.**

Il sintomo, oltre che una spiegazione di ordine psicodinamico, ha in genere un significato di ordine relazionale.

L'utente, attraverso il sintomo, vuole sempre esprimere qualcosa, anche se spesso riesce difficile decodificare il suo messaggio.

Un'accurata analisi delle modifiche che il sintomo ha portato nella vita dell'utente e, soprattutto, dei vantaggi secondari che ha permesso di realizzare, può fare una certa luce su quelle che sono le sue esigenze più profonde, al di là di quanto verbalmente non riesca ad esprimere.

Sul piano operativo, a volte può essere opportuno iniziare l'intervento connotando positivamente qualche aspetto del sintomo, per i vantaggi che esso permette di realizzare o per altri motivi, e lasciare nello stesso tempo intravedere come gli stessi vantaggi, dei quali si riconosce la legittimità, potrebbero essere raggiunti attraverso altre vie meno penose e meno dispendiose. Questa prassi rientra nella regola fondamentale di evidenziare gli aspetti positivi e di una qualsiasi situazione prima di intervenire per modificare quelli negativi.

In ogni caso, nella focalizzazione dell'obiettivo a cui tendere, o ideale da raggiungere, deve essere preso in considerazione quanto il sintomo simbolicamente vuole attuare.

E' più difficile il superamento di un sintomo se non si riesce ad attuare per altra via ciò a cui il sintomo nevroticamente tende.

C'è anche da dire che questa attuazione può non portare automaticamente al superamento del sintomo; dei condizionamenti già radicati o particolari situazioni psicodinamiche potranno rendere ancora necessarie delle tecniche di decondizionamento od interventi ad orientamento psicoanalitico, come vedremo in seguito

### **241.5 FOCALIZZAZIONE DETTAGLIATA DELL'OBIETTIVO.**

L'utente che vive uno stato di disagio se, per certi versi, si irrigidisce in determinati punti di vista, invitato ad analizzare con esattezza i contenuti delle sue aspirazioni non riesce ad andare oltre a generiche affermazioni di voler stare bene; se si insiste per farlo scendere nei dettagli, il più delle volte elenca aspetti marginali e frammentari.

Si suole ripetere che il nevrotico è una persona che non sa quello che vuole; noi possiamo aggiungere che è l'uomo dei condizionali: se pure lo sa, sa cosa vorrebbe, non cosa vuole.

In altri termini, le aspirazioni sono velleitarie sia perchè riguardano realtà spesso contraddittorie, incoerenti od utopiche, sia perchè già frustrate in precedenti tentativi.

Focalizzare gli obiettivi significa costruire una immagine di ciò che si vuole essere che sia coerente e che tenga conto delle proprie esigenze, dei propri limiti e dei limiti imposti dalla realtà.

### **241.6 FOCALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI IN TERMINI POSITIVI.**

Riprendendo dei concetti già accennati, possiamo caratterizzare lo stato di disagio col restringimento della capacità di integrazione: alla realtà esterna viene negata ogni connotazione positiva e di conseguenza ci si ritira da essa restringendo il proprio campo esistenziale.

Anche se a livello cognitivo si mantiene un qualche rapporto con il mondo esterno, viene a mancare quella integrazione vissuta senza la quale ogni relazione, se pur presente, rimane isterilita.

Ne deriva una sensazione di malessere che, anche quando non si manifesta con sintomi rigidamente strutturati, comporta con molta frequenza:

- ripiegamento su se stessi, nell'affannoso tentativo di capire la propria sofferenza o nella ricerca di colpe o di mali nelle azioni più innocue;
- banalizzazione della comunicazione con gli altri, svuotandola di ogni messaggio più autentico;
- attribuzione di ogni responsabilità alla famiglia con le sue perenni incapacità od alla società con le sue continue ingiustizie;

- percezione del mondo circostante come ostile, persecutorio o canzonatorio.

Tenendo conto di questi concetti, aiutare a superare il disagio significa guidare nella scoperta degli aspetti della realtà che possano essere connotati positivamente e su dei quali modellare gli obiettivi a cui tendere.

E' del tutto ovvio quindi che questi obiettivi debbano essere puntualizzati in termini positivi.

Per andare a Roma non basta decidere di non voler andare a Milano, così non basta volersi liberare di un disagio, per raggiungere lo stato di benessere; il motivo sta nel fatto che il disagio non costituisce una entità ma solo una limitazione, come abbiamo ampiamente espresso nella prima parte.

Anche nel caso di sintomi strettamente strutturati, è poco efficace voler strenuamente combattere il sintomo stesso se non ci si costruisce una alternativa in chiave positiva che renda il sintomo superfluo, come precedentemente accennato.

Possiamo paragonare la situazione a quella di un bambino che ha in mano un oggetto pericoloso e non vuole cederlo; ogni buona mamma sa che bisogna dargli un altro oggetto per fargli abbandonare quello pericoloso.

Un ideale in forma negativa non può dirsi tale e non può quindi costituire un efficace polo di attrazione.

#### **241.7 PRENDERE LE MOSSE DA QUELLO CHE SI HA, NON DA QUELLO CHE SI DESIDERA.**

Nel costruire un quadro coerente di ciò che si vuole raggiungere è opportuno partire da quello che di fatto si ha e di cui si è soddisfatti, per ampliarlo, non già da quello che semplicemente o, a volte, utopisticamente si desidera; fra l'altro, ciò che meramente si desidera non porta con sé quella certa carica che può essere costituita da una effettiva esperienza di gratificazione precedente.

Un esempio può chiarire meglio questo concetto.

Si può verificare il caso di una persona insoddisfatta che sente un gran bisogno di affetto. Se focalizza l'attenzione sul suo bisogno, l'insoddisfazione per la frustrazione vissuta aumenta ed il soggetto irradia

intorno a sé il proprio disagio; ciò determina immancabilmente l'allontanamento del partner o delle persone che dovrebbero dare l'affetto. La percezione del loro allontanamento aumenta il senso di solitudine e di insoddisfazione, e così via; viene ad instaurarsi in tal modo quel feed-back che aumenta costantemente il disagio.

Il prendere le mosse da quello che effettivamente si ha può permettere di capovolgere la situazione, ristrutturare la percezione del campo ed invertire la tendenza del feed-back che alimenta il disagio: se si riesce a focalizzare l'attenzione su quel poco affetto che si pensa di ricevere si dimostra il piacere di quello che si ha; ciò produce negli altri una gratificazione per quello che hanno dato ed il bisogno di dare più affetto per essere maggiormente gratificati.

L'esempio è schematizzato fino a rasentare l'ingenuità, per far capire il concetto che vuole illustrare; nella pratica bisognerà tenere conto di altri fattori che hanno originariamente determinato l'istaurarsi del processo.

Generalizzando, la strutturazione dell'ideale a cui si vuol tendere è tanto più concreta ed attuale quanto più è ancorata sulle reali esperienze di vita che possono servire da modello o, quantomeno, da punto di partenza da cui prendere le mosse.

#### **241.8 VALORIZZAZIONE DEL PASSATO NELLA FORMAZIONE DELL'IDEALE ATTUALE.**

Nella formazione dell'ideale a cui tendere è indispensabile prendere in considerazione tutta la vita del soggetto per fare emergere da essa le aspirazioni più autentiche sulle quali fondare l'ideale attuale.

Anche gli eventi che potremmo considerare negativi o le esperienze traumatiche possono essere considerati in questa prospettiva e se ne può tenere conto nella formazione dell'ideale.

Gli eventi considerati negativi possono essere imputati o ad una volontà che determinatamente vuol nuocere od a fatti contingenti della realtà esterna od al proprio comportamento: si parla rispettivamente di persecuzione, di sfortuna o di errore; alla base di tale attribuzione vi è un ampio margine di soggettività, connessa con la tendenza del singolo

individuo a proiettare o ad introiettare la colpa e con altri fattori di personalità.

Il modo di utilizzare questi eventi, così come sono soggettivamente vissuti, nella formazione dell'ideale dovrà essere consequenziale.

Prendendo come esempio il caso degli errori, sarà opportuno ridimensionare il senso di colpa e la conseguente depressione facendo osservare come il giudizio di errore è legato all'esperienza od alla riflessione successiva: nel momento in cui si mette in atto quel comportamento si reputa opportuno agire in quel modo per un qualche aspetto positivo che si scorge in quella prospettiva; può esserci stato un errore di giudizio dovuto alle condizioni del momento e non giudicabile alla luce di criteri adottati in momenti differenti; in ogni caso, appartiene alla condizione umana sbagliare poiché molti apprendimenti avvengono per prove ed errori; l'esperienza che porterà a migliorare il comportamento ed a creare condizioni di vita più soddisfacenti si costruisce anche sulla constatazione degli errori che, in questa prospettiva, acquistano una connotazione positiva.

La serenità data dal ridimensionamento dei sensi di colpa ed una visione della propria vita in chiave positiva è una premessa necessaria per la migliore utilizzazione dell'esperienza passata ai fini di una corretta strutturazione dell'ideale presente.

Come abbiamo visto ampiamente nella prima parte parlando della normalità, l'ideale a cui tendere non è qualcosa di obiettivamente uguale per tutti, ma un equilibrio integrato, strettamente individuale, di tutti i bisogni e le esigenze che sono andati emergendo nel corso dell'esistenza; anche in questa ottica, un accurato esame della vita passata fornisce preziosi elementi.

Ci si può imbattere in impulsi o esigenze che a prima vista non sono compatibili con un corretto e armonioso vivere sociale, come in certi casi di perversioni. Noi restiamo della convinzione che impulsi del genere costituiscono una metafora di esigenze più profonde; in questa visione compito dell'operatore non è quello di reprimerli o ignorarli, ma di scoprire e di cercare una corretta valorizzazione delle esigenze sottostanti.

Non sempre il passato è accessibile direttamente alla memoria dell'utente e sarà necessario far ricorso a particolari tecniche di esplorazione

dell'inconscio; queste tecniche si rivelano a volte indispensabili anche per una retta comprensione delle esigenze attuali.

Con ciò non intendiamo slittare nelle terapie psicoanalitiche, ma semplicemente utilizzare nella nostra prospettiva terapeutica delle tecniche e dei concetti messi a punto dalla psicoanalisi.

#### **241.9 VALORIZZAZIONE DELLE CONVINZIONI SOCIALI, RELIGIOSE E POLITICHE NELLA FORMAZIONE DELL'IDEALE DELL'IO.**

Nella vita di ogni essere umano giocano un ruolo di notevole importanza, nel processo di integrazione, convinzioni di ordine sociale, religioso o politico; non si può sottovalutare il loro potere come forze aggreganti ed il decisivo contributo nel superamento dell'egocentrismo per scoprire la ragione della propria esistenza in una prospettiva più ampia.

Purtroppo però, come in tutte le attività umane, anche le più nobili, si possono verificare delle interferenze di ordine nevrotico che ne svisano la natura al punto di ridurle a pure fonti di disagio.

In particolare, è l'aspetto religioso che più facilmente si presta a subire sollecitazioni prevaricanti, connessi con molteplici fattori. Fra di essi, a titolo esemplificativo, ne possiamo citare di tre ordini:

1. Il vissuto religioso è intimamente connesso con problematiche inconsce ed arazionali, non ultime quelle relative ai fantasmi parentali. In realtà, l'idea di Dio trascende le capacità di conoscenza umana e l'unica possibilità che resta è quella di "costruirla" a partire da esperienze soggettivamente vissute.

2. I meccanismi ossessivi presenti in varia misura nella maggior parte delle persone nevrotiche, tendono a ritualizzare la prassi religiosa svuotandola del suo significato più autentico.

Non a caso Freud, che aveva conosciuto la problematica religiosa attraverso i suoi pazienti nevrotici, la considerava una forma di patologia collettiva.

3. Nonostante la religiosità sia fondamentalmente un tentativo di integrare la propria esistenza con una realtà ontologicamente immutabile, il modo di vivere la fede religiosa è sostanzialmente diverso, non solo nelle differenti religioni, ma anche nell'ambito della stessa religione col variare

del contesto storico e culturale ed in strutture di personalità o momenti della vita diversi.

Purtroppo, non sempre, chi è preposto a trasmettere il messaggio religioso, riesce a conservare quella flessibilità che si richiede per poter decodificare i "segni dei tempi" e proporre costantemente dei modelli originali più consoni alle rinnovate esigenze: fra l'altro, chi ha questo compito (e non è certo esente da problemi personali) vive costantemente la conflittualità tra i fermenti della "base" in costante mutamento e le pressioni dall'alto delle gerarchie costantemente preoccupate della coerenza con la tradizione e di non contaminare il patrimonio dogmatico e morale con innovazioni richieste da mode passeggere.

La conflittualità si riversa sul singolo "credente" che con molta frequenza reagisce vivendo nevroticamente la propria religiosità.

Questo spiega come, del messaggio religioso, spesso vengano colti prevalentemente, se non esclusivamente, gli aspetti magici, coattivi o consolatori.

L'operatore coscienzioso, pur partendo dal presupposto del profondo rispetto per le idee dell'utente, se si imbatte in una religiosità nevrotica, ha di fronte una duplice possibilità:

- o limitarsi ad analizzare la componente nevrotica con la prospettiva di disgregarla, anche se con essa si elimina ogni forma di religiosità;
- o fare in modo che l'utente intuisca delle alternative più mature ed autentiche al modo di vivere la sua religiosità ed utilizzi queste prospettive nella strutturazione di un ideale coerente che le valorizzi.

La prima alternativa ci sembra che cada nella superficialità e nel riduzionismo, anche se è la strada più agevole per l'operatore e quella seguita con maggiore frequenza; a noi sembra paragonabile all'atteggiamento di un chirurgo che trova più sbrigativo amputare un arto ammalato anziché curarlo! Ancor peggio se i pregiudizi personali gli fanno considerare nevrotica ogni forma di religiosità.

La seconda alternativa richiede nell'operatore una notevole sensibilità ai valori religiosi, anche se personalmente non li condivide, ed una buona documentazione sulla costante evoluzione degli orientamenti in tal senso. Ovviamente il dovere dell'operatore è limitato a quello di intuire questa

problematica e di invitare l'utente ad approfondirla nei modi che egli stesso reputerà più opportuni.

I punti di riferimento potrebbe continuare a lungo; abbiamo voluto citare questi solo a titolo di esempi per mostrare il genere di problemi posti dal primo dei due aspetti che costituiscono l'intervento terapeutico.

## **242. ADEGUAMENTO DEL COMPORTAMENTO ALL'OBIETTIVO.**

Puntualizzando, sia pure in forma interlocutoria, l'ideale a cui tendere, si invita il soggetto ad analizzare se, ed in che misura, il proprio comportamento è finalizzato alla sua realizzazione.

Tutte le volte in cui il comportamento non è adeguato al raggiungimento dell'ideale che ci si prefigge, si analizzano le possibili cause di questa discrepanza.

Parallelamente si mettono in atto una serie di interventi idonei allo scopo; sebbene nella nostra tecnica di intervento diamo ampio spazio alle funzioni cognitive, non trascuriamo tuttavia ogni altro aspetto che possa essere di aiuto per il raggiungimento dello scopo.

Nelle pagine che seguono noteremo alcuni esempi di modalità di intervento in questa direzione.

Anche in questa parte, quanto seguirà ha solo carattere esemplificativo e non esaurisce affatto l'argomento.

Ci limiteremo ad accennare a poche osservazioni tratte da quattro degli aspetti che ci sembrano di particolare rilievo perchè costituiscono dei punti di riferimento basilari.

### **242.1 IL RAPPORTO TERAPEUTICO COME ESPERIENZA DI VITA.**

Siamo fermamente convinti che il primo fattore terapeutico in ogni trattamento sia l'esperienza di rapporto umano che si realizza nell'interazione fra utente ed operatore.

La psicoanalisi ha denominato coi termini di transfert e controtransfert la particolare interazione emotiva che si instaura tra terapeuta e paziente.

Noi preferiamo leggere lo stesso fenomeno e la sua funzione terapeutica come una esigenza attuale la cui soddisfazione corretta modifica nell'individuo le sue modalità di interazione.

In questa prospettiva, nei limiti del possibile e quando il caso lo richiede, orientiamo il rapporto in maniera tale che l'utente realizzi con l'operatore quanto idealmente si propone entrando in contatto con altre persone.

Il rapporto utente operatore diventa una situazione privilegiata in cui l'utente può essere veramente ed autenticamente se stesso; in altri termini, la situazione terapeutica diventa una palestra in cui l'utente si esercita a mettere in pratica quanto ha focalizzato circa il suo comportamento con gli altri, se questo fa parte dei suoi problemi.

#### **242.2 RISTRUTTURAZIONE DELL'IMMAGINE DELLA PROPRIA VITA PASSATA.**

Questo concetto fa riscontro a quanto accennato al paragrafo 241.7.

L'immagine che noi abbiamo della nostra vita passata ha una influenza determinante sul comportamento attuale.

Questa immagine non è qualcosa di statico, paragonabile ad un album fotografico. Se vogliamo ricorrere ad una somiglianza, sia pur vaga, possiamo paragonarla ad un enorme archivio in continuo cambiamento e di cui abbiamo costantemente bisogno per gestire la nostra vita attuale: la disposizione si modifica ad ogni documento che si introduce o in seguito ad ogni consultazione, dopo la quale i documenti vengono cambiati di posto e di ordine; proseguendo nell'esempio, se ogni decisione da prendere è subordinata alla presa di visione dei documenti ad essa connessi, la non completa disponibilità di alcuni di questi documenti ci farà agire in funzione di altri in quel momento accessibili ma che potrebbero rivelarsi non i più idonei.

Qualcosa di simile avviene nella realtà: ogni nuova esperienza non si aggiunge in una semplice sequenza alle altre, ma modifica l'immagine globale della propria vita; ha valore di "esperienza" ed è da considerare un

processo attivo anche il richiamare alla memoria fatti passati, valutarli in maniera diversa, rapportarli ad altri, scoprire nuovi nessi.

Avviene precisamente questo, quando nel corso di una psicoterapia si rivivono anche emotivamente le esperienze passate: attraverso un intervento attivo si ristrutturava il campo in una configurazione nuova e più funzionale ai fini di un comportamento adattivo meglio finalizzato all'ideale che si vuole raggiungere.

La funzione terapeutica del rivivere le esperienze passate è alla base delle terapie ad orientamento psicoanalitico; ciò che differenzia la finalizzazione terapeutica nella nostra prassi è il diverso presupposto teorico ed il più ampio spazio che noi riserviamo ai processi cognitivi.

### **242.3 LA FINALIZZAZIONE RAZIONALE DEL COMPORTAMENTO AGLI OBIETTIVI.**

Come accennato, nella finalizzazione del comportamento agli obiettivi, facciamo molta leva agli aspetti cognitivi, sollecitando costantemente ad analizzare se il comportamento messo in atto sia adeguato o meno al raggiungimento dello scopo.

E' l'utente stesso a fare questa valutazione nel corso delle sedute; nel modo di aiutarlo a fare questo esame si cerca di trasmettere un messaggio fondamentale: che questo tipo di analisi diventi una regola di vita, tutte le volte che c'è un obiettivo da raggiungere.

Ci atteniamo a questa prassi non per voler assumere un atteggiamento pedagogizzante, ma per dare all'utente uno strumento di corretta valutazione sulla finalizzazione del proprio comportamento.

Spesso questa analisi evidenzia delle discordanze incomprensibili o insormontabili tra comportamento ed obiettivi.

Le cause sono da ricercare in due direzioni: l'incongruenza degli obiettivi o fattori che condizionano arazionalmente il comportamento.

L'incongruenza degli obiettivi può essere connessa con nuclei conflittuali a livello intrapsichico o con problemi di ordine relazionale: in entrambi i casi è da approfondire la ricerca in modo da superare l'incongruenza.

Se non si ha ragionevole motivo di dubitare della bontà dell'obiettivo, l'esame va spostato sui fattori che potrebbero intralciare il comportamento; potrebbe trattarsi di motivi inconsci o del persistere di condizionamenti. Il problema può essere chiarito alla luce delle indagini fatte inizialmente e dall'andamento globale del trattamento.

L'intervento è strettamente consequenziale: si potrà proseguire con tecniche a sfondo psicoanalitico, comportamentale, o relazionale.

Qualche volta può essere anche opportuno cambiare il tipo di intervento e con esso l'operatore; non si sogliono per questo rilevare inconvenienti poiché l'utente era stato preventivamente avvertito di questa possibilità.

#### **242.4 UTILIZZAZIONE DI MEZZI AUSILIARI NELL'ADEGUAMENTO DEL COMPORTAMENTO GLI OBIETTIVI.**

Nel sistema di terapia da noi usato ricorriamo anche a tecniche ausiliarie, fra le quali l'ipnosi, quando se ne ravvisa l'utilità.

Le modalità, in quest'ultimo caso, sono alquanto diverse da quelle tradizionali; con frequenza proponiamo in stato ipnotico delle visualizzazioni che hanno come protagonista il soggetto che realizza dei comportamenti in cui si attua l'ideale da lui stesso precedentemente elaborato. Riteniamo infatti che tali esperienze fantasmatiche possano in qualche modo equivalere a delle esperienze di vita in cui l'individuo realizza il proprio ideale e modifica l'immagine di sé.

Qualche volta ricorriamo anche a compiti postipnotici, ma con particolari accorgimenti atti ad evitare ogni forma di conflittualità.

Uno, fra i tanti esempi, può chiarire meglio il problema.

In un caso di fobia degli animali, in una certa fase del trattamento può essere opportuno far visualizzare in stato ipnotico che il soggetto avvicini un animale in stato di rilassamento; in questi casi utilizziamo degli apparecchi di monitoraggio degli stati emotivi per conoscere e controllare in che misura il rilassamento effettivamente si verifichi ed il suo variare nel corso delle visualizzazioni.

Se tutto si svolge nella direzione voluta, come compito post-ipnotico suggeriamo che al risveglio il soggetto sentirà un forte desiderio di

avvicinare un cane; aggiungiamo la suggestione di amnesia dell'ordine ricevuto.

Particolare attenzione va riferita al fatto che la suggestione non è di avvicinare il cane, ma di sentire il desiderio di avvicinare il cane; la differenza ha un motivo ben preciso: avvicinare il cane potrebbe avere come conseguenza l'associazione tra un'azione da compiere coattivamente ed uno stato di ansia, la qualcosa potrebbe contribuire al permanere della connessione che alimenta la fobia; il desiderio di avvicinare il cane con più probabilità farà associare l'azione con la soddisfazione di un bisogno, e quindi con un sentimento piacevole poiché è proprio il bisogno soddisfatto che determina normalmente il piacere.

Accorgimenti del genere possono aumentare le probabilità di successo nell'uso dell'ipnosi come contributo all'azione terapeutica.

\* \* \*

Quanto esposto non intende essere una trattazione esauriente, né tanto meno definitiva, dell'argomento, ma solo una traccia sulla quale ritorneremo chiarendo ed approfondendo i singoli aspetti; invito, questo, che rivolgiamo a tutti i nostri collaboratori e ad ai nostri lettori.