

Il concetto di soglia come risposta alle intemperanze del biologismo*

FRANCESCO PARENTI

Summary – THE CONCEPT OF THRESHOLD AS THE ANSWER TO THE EXCESSES OF BIOLOGISM. As well different ethnic groups and national identities joined to break up Austro-Hungarian empire, like already well identified psychologic currents of Adler, Bleuer and Jung joined the Freudian rising against Viennese organicistic and dogmatic academism. From then all the psychiatric thought is included between the extreme of biologism and the one of psychologism, sometimes exasperated to paranoia. However we can have some creative and original interpretative synthesis which avail themselves of both theories and which are here expressed by the concept of threshold and by the pragmatic idea of the interpretative psychotherapy.

Keywords: BIOLOGISM, THRESHOLD, INTERPRETATIVE PSYCHOTHERAPY

I. La cultura in Austria al declino dell'impero

Ai tempi di Freud, l'Austria, pur non mostrando alcun segno apparente di declino, era un impero in via di decomposizione: la congerie di popoli che lo costituiva si incamminava verso un'inesorabile disgregazione e, quindi, il più potente stato del mondo, pur nel suo splendore, racchiudeva al suo interno il seme del disfacimento.

Sul piano culturale e scientifico nasceva, consolidandosi progressivamente, l'era della tecnologia: la scienza, che era intesa come osservazione e sperimentazione, doveva essere "sperimentale" e ogni teoria doveva essere costruita e basata su dati osservabili. Per quanto riguarda le scienze esatte e la tecnologia, l'uomo cominciava appena a raccogliere i primi benefici, ma nel settore medico il processo era più lento, soprattutto nell'ambito della psichiatria.

* Il testo è ricavato dalla sbobinatura della relazione presentata da Francesco Parenti al XVIII Congresso Internazionale di Psicologia Individuale, tenuto ad Abano Terme dal 29 luglio al 2 agosto 1990. La relazione, registrata da Davide Pagnoncelli, è stata trascritta e adattata alla stampa dalla Redazione della Rivista, che ha curato anche la suddivisione dell'argomento in paragrafi intitolati, le note e il *Summary*. Pure la bibliografia non è originale: essa è stata stilata tenendo conto delle citazioni effettuate dall'oratore e delle possibili fonti a cui egli si è ispirato. [N.d.R.]

II. *Lesione anatomopatologica, psicopatologia e potere accademico*

La Medicina, basata su criteri positivisti, cercava saldi punti di riferimento nella “lesione di organi e apparati”, per cui tutto era ricondotto al tavolo anatomico. Anche per il funzionamento di strutture complesse, come quelle prese in considerazione dalla nascente psichiatria, il tavolo anatomico e la lesione costituivano i punti di partenza. Esisteva solo la “malattia organica” e ogni disturbo patologico o psicopatologico trovava la sua spiegazione proprio in una lesione anatomicamente riscontrabile.

Il concetto era scientifico, troppo rozzamente scientifico, essendo le possibilità dell’anatomia patologica ancora estremamente modeste: quanto si poteva verificare in sala anatomica era molto limitato, perché l’anatomia microscopica, l’istologia, gli studi dell’anatomia fine dei tessuti a livello cellulare non erano ancora sufficientemente avanzati. Le conoscenze sulle funzioni in ambito fisiologico e fisiopatologico, che pur stavano progressivamente sviluppandosi, erano solo agli albori e nei loro confronti l’accademismo ufficiale della facoltà di Medicina e, in particolare, quello della psicopatologia prendeva posizione disponendosi in un atteggiamento miope e dogmatico, tanto povero quanto, se mi è consentito il termine, spocchioso: tutto si riduceva al principio indiscutibile secondo cui esisteva *solo* ciò che fosse dimostrabile sul tavolo di dissezione. I detentori del potere accademico misuravano ogni teoria e ogni ipotesi relativa al funzionamento del cervello e della psiche umana con il *niente* che si poteva vedere nei riscontri autoptici*: tutto quanto non fosse dimostrabile a livello anatomopatologico non esisteva.

III. *La rivoluzione di Sigmund Freud*

La Psicoanalisi di Freud nasce in un contesto socio-culturale, che nutre al suo interno un bisogno improrogabile di cambiamento dialetticamente intrecciato a una visione accademica del “sapere”, considerato ancora come saldamente legato al “potere”.

Freud, partendo dai suoi interessi per l’anatomia patologica del sistema nervoso, si accorge gradatamente, attraverso uno studio attento e accurato dei dinamismi psichici, che il tavolo autoptico non poteva spiegare una molteplicità di fenomeni estremamente interessanti: nasce il concetto affascinante, magnifico, terribile, trasgressivo di *inconscio*.

* Non può stupire una mentalità che si è protratta per molto tempo fino ai nostri giorni, anche dopo il secondo dopoguerra: ancora negli anni sessanta istologia e biochimica erano insegnamenti complementari tenuti dai professori di chimica e di anatomia senza, perciò, la dignità di discipline autonome. [N.d.R.]

Mi soffermo sul termine “trasgressivo”: oltre alla presa di coscienza della necessità di esaminare i fenomeni con strumenti tali da superare il miope entusiasmo dell’accademismo imperante per la sala di dissezione c’è anche il bisogno di scuotere la società conformista e la cultura vittoriana dell’epoca.

Il campo sessuale diviene il luogo deputato per seminare il germe dell’istanza rivoluzionaria, sebbene alcuni tipi di trasgressioni fossero già in atto: basti pensare alla *Belle Époque* e a tutta la sotterranea attività sessuale che serpeggiava in quel periodo. Era un atto rivoluzionario il fatto stesso di poter parlare di brividi di piacere, il che non apriva assolutamente lo spazio a una vero rinnovamento che il potere di allora non avrebbe accolto, né lasciava spazi di opportunità per un’autentica analisi sociologica.

Di fatto Freud si limitava a constatare l’esistenza di atteggiamenti trasgressivi, gettando un semplice sasso nella piccionaia dell’accademismo dominante nella facoltà di Medicina. A questo proposito, desidero analizzare le motivazioni, in apparenza incomprensibili, per le quali alcuni grossi personaggi aderirono alla Psicoanalisi.

IV. Adesioni alla rivolta

Io penso che già il primo Freud, sebbene riesca a creare scompiglio nell’ambito dell’accademismo dominante da sala anatomica, mostri significative tracce di *istintualismo* e una rigida monotematicità nel metodo interpretativo. Alfred Adler, che era inserito in movimenti a impostazione sociale, manifestava particolare attenzione per le esigenze dell’uomo all’interno della propria comunità e rivelava un singolare interesse per la medicina del lavoro, essendo inconsapevolmente psicodinamista sociale. Egli entra a far parte del gruppo psicoanalitico che fin dall’inizio si presentava come gruppo ristretto, istintualista, non aperto alla società, fermo all’individuo. L’adesione di Adler alla dottrina freudiana può essere compresa solo se la si paragona a quella di due altri personaggi.

Il primo è Bleuler, clinico, grande psichiatra da sala anatomica, ma anche acuto studioso della schizofrenia, che da lui fu così denominata [6]. Egli sviluppa il concetto, ancora grezzo, di *dementia praecox* precedentemente formulato da Kraepelin [14], riservando una particolare attenzione per lo *stile di vita* dell’individuo schizofrenico, che non poteva essere “riconosciuto” solo in base ai criteri nosografici un po’ semplicistici dell’accademismo psichiatrico universitario. Il secondo dei due personaggi è Jung: figlio di un pastore protestante, interessato all’uomo, al cosmo, al passato, imbevuto di fermenti mistici, si poneva in una posizione dissacratoria nei confronti dell’intera psichiatria del tempo.

Il confluire nel movimento psicoanalitico di tre personalità così diverse per im-

postazione costituisce la sintesi dialettica di un'unica protesta dai multiformi aspetti: la protesta "virile" di Adler, "socialmente interessata" alle differenze individuali, la protesta di Bleuler, fermamente sostenuta in nome di una clinica più "fine", la protesta di Jung che accompagna l'uomo verso orizzonti più ampi e trascendenti.

V. *L'involuzione dogmatica freudiana. I dissensi*

Freud, in nome di una protesta contro l'accademismo da tavolo d'anatomia, ricade inesorabilmente nel vizio organicistico durante l'affannosa ricerca di parentele con la fisica. Dopo essersi ribellato all'oppressione del positivismo scientifico dilagante, lo ricrea paradossalmente senza più neanche il presupposto dell'osservazione. L'apparato psichico, ipotizzato da Freud, è un sistema energetico che, comportandosi come un apparecchio fisico, tende, dopo che le pulsioni sono arrivate alla vetta, verso l'estinzione pur di raggiungere una condizione di quiete.

Il primo Freud aveva bisogno di adesioni e sapeva che il suo movimento doveva porsi come momento di rottura, proponendo concetti che la cultura ufficiale avrebbe sicuramente respinto come, per fare un esempio, quello dell'isteria maschile. Man mano che la teoria prende piede, però, raggiunge una tale forza da rendere il suo artefice, Sigmund Freud, un padre padrone che impone come modello di mente la sua scatola elettronica: la psiche, al contrario, costituisce un modello vivo, accostabile più al protagonista del *Piccolo Principe* [11] che a un'apparecchiatura adatta agli esperimenti di fisica.

Cominciano a prendere corpo, a questo punto, le differenziazioni inevitabili. Come giustamente fa notare Ellenberger [12], ognuno di questi tre, Adler, Jung, Bleuler, conteneva già in sé i presupposti, non ancora avvertibili, d'una dottrina autonoma [1, 6, 13] che si sarebbe successivamente sviluppata, dando luogo alla costituzione di Scuole diverse.

VI. *Organicismo e psicodinamica oggi*

Oggi, dopo la prima "rivoluzione" rappresentata dal movimento psicoanalitico e dalle conseguenti "code" creative, successivamente trasformatesi in "teste", si accende ancora un implacabile confronto-scontro tra biologismo/organicismo e psicologia del profondo, in cui noi adleriani ci collochiamo, anche se dobbiamo riconoscere delle differenziazioni nell'ambito della parentela. L'Adlerismo fa ormai parte integrante della cultura contemporanea nei suoi presupposti scientifico-artistici: lo studio della psiche è necessariamente scienza ma, nello stesso tempo, è pure arte [2], implicitamente e complessamente legata alla filosofia e all'antropologia culturale.

Oggi, il biologismo, alle cui “intemperanze” faccio cenno nel titolo di questa breve relazione, possiede mezzi estremamente sofisticati, validi e credibili rispetto al grezzo organicismo da tavolo anatomico di un tempo, per differenziarsi dal quale sono nati la Psicoanalisi e il movimento psicoanalitico. Oggi siamo passati dallo studio grezzo delle lesioni a quello delle funzioni: la ricerca sulle lesioni è divenuta molto più fine e si sviluppa nell’ambito dell’anatomia microscopica, della microscopia elettronica, della risonanza magnetica nucleare ma, soprattutto, della fisiologia e della fisiopatologia del sistema nervoso.

Esiste, in questo campo, una serie di punti cruciali che accendono un conflitto immotivato. Infatti, una “finzione” in grado di giustificare l’esistenza del suddetto conflitto può essere elaborata, solo se nell’ambito sia del biologismo che dello psicologismo si vengono a creare delle “intemperanze” tali da risultare, alla fine, molto dannose. Oggi non è possibile ignorare i progressi che la biochimica e la fisiologia basata sulla biochimica offrono alla ricostruzione del sottofondo biologico. L’ansia può essere studiata nei suoi aspetti di carattere funzionale così come l’angoscia, la schizofrenia e la depressione. Sono stati individuati meccanismi, fisici e chimici, soprattutto chimici con un particolare supporto della biochimica, sottesi agli attacchi di panico: sarebbe paranoide una presa di posizione “psicologista” che negasse i processi biochimici.

Per quanto riguarda i meccanismi impliciti nella patologia “minore”, non nella patologia “maggiore”, direi che la psicodinamica può spiegare l’eziologia, l’origine della malattia, mentre gli studi di carattere neurofisiologico e neuropatologico possono chiarirci la patogenesi, cioè il modo in cui questa patologia prende forma. In una discussione con accaniti biologi, che sostenevano l’origine *esclusivamente* organica degli attacchi di panico, ricordo di aver detto a uno di loro: «Se io, o qualcun altro, ora le dicessi con fare concitato e angosciato “Presto, presto, corra a casa, subito, per favore, per carità, subito, corra a casa, presto!”, lei non avrebbe un attacco di panico? Ce l’avrebbe! E ce l’avrebbe per uno stimolo ambientale, non per un punto di partenza biologico. Però, perché possa prendere corpo l’attacco di panico, si dovranno verificare tutti quei meccanismi che lei ha descritto, che spiegano la patogenesi, non la sua eziologia». La patogenesi costituisce la modalità con cui il disturbo si manifesta, l’eziologia ne spiega l’origine. Ci sono, inoltre, vie diverse di approccio ai problemi psicopatologici.

VII. *Il concetto di soglia*

Vorrei soffermarmi particolarmente sulla psicopatologia maggiore per arrivare al concetto di “soglia” che è alla base del mio intervento. Per quanto riguarda la patologia minore, come ad esempio quella nevrotica e particolarmente gli attacchi di panico a cui si sono interessati i biologi, dirò che la “scelta” del sinto-

mo dipende dalla particolare disponibilità di alcuni organi, *vari nei vari* individui, a essere utilizzati nell'ambito di un'espressività di quel *linguaggio degli organi* al quale Adler per primo si è interessato [1, 15].

In psicopatologia maggiore il concetto di "soglia" consente un buon accordo, una collaborazione fra la psichiatria clinica e la psichiatria psicodinamica. La valutazione di soglia, infatti, è una valutazione clinica che un bravo psichiatra, che sia anche analista, può desumere da un'attenta anamnesi e da alcuni colloqui. Partiamo da due tipi di disturbi che vi esemplificherò molto brevemente attraverso due casi clinici, i cui protagonisti mi hanno autorizzato a presentare la storia sia pur mascherata da qualche variante in grado di renderne irriconoscibile l'identificazione.

A mio parere, per quanto riguarda i disturbi depressivi, schizofrenici e schizofreniformi, esiste sicuramente, in molti casi, sia una componente biologica, sia una componente psicodinamica. Il grande psichiatra Arieti, che è morto prematuramente un anno fa, nell'ultima sua opera sulla depressione ha cancellato i concetti di "depressione endogena" e di "depressione reattiva", articolandola in "depressione lieve" e "depressione grave" e sottolineando l'importanza dei fattori psicodinamici anche nelle depressioni gravi [5].

VIII. *La depressione e la schizofrenia*

Io ritengo che esista una certa *disponibilità* di base alle risposte depressive scatenate da stimoli ambientali a seconda del diverso "livello di soglia": se la soglia è molto bassa si verifica una certa recettività a stimoli potenzialmente psicopatogeni anche poco importanti e la depressione insorge anche in base a normali spinte ambientali. Se la soglia è sensibilmente più alta, la depressione si manifesta solo nel caso in cui gli stimoli ambientali corrispondano a eventi estremamente drammatici e non transitori. *Più bassa è la soglia, minore sarà la possibilità di intervento della psicoterapia e dell'analisi; più elevata è la soglia, maggiore sarà la possibilità di intervento*: esiste sempre una possibilità di recupero finché le soglie non sono troppo basse; man mano che la soglia si riduce le prospettive prognostiche divengono sempre meno favorevoli.

Il principio è valido sia per la depressione sia per la schizofrenia. Ricordo la teoria sul "legame multiplo", elaborata e sviluppata da me e dal collega Pier Luigi Pagani [3] sul modello del "doppio legame", come possibile fonte psicodinamica della schizofrenia: messaggi che si smentiscono a vicenda, provenienti da una vasta gamma di fonti (padre, madre, fratelli, amici etc), generano un'angoscia incontrollabile proprio per l'impossibilità di offrire al soggetto comunicazioni coerenti che non si annullino reciprocamente. Lo stesso Adler, però, ha sottolineato come debba essere ipotizzato, in ogni caso, l'intervento

d'un preesistente *quid* patologico, poiché soltanto alcuni fra gli individui posti di fronte a stimoli schizofrenogeni rispondono con la schizofrenia: ritorna nuovamente il concetto di "soglia bassa" e di "soglia alta". Quando c'è una soglia relativamente "alta", l'analisi, la prevenzione e il recupero possono prendere corpo.

IX. Schizofrenia a soglia bassa

Per quanto riguarda la schizofrenia desidero presentare brevemente due casi clinici molto semplici. Il primo soggetto presentava una soglia medio-bassa. Sebbene siano stati possibili un sondaggio analitico e un recupero psicoterapeutico, è da escludersi una prognosi pienamente liberatoria perché esiste un *quid* biologico, estremamente potente in contrasto con la componente psicodinamica e ambientale, che rende molto probabile il rischio di recidiva: la psicoterapia analitica è, comunque, estremamente utile per il paziente. G. cresce in una famiglia in cui sono trasmessi messaggi di "doppio legame": il padre è edonista e trasgressivo, la madre è pragmatica, logica, priva di fantasia. Il padre stimola la trasgressione, il piacere, la madre assicura la sopravvivenza. I messaggi dal doppio legame provengono da due persone distinte, in quanto può anche capitare che le sequenze di comunicazioni contraddittorie non debbano necessariamente arrivare dal medesimo individuo. Durante il liceo G. è incoraggiato da un professore a dare libero sfogo alla sua creatività incanalando la libertà trasgressiva paterna in un filone in grado di consentirne anche l'utilizzo intellettuale e pratico. Il docente è *maschio*. Successivamente interviene una professoressa, *femmina*, che presenta straordinarie similitudini con la madre: ella, sostenendo che le evasioni creative sono *folli*, lo invita a un maggior autocotrollo e a un più sano pragmatismo.

Qui comincia a prender forma un delirio complesso e incoerente, che si rinnova e si smentisce continuamente, sui cui contenuti non posso dilungarmi per motivi di tempo. Alle fasi attive si alternano fasi residue, che consentono al paziente di raggiungere transitori momenti di *insight*. Durante il trattamento analitico, ancora in corso, mi dice: «Questo che ho sentito oggi è delirio, vero? Questa è dissociazione, vero?». Devo ricordare anche in questa sede congressuale un episodio molto divertente che G. un giorno mi riferisce. Il paziente, che parlava bene molte lingue, tra cui l'inglese e l'olandese, una volta incontra in treno alcuni inglesi. Si mette a parlare in inglese con accento olandese e, divertendosi a recitare la parte di un archeologo olandese, racconta fantastiche storie sui suoi scavi. «Anche questo è delirio? – mi chiede – Io, però lo sapevo, l'ho fatto apposta». «No! – gli rispondo – Questa è creatività».

G. ha capito le motivazioni profonde della sua sofferenza, ma ricade inesorabilmente, di tanto in tanto, in quelle manifestazioni patologiche maligne per cui, purtroppo, non esiste alcuno spazio d'intervento, spazio che, comunque, è su-

scettibile di nuove aperture: il lavoro analitico di profondità con lo smantellamento delle *finzioni rafforzate* gli ha reso possibile il conseguimento della laurea e l'esercizio, sia pure in modo anticonformista, di un'attività lavorativa gratificante, cosa difficilmente conseguibile attraverso un intervento terapeutico di tipo puramente pragmatico.

X. *Disturbi schizofreniformi*

Il secondo caso clinico che desidero proporre apre più vasti orizzonti alla speranza: appartiene al gruppo dei disturbi schizofreniformi. Per inquadrare questa forma morbosa mi riferirò al DSM-III. La sintomatologia dei Disturbi Schizofreniformi coincide con quella dei disturbi Schizofrenici, con una maggiore tendenza allo stato confusionale e all'eccitamento, comunque non sempre presenti. Si registra una compromissione della forma e del contenuto del pensiero, con la strutturazione di deliri che non sono mai sistematizzati, della percezione, dell'affettività e della psicomotricità: sono disturbi caratterizzati da brevi episodi di tipo schizofrenico con lunghi intervalli nell'ambito dei quali esiste un totale ritorno allo stadio premorboso.

La paziente è una donna cresciuta in una famiglia, a suo parere, posta sotto l'egida intellettuale e creativa di un fratello maggiore superdotato, creativo, affascinante, molto sollecito nei confronti della sorella minore. L'attenzione della madre sembra rivolta verso un terzo fratello. La ragazza, cresciuta all'ombra di questo fratello geniale, sviluppa una certa creatività guidata, protetta: lui la stimola a una comunicazione affettivo-emotiva paritaria, l'aiuta nella crescita, la spinge a produrre. Il modello paterno è un po' spento, quello materno è di tipo pragmatico. Purtroppo, nella tarda adolescenza la paziente perde tragicamente il fratello, sua guida e suo punto di riferimento, che muore insieme alla fidanzata in un incidente di moto.

Per uscire dal facile scivolamento nel luogo comune d'un Edipo rivolto verso il fratello, vi dirò che la fidanzata aveva ottimi rapporti con la paziente. Si era creato un originale rapporto a tre senza che emergesse alcuna componente sessuale. Ora la ragazza si ritrova sola, con una madre pragmatica e un padre spento. Dopo un breve periodo di adattamento, si rifugia in una tenace forma di timidezza autoprotettiva accompagnata dalla tendenza verso atteggiamenti di tipo pratico. Si cerca un fidanzato piuttosto maschilista che induce in lei continue sofferenze. Ogni tanto, però, diviene protagonista di magnifiche ma terribili evasioni. Nella fase attiva del disturbo schizofreniforme si trasforma nel personaggio d'un mondo meraviglioso attraverso la creazione di deliri che le consentono di sentirsi al centro d'un palcoscenico in cui può finalmente *recitare* alternativamente il ruolo del fratello, che la protegge, e di se stessa.

Vi descriverò come siamo – non dico sono – riusciti a ottenere la sua guarigione. Nella cura dei disturbi schizofrenici la coppia terapeutica deve essere una coppia creativa [3]: la paziente un giorno mi porta dei disegni “orribili”. Io, che amo la pittura, ma disegno molto male, le ho detto, “incoraggiandola” a far emergere una predisposizione a lei sconosciuta, che i disegni erano *ricchi di simboli*, ma molto brutti, suggerendole, quindi, di scrivere. Ha provato a scrivere racconti surreali, simili nello stile narrativo ai racconti di Calvino, sublimando, così, attraverso l’arte il bisogno d’un mondo alternativo, cosa che le ha consentito un lento e progressivo inserimento sociale: la paziente successivamente partecipa a molti concorsi letterari.

L’individuo che fugge in un mondo alternativo surreale autocreato, come quello indotto dai disturbi schizofreniformi, non ha posto nella società, mentre lo scrittore di temi surreali può farlo. Questo è stato il percorso seguito per un recupero che, purtroppo, la mancanza di tempo non mi consente di sviluppare nei dettagli. Devo aggiungere, però, che, a distanza di dieci anni, non ci sono state recidive: la paziente continua a scrivere.

XI. *Commiato*

Come dimostrano questi due brevi casi clinici, la nostra è una scuola di psicologia del profondo che si basa essenzialmente sull’interpretazione delle *finzioni* in un gioco dialettico fra paziente e terapeuta che insieme costituiscono una *coppia creativa* indissolubile. Io continuerò a battermi perché la nostra Scuola, anche a livello internazionale, rimanga e continui a essere, come alla nascita, una scuola interpretativa. Alfred Adler “interpreta” e sostiene sempre, anche nell’ultimo libro *Il senso della vita* di cui ho curato la traduzione, l’importanza dell’interpretazione, dell’*interpretazione di profondità*: «Anche il così detto conscio, ovvero ciò che si chiama “Io”*, è pieno d’inconscio o meglio, secondo la mia definizione, d’incompreso» (2, p. 53). Successivamente egli precisa: «Il

* «Adler, scrivendo in tedesco, usava il termine *Ich*, che è stato tradotto sia come “Sé” che come “Io”. Noi riteniamo la prima una traduzione più appropriata, particolarmente dopo la distinzione fatta da Symonds (1951) fra i due termini; comunque l’uso del nostro “Sé” è identico a quello che Allport fa del termine “Io”» (ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1977: 190). Ricordiamo, inoltre, che «se per i freudiani l’inconscio è un “qualcosa” incarcerato in un’oscura prigione da qualche parte del cervello, in costante opposizione al *conscio*, la visione adleriana implica una continua interazione degli aspetti consci e inconsci in una *psiche unitaria*, identificabile appunto con quell’“Io”, i cui processi dinamici profondi fanno indiscutibilmente posizionare la *Psicologia Individuale* fra le più recenti psicologie del Sé» (PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1997), Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 42: 6). [N.d.R.]

nostro approccio ci permette di inquadrare l'“Io”, ossia la personalità nel suo assieme. Altre false concezioni tentano invece di avvertire un'opposizione fra il conscio e l'inconscio, Freud [...] oggi [...] parla dell'inconscio che risiede nell'“Io” e assegna quindi all'“Io” un aspetto che la psicologia individuale aveva già visto da tempo, prima» (*Ibid.*, pp. 183-184).

Dobbiamo, dunque, promuovere molteplici prospettive di studio e di intervento che siano particolarmente congeniali agli psicologi individuali, ma anche adatte a tutti gli psicologi del profondo che seguono “questo” orientamento che è nostro, perché a noi è stato direttamente e chiaramente tracciato dal nostro Precursore. Io mi sento parte integrante del Movimento Internazionale Adleriano a cui io e la Scuola italiana siamo fieri di appartenere. Vorrei che noi tutti continuassimo a contribuire allo sviluppo della Individualpsicologia con l'orgoglio creativo che costantemente ha ispirato Alfred Adler, perché la nostra è una Scuola di interpretazione, una Scuola feconda, che ha sempre prodotto idee.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
3. ADLER, A., ANSBACHER, H.L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1982), *Adler e Nijinsky, da un incontro: ipotesi sulla schizofrenia*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *DSM-III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1983.
5. ARIETI, S. (1978), *La depressione grave e lieve. L'orientamento psicoterapeutico*, Feltrinelli, Milano 1981.
6. BLEULER, E. (1911), *Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenie*, in ASCHAFFENBURG (a cura di), *Handbuch der Psychiatrie*, Deuticke, Wien.
7. BOTTOME, P. (1957), *Alfred Adler, a Portrait from Life*, Vanguard, New York.
8. CALVINO, I. (1965), *Le cosmicomiche*, Einaudi, Torino.
9. CALVINO, I. (1968), *Ti con zero*, Einaudi, Torino.
10. CALVINO, I. (1968), *Le città invisibili*, Einaudi, Torino.
11. DE SAINT-EXUPÉRY, A. (1945), *Le petit prince*, Gallimard, Paris.
12. ELLENBERGER, H. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1986.
13. JUNG, C. G. (1912), *Wandlungen und Symbole der Libido*, tr. it. *La libido, simboli e trasformazioni*, Newton Compton, Roma 1993.
14. KRAEPELIN, E. (1883), *Psychiatrie*, tr. it. *Trattato di psichiatria*, Vallardi, Milano 1907.
15. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1978), Il concetto adleriano di linguaggio degli organi, *Medicina psicosomatica*, 3: 321-329.
16. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica, le basi cliniche della psicoterapia maggiore*, CST, Torino.