

GASTONE CANZIANI

LE TEMATICHE FONDAMENTALI DELLA PSICOTERAPIA MODERNA E LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE: UN PRIMO APPROCCIO

Premessa

La psicoterapia moderna sta cambiando il suo volto: i sistemi psicoterapeutici così detti classici si vanno modificando, anche in modo clamoroso, come dimostra, per esempio, la comparsa sulla scena scientifica del comportamentismo cognitivista; nuovi modelli di psicoterapia entrano nell'uso e si diffondono così rapidamente da rendere difficile persino il loro conteggio. In questa situazione, tanto confusa quanto complessa, è apparso utile al Relatore della presente nota, di isolare e analizzare — prendendo come punto di riferimento la psicologia individuale — una serie di tematiche, giudicate punti nodali dello sviluppo della psicoterapia moderna. In questa comunicazione viene presentato — con la brevità imposta dalle norme congressuali — un primo gruppo di quattro «tematiche» che per il loro carattere molto generale sono state scelte come introduzione allo studio in corso e che riguardano rispettivamente:

- 1) I rapporti fra psicologia clinica, psicoterapia e psichiatria.
- 2) La motivazione dell'esercizio della psicologia clinica.
- 3) I problemi etici in psicoterapia.
- 4) Il problema della nosografia in psicologia individuale.

1.

I rapporti fra psicologia clinica, psicoterapia e psichiatria.

1.1. *La duplice matrice della psicoterapia.* È possibile sul piano storico attribuire alla psicoterapia moderna una duplice matrice. Accanto, cioè, alla matrice più antica, di origine

europea, che risale all'inizio del secolo e deriva da un filone, essenzialmente neuropsichiatrico, costituito dalla triade formata da Freud, Adler e Jung, si è «collocata» attorno agli anni cinquanta una seconda matrice. È la matrice di origine statunitense che nasce da un filone della psicologia clinica cui l'amministrazione dei veterani diede una veste ufficiosa se non ufficiale: e infatti, la Veteran Administration, nell'organizzare i propri ambulatori, assegnò alla psicologia clinica il triplice ruolo diagnostico, terapeutico e di ricerca. Studi successivi, interventi dell'APA e di comitati di esperti, su cui appare inutile soffermarsi, perfezionarono la struttura della psicologia clinica sino a trasformarla in una professione solidamente fondata sul piano scientifico, formativo ed operativo. A questa svolta della psicologia clinica che favorì un nuovo modo di fare psicoterapia, differenziato dalla psicoanalisi, lo scrivente ha ritenuto di poter attribuire il significato storico di seconda matrice della psicoterapia. È da questa seconda matrice che è possibile far derivare gran parte delle nuove psicoterapie e delle psicoterapie sviluppatesi in Italia dopo la fondazione delle due Facoltà di psicologia di Padova e di Roma.

1.2. *Il Simposio di Psicologia clinica di Milano (1952)*. In Italia la prima manifestazione «ufficiale» della psicologia clinica fu tenuta con un Simposio organizzato da Agostino Gemelli a Milano nel 1952 (1). Il Convegno, per la larga partecipazione di studiosi europei che si ebbe, può essere considerato, da un punto di vista storico, come una importante sintesi dello stato in cui versava nel primo dopoguerra la psicologia clinica, non solo in Italia, ma in gran parte dell'Europa occidentale. Dal punto di vista che si intende sottolineare qui, cioè quello del riconoscimento della nuova concezione statunitense della psicoterapia, degno di nota appare il fatto che nessuno dei partecipanti dimostrò in quella sede di avere una chiara cognizione dello sviluppo assunto dalla psicologia clinica negli Stati Uniti e del salto qualitativo da essa compiuto. I quesiti proposti da Gemelli al Simposio («chiarire il concetto di psicologia clinica, esaminare chi è chiamato ad esercitare questa nuova branca della psicologia...» e i vari tentativi posti in atto per dare una definizione della «nuova scienza») confermano quanto distante fosse da noi l'idea che, superando le barriere opposte dalla imperante psicoanalisi, la

psicologia clinica potesse esercitare e sviluppare nuovi metodi psicoterapeutici.

1.3. *La psicoterapia come emanazione della psicologia clinica.*
Come ogni disciplina scientifica la psicologia clinica presenta un duplice aspetto: quello di una teoria generale di diagnosi e terapia delle sofferenze mentali e quello di una teoria specifica del comportamento umano. La psicologia clinica nella sua espressione più generale possiede un ricco patrimonio di norme, analisi metodologiche, descrizioni, classificazioni e valutazioni di sistemi, utilissime nell'ambito tecnico formativo, ma non tali da poter inquadrare in un sistema unitario e coerente le varie manifestazioni del comportamento umano. Un sistema unico, universale, di psicoterapia dovrebbe, infatti, essere basato su una teoria accettata da tutti e su un nucleo di proposizioni scientificamente controllate, cioè sottoposte a falsificazioni o a verifiche sperimentali o matematico-statistiche che, per lo stato di immaturità epistemologica di cui soffre la psicoterapia nel mondo, non può essere realizzato. Se si dovesse, infatti, costruire un sistema utilizzando solo le proposizioni scientificamente provate dalle diverse Scuole, si darebbe origine ad un sistema eclettico, lacunare e pieno di contraddizioni intrinseche. Respingendo questo modo di vedere, F. Thorne (2), come è noto, ha voluto tentare di riunire i contributi delle varie Scuole psicoterapiche entro gli schemi di una psicologia eclettica. La psicologia da lui proposta è basata sulla selezione dei fondamentali metodi scientifici delle varie Scuole, validati e combinati in un tutto che l'Autore ritiene «coerente». È da notare, però, che per raggiungere il suo scopo e mettere insieme, per esempio, l'inconscio freudiano con lo stile di vita adleriano, Thorne ha dovuto rinunciare a qualsiasi teoria dell'uomo o, per usare il suo linguaggio, a qualsiasi «teoria parrocchiale dell'uomo». Ora, indipendentemente da qualsiasi giudizio si voglia attribuire agli aspetti positivi dell'opera di Thorne, appare chiaro che una psicologia che rifiuti qualsiasi teoria dell'uomo non fa che mutilare se stessa. La ricerca scientifica sulla natura dell'uomo infatti è uno degli scopi fondamentali della psicologia clinica. Per quante difficoltà presentino, per quanto diverse e contraddittorie possano essere le teorie e i sistemi psicoterapeutici che da esse derivano, la ricerca scientifica sulla natura dell'uomo non può essere relegata alla sola ricerca filosofica.

D'altro canto un «sistema» eclettico risultante da una pura combinazione di metodi non può oltrepassare i limiti di un inventario o di un mero profilo di comportamenti che, per quanto utili siano, non sono in grado di soddisfare le complesse esigenze della psicologia moderna. Da questo punto di vista appare più che legittima l'affermazione di S.J. Korchin (3, 87) che uno psicoterapeuta deve seguire una teoria, cioè un determinato sistema di ipotesi che, da un lato, offre all'analista un filo conduttore per un esame del paziente e, dall'altro, gli permette una «verifica sul campo» delle ipotesi stesse. È ovvio che la molteplicità delle teorie crei una molteplicità di sistemi psicoterapici la cui inflazione non potrà essere contenuta che da un sistematico controllo scientifico delle proposizioni che li costituiscono: il che rappresenta oggi un ideale difficile da raggiungere.

1.4. *La psichiatria e la psicologia di fronte al problema della psicoterapia.* Una grande diffidenza è sempre esistita e sussiste ancora fra psichiatri e psicologi per quanto riguarda l'esercizio professionale della psicoterapia. Senza entrare nel groviglio delle polemiche che ci porterebbero troppo lontano, e in settori economico-professionali che non riguardano questo lavoro, qui si vogliono ribadire soltanto due punti che si ritengono fondamentali, riguardanti rispettivamente:

- a) la situazione attuale delle due professioni;
- b) la loro possibile sistemazione in un futuro auspicabilmente prossimo.

a) Riguardo la sistemazione attuale va semplicemente dichiarato che né lo psichiatra, né lo psicologo, in base solo al loro titolo sono autorizzati — da un punto di vista tecnico — a condurre un trattamento psicoterapico. Psicoterapeuta, infatti, può essere ritenuto solo *chi abbia ricevuto un addestramento specifico nell'ambito di un sistema psicoterapico, seguito da supervisione e sia stato riconosciuto idoneo all'esercizio specifico della psicoterapia della Scuola o organizzazione che ha assunto la responsabilità della sua formazione.*

b) La sistemazione futura prevede la presa in carico delle spese della psicoterapia da parte dei servizi mutualistici, come è stato fatto in Germania, ove la psicoterapia viene praticata tanto ambulatoriamente che attraverso ricovero ospedaliero. La realiz-

zazione di questo stato di cose non appare importante soltanto per il grande aiuto che porta alla classe meno abbiente della popolazione, ma anche al controllo sull'efficacia delle varie terapie. Un comitato di esperti che sottoponga ad esami accurati i soggetti prima di assegnarli in cura ad un determinato psicoterapeuta e controlli a periodi prestabiliti il livello di miglioramento del paziente potrebbe portare un serio contributo alla valutazione dell'efficacia dei sistemi psicoterapeutici.

2.

2.1. *Generalità.* Una delle qualità peculiari del profilo professionale dello psicoterapeuta è rappresentato dalla così detta *disposizione all'esercizio della psicologia clinica*. Tale disposizione o attitudine alla psicologia è definita da S.J. Korchin come *la tendenza a comprendere e aiutare gli esseri umani che soffrono di disturbi psichici* (3, 87). Il fondamento della tendenza — sempre secondo Korchin — risiederebbe in un solido amore per il prossimo (3, 104).

Una tale definizione, che può essere considerata significativa negli Stati Uniti, ove la «psicologia dello psicologo» è stata oggetto di vari studi, non può essere trasferita automaticamente in Italia. Lo stato di immaturità in cui si trovano le applicazioni psicocliniche non permette ancora, invece, un serio controllo sul campo delle motivazioni che guidano certi studiosi verso la scelta della professione di psicologo clinico o di uno specifico sistema psicoterapeutico. La definizione korchiniana non può quindi essere considerata che come una ipotesi di lavoro di estremo interesse ma sulla quale, in atto, si può indagare soltanto indirettamente attraverso l'analisi delle due fondamentali variabili — l'affettiva e la cognitiva — che la costituiscono e che vanno studiate isolatamente.

2.2. *La variabile affettiva.* Come premessa alla breve analisi della variabile affettiva che, nel contesto della definizione di Korchin, va intesa come amore per la conoscenza e amore per l'uomo, bisogna tenere presente: a) che l'amore per la conoscenza e l'amore per gli esseri umani sono troppo spesso dissociati o addirittura in contrasto fra loro; b) che il comportamento delle

due componenti affettive varia a seconda dei sistemi psicoterapeutici presi in considerazione.

Prescindendo da quelle situazioni storiche recenti in cui uomini di scienza si sono prestati ad eseguire esperimenti «crueli» su esseri umani e prendendo in considerazione soltanto l'ambiente «abituale» in cui operano i ricercatori, è facile constatare che il numero di studiosi che avvertono un profondo amore per la ricerca scientifica, ma non sentono un pari amore per il prossimo, è piuttosto rilevante. Più sfumata, questa differenza si può osservare anche in grandi ricercatori come Freud, per esempio, e Adler.

La domanda che Freud rivolse a se stesso: «perché devo amare il mio prossimo?» è sufficientemente indicativa per dimostrare che in Freud l'amore per la scienza, che gli fece raggiungere il vertice del sapere, era notevolmente superiore all'amore per l'uomo, che può addirittura essere posto in dubbio. La domanda con cui Adler, come è noto, rispose praticamente a Freud rivolgendo a se stesso, in forma diversa, un analogo interrogativo: «perché non devo amarlo?» conferma, ove ce ne fosse bisogno, che l'amore per l'uomo, in colui che introdusse in clinica il sentimento comunitario, equivaleva se non superava quello per la scienza.

b) Per quanto riguarda il livello con cui la carica affettiva sia rappresentata nei diversi sistemi, può essere utile individuare un indice di misura nella «distanza» che abitualmente si crea od è richiesta fra analista e analizzando nella relazione medico-paziente. Rivangando nella storia di questa relazione si può senz'altro affermare che il così detto «incognito analitico», che serviva di norma per gli psicoanalisti dei tempi passati, costituiva la distanza massima possibile prevista fra medico e paziente, mentre il tipo di rapporto previsto da Adler coincideva e coincide con la distanza più breve che si possa immaginare. L'incognito analitico (W.J. Schrami 4, 116) serviva allo psicoanalista per fornire un'immagine speculare di se stesso che facilitasse il transfert del paziente. Per mantenere questa immagine, l'analista non doveva avere alcun rapporto «extra ora» col paziente. Egli nascondeva la sua vita privata, i suoi rapporti con gli altri, coi colleghi e i dipendenti. L'incognito analitico è andato naturalmente scomparendo con lo sviluppo della psicoterapia breve, con la psico-

analisi istituzionale e con le altre varianti cui è andata incontro la dottrina freudiana, pur lasciando qualche traccia di sé negli attuali rapporti fra analisti.

È possibile tracciare una contrapposizione fra la figura mitica del medico onnisciente, idealizzato, e l'orientamento adleriano che raccomanda il trattamento del paziente alla «pari», faccia-faccia, senza interposizione di qualsivoglia barriera fisica, e persino adottando il dispositivo di far sedere il bambino analizzato su una sedia più elevata affinché possa anch'egli sentirsi alla pari.

È inutile dire che una distanza minima simile a quella istituita da Adler si trova anche in altri trattamenti ed in modo particolare nella terapia centrata sul cliente in cui i seguaci di Rogers, che si limitano ad ascoltare il paziente con attenzione concentrata ed affettuosa, intervengono solo per commentare certi stati emozionali.

Differente fra tutti è il rapporto del behaviorista classico che bada essenzialmente al comportamento obbiettivamente accertabile ed evita ogni indagine retrospettiva. Nel comportamentismo il trattamento dipende prevalentemente, se non esclusivamente, dall'abilità tecnica dell'operatore: la carica affettiva può non solamente mancare del tutto, ma addirittura essere sostituita da una rigorosa disciplina nei trattamenti punitivi.

2.3. *La variabile intellettuale.* Il desiderio di comprendere il paziente, e cioè di considerarlo come l'universo di valori che lo caratterizzano nella sua interezza, coinvolge la messa in opera di meccanismi molto complessi; è possibile individuare delle differenze tra i diversi sistemi nell'approccio standard verso il problema della conoscenza.

Una circoscrizione tipologica è rappresentata dalle tre domande:

- 1) Quando si può dire di conoscere un essere umano?
- 2) Quali sono i metodi che permettono di raggiungere tale conoscenza?
- 3) Quali sono i limiti della conoscenza che si possono raggiungere nei vari sistemi?

Rispondendo alla prima domanda, si può affermare di conoscere un essere umano quando si può prevedere come si com-

porterebbe in una situazione data, cioè quando si è in grado di immaginare come ci comporteremmo noi se fossimo in lui.

Adler, peraltro, esprime chiaramente il suo punto di vista con le parole che noi conosciamo: dobbiamo essere in grado di vedere con i suoi occhi e di ascoltare con le sue orecchie.

La possibile replica alla seconda domanda è costituita dalla parafrasi di due principi sostenuti da quel geniale «turista della mente umana» che fu nei suoi giovani anni R. Laing; egli assunse che *le immagini che ci si forma dell'uomo variano in rapporto ai metodi che si usano per evidenziarle e che, per quanto diverse fra loro le immagini possano apparire, devono considerarsi tutte corrette*. Ricorrendo al materiale iconografico della Gestalt, Laing paragonava le immagini diverse che si ottengono da parte dello stesso soggetto alla figura ambigua di Rubin in cui lo stesso disegno può dare ora l'immagine di un vaso, ora quella del profilo di due volti. L'uomo, in effetti, può essere studiato come una «cosa», cioè «obbiettivamente» come si fa nell'esame psichiatrico, in cui si tenta di mettere in evidenza solo i sintomi **che presenta**, o come una «persona» come si fa negli approcci fenomenologici con i quali si tenta di scoprire le modalità subietive con cui il paziente vive il suo essere, ad esempio, schizofrenico. Le due immagini che si ottengono nello stesso soggetto in questo caso sono radicalmente diverse, ma entrambe genuine.

Alla terza domanda si può rispondere che i limiti della conoscenza dell'uomo dipendono dalla finalità che si persegue e quindi dalla teoria che si professa. Chi ritiene valida la struttura freudiana dell'inconscio farà coincidere i limiti della conoscenza dell'uomo con la penetrazione negli strati più profondi dell'inconscio: chi non segue la teoria freudiana collocherà gli stessi limiti a un livello differente. Così, un adleriano potrà dire di avere raggiunto la conoscenza di un soggetto quando ne conosce lo stile di vita, la meta lontana cui tende, le mete intermedie e la strategia che intende seguire per raggiungere i suoi scopi. Per un rogersiano, la conoscenza può ritenersi raggiunta quando scopre il modo in cui il paziente aspira ad autorealizzarsi, il che avviene nel momento in cui «il sé» si identifica con «l'ideale del sé». Per un comportamentista classico la conoscenza viene acquisita quando nell'essere ammalato, per esempio, si individua la causa che condiziona i sintomi.

3.

I problemi etici della psicoterapia

3.1. *Premessa:* I problemi etici riguardanti la psicoterapia sono evidentemente molto simili a quelli della psicologia clinica e della psichiatria. Esiste una differenza, però, di cui bisogna tenere conto: i trattamenti psicoterapici differiscono così profondamente fra loro per il modo in cui vengono condotte le analisi, per la struttura intrinseca dei sistemi su cui si fondano, per le tecniche che impiegano e gli effetti che producono sul comportamento umano, da coinvolgere in problematiche etiche se non ogni singolo sistema, gran parte di essi. In questo primo approccio perciò ci si limita a circoscrivere la tematica a un *breve accenno storico sulla «nascita» dell'etica in psicologia applicata e ad alcune considerazioni sugli «errori etici» cui può andare incontro uno psicologo sia per i propri orientamenti ideologici che per l'intrinseca struttura dei sistemi seguiti o per il loro errato uso.*

3.2. *La nascita dell'etica in psicologia applicata.* La problematica inerente l'etica in psicologia applicata ha una lunga storia. Il primo autore a sottolineare la necessità di fondare la psicologia applicata su basi etiche è stato A. Roback il quale nel lontano 1917, reagendo vigorosamente ad alcune affermazioni di H. Munsterberg (uno dei padri della psicologia del lavoro), gettava indirettamente le prime basi dell'etica nelle applicazioni della psicologia. Munsterberg sosteneva che lo psicologo applicato non doveva preoccuparsi di problemi etici e doveva soltanto fornire le prestazioni che gli venivano richieste: il fine per cui le stesse servivano riguardava soltanto il committente che, nel caso specifico, era un datore di lavoro. È ovvio che se si fosse esteso questo principio, peraltro rivelatosi profondamente inumano in psicotecnica, ad altre applicazioni della psicologia, si sarebbe istituita una figura subordinata di psicologo, la cui libertà decisionale sarebbe stata menomata. Giustamente, però, nel suo articolo polemico, Roback dichiarava che uno psicologo che obbedisse a simili principi avrebbe ridotto se stesso al livello di un militare che obbedisce agli ordini senza discuterli, mentre lo psicologo deve operare al servizio dell'umanità. Il che, esplicitato in termini più attuali, significa che *uno psicologo deve mettersi al ser-*

vizio esclusivo dell'uomo per aiutarlo ad affrontare i fondamentali compiti della vita ed a realizzare le sue potenzialità non estrinsecate, e per difenderlo tanto dall'asservimento al conformismo sociale che dalle manipolazioni del comportamento. Secondo gli insegnamenti della psicologia comunitaria ed ecologica, inoltre, lo psicologo avrebbe anche il nuovo compito di difendere gli esseri viventi dagli influssi fisici negativi esercitati dall'ambiente.

Oggi, come è noto, le norme fondamentali del comportamento etico degli psicologi sono regolate da codici deontologici: uno dei più importanti è l'*Ethical Standard*, elaborato dall'Associazione degli psicologi americani. Partendo dal presupposto teorico che tutti i problemi dell'uomo, anche quelli che implicano valori, debbano essere studiati obbiettivamente, gli iscritti all'APA furono invitati a riferire su eventuali situazioni personali che coinvolgessero orientamenti etici. Dall'analisi dei dati così acquisiti nacque il primo codice deontologico statunitense, in seguito rimaneggiato in funzione delle esigenze progressivamente maturate.

3.3. *Esempi delle più comuni deviazioni etiche.* I fattori che più frequentemente sono all'origine dei cosiddetti errori etici della psicoterapia sono fondamentalmente tre: l'ideologia personale dello psicoterapeuta, la struttura intrinseca di certi sistemi o il loro uso improprio.

a) L'ideologia personale dell'analista agisce come fattore disturbante specialmente nell'ambito che costituisce il più grosso campo di battaglia della psicologia, cioè il cosiddetto disadattamento sociale, familiare e scolastico. Compito precipuo, infatti, dello psicologo in questi casi è quello di accertare se la causa dello squilibrio che si è determinato sta nel comportamento anormale dell'individuo o nella inadeguatezza delle strutture sociali. È facile immaginare come la formulazione di un giudizio del genere coinvolga l'ideologia radicale o conservatrice dello psicoterapeuta. Se lo psicologo ritiene che la organizzazione della società in cui vive sia giusta e ne condivide le tradizioni e i costumi, considererà (Beilth Hallhmi) la società come una grossa macchina che si ritiene giusta e gli individui come piccole macchine che devono essere adattate alla macchina più grande. La scelta che egli farà sarà conformista e tenterà di «aggiusta-

re» l'individuo alla società. Se, viceversa, lo psicologo segue principi radicali e tende al cambiamento delle strutture sociali e dei costumi, sarà portato a denunciare le anomalie delle istituzioni.

Appare ovvio che tanto la scelta che tende ad «aggiustare» l'individuo per porlo al servizio del potere, che quella che tende a porre il potere al servizio degli individui, in quanto espressive di specifici valori, devono essere considerate estranee al pensiero scientifico e quindi erranee.

Secondo i dettami della psicologia individuale, l'errore di fondo di questi due atteggiamenti risiede nel fatto che entrambe le ideologie hanno come punto di riferimento modelli di una società reale, mentre secondo Adler lo psicologo deve ispirarsi al modello di una società ideale, non esistente concretamente, verso la quale si dirige nel suo progresso storico l'umanità. Adler respinge i modelli conformisti e suo figlio Kurt, ribadendo le idee del padre, dichiara esplicitamente: «Noi non dobbiamo tentare di impedire ad un ribelle di essere un ribelle».

Per indicare le genericità della sua concezione della società, Adler usava il termine spinoziano di «sub specie aeternitatis», mentre un adleriano moderno (P. Rom), con chiaro riferimento alla *Walden two* di Skinner, propone di chiamarla *Walden three*.

b) Un tipico esempio degli errori etici che non possono originare dalla struttura intrinseca di un sistema può essere fornito dalla psicoanalisi o, in generale, da quei sistemi più o meno derivati da essa, che tendono a collocare nella profondità dell'inconscio la genesi del comportamento umano. Così, per esempio, si è tentato di riportare a conflitti inconsci certi movimenti giovanili per la pace, maniere di abbigliarsi, sit-in, rifiuti ideologici ad arruolarsi nell'esercito. Non è nel programma di questo capitolo l'elencazione e l'approfondimento di una casistica del genere alla quale si vuole solo accennare. È evidente come il ricorso alle strutture inconscie di tipo freudiano comporti il pericolo di psicologizzare, interiorizzandole, le origini di qualunque movimento che nasca come risposta a stimoli ambientali.

c) Per quanto riguarda le conseguenze etiche che possono scaturire dall'uso improprio di un sistema, gli esempi più tipici sono costituiti dalla terapia del comportamento. In sede teorica, infatti, le tecniche behavioriste possono modificare in qualunque senso il comportamento umano: vi è però una differenza fra i pe-

ricoli insiti nei sistemi derivanti dalla teoria dell'inconscio e quelli insiti nella terapia comportamentale: i primi dipendono dalla intrinseca struttura del sistema, i secondi dipendono dall'uso che ne fa l'operatore. Chi scrive, in altro lavoro, per chiarire la suddetta differenza, è ricorso all'esempio d'un coltello da tavolo col quale si può tagliare il pane o uccidere una persona pur non essendo il coltello fabbricato per questo scopo.

3.4. *Etica generale della psicoterapia ed etica specifica dei sistemi.* Accanto a quella che si può chiamare l'etica generale della psicoterapia, esiste, anche se non bene codificata, un'etica specifica dei singoli sistemi, che l'Autore di questo scritto si riserva di trattare nella conclusione di quella serie di interventi cui si è accennato nella Premessa a questa comunicazione. Qui ci si limita pertanto a ricordare soltanto un dato storico che riguarda la nascita dell'etica dei sistemi e un pregiudizio intorno all'adlerismo che va rigorosamente combattuto. Il dato storico è costituito dalla pubblicazione nel 1912 da parte di C. Fortmüller di uno dei primi studi di etica dei sistemi («Psicoanalisi ed etica») che è contemporaneamente — sia detto incidentalmente — uno dei primi scritti pubblicati dal gruppo adleriano staccatosi da Freud (*).

Il pregiudizio da eliminare, diffuso ancora da certi Autori, anche eminenti, è quello di considerare la psicologia individuale come una pura psicagogia e a non mettere in risalto il suo carattere fondamentale che è quello di essere una psicoterapia nel senso classico della parola. Il fatto che Adler, dopo la caduta della monarchia austro-ungarica, si sia dedicato alla riforma della scuola ed abbia istituito già in quell'epoca dei consultori scolastici il cui modello non è stato ancora superato può essere naturalmente classificato come psicagogico: ma l'educazione dei fanciulli, per quanta importanza essa abbia avuto nella storia dell'adlerismo, non è che un «momento» della psicologia individuale. L'adlerismo è, infatti, soprattutto una teoria della natura dell'uomo, dello sviluppo della sua personalità, sana e malata, e un metodo di cura dei disturbi nervosi: cioè pura psicoterapia.

(*) A conoscenza di chi scrive uno dei pochi lavori esistenti, almeno in Italia, che riguardano l'etica in psicologia individuale è quello comunicato da P. L. Pagani nel penultimo Congresso della nostra Società.

Il problema della nosografia in psicologia individuale

4.1. *Gli adleriani e la nosografia.* È noto come gli adleriani si dividano in due gruppi di fronte al problema della nosografia: un gruppo che seguendo i principi enunciati da Adler la rifiuta e un gruppo che, nonostante tutto, la ritiene necessaria. Scrive in proposito H. Mosak (5, 67): «Molti adleriani rifiutano la diagnosi nosologica in sede psicoterapica mentre sono disposti ad usarla, per esempio, in sede medico-legale...».

Altri adleriani, invece, ritengono la diagnosi in termini di nomenclatura indispensabile al trattamento: una procedura questa, commenta Mosak, difficilmente concordabile con le loro posizioni teoretiche».

Scopo di questo capitolo è quello di dimostrare — contro l'opinione che pare prevalente fra gli adleriani — che la nosografia è non solo utile nella prassi diagnostica e terapeutica, ma necessaria e che, comunque, in un campo così pieno di incertezze come è quello dei disturbi psichici la coesistenza eventuale di ipotesi in antitesi fra loro non contraddice la logica scientifica.

4.2. *Il D.S.M. III.* A rendere attuale questo vecchio problema dell'etichettamento delle malattie nervose e a riproporne lo studio sul piano internazionale è stata la pubblicazione del cosiddetto «D.S.M. III», sigla con cui viene definito il «Manuale diagnostico delle malattie mentali» elaborato da un gruppo di esperti, mobilitati dall'Associazione degli psichiatri americani e di cui recentemente è stata pubblicata la traduzione italiana. L'opera, che può essere considerata da un certo punto di vista una «rivoluzione nosografica», è stata paragonata da P. Pichot a quell'altra «rivoluzione» verificatasi nel 1896 con la pubblicazione della sesta edizione del Trattato di Kraepelin.

Roberto S. Spitzer, presentatore del D.S.M. III, dopo aver rilevato come l'interesse per la nosografia sia andato aumentando in questi ultimi anni fra i clinici e i ricercatori, sostiene la necessità che gli studiosi possiedano *sul piano internazionale un linguaggio comune che descriva i pazienti con termini diagnostici chiaramente definiti.*

Non sembra si possano sollevare dubbi sull'affermazione di

R.S. Spitzer: se si vuole fare scienza nel campo delle malattie mentali l'elaborazione di una nomenclatura precisa che definisca l'«Ubi consistam» delle diverse forme morbose è indispensabile. E ciò tanto nella clinica psichiatrica in stretto senso intesa che in psicoterapia.

Non è questa la sede per dare informazioni dettagliate sulla programmazione del D.S.M. III, sui metodi di classificazione che propone, sui sussidi che offre per la identificazione delle malattie che arrivano sino all'attribuzione di un numero di codice a più cifre per ogni singola malattia. Non si può fare a meno, però, di richiamare l'attenzione su due punti fondamentali che caratterizzano il Manuale: a) l'impostazione ateoretica della diagnostica da cui è escluso qualsiasi riferimento eziopatogenico per evitare il caos che determinerebbero le inconciliabili vedute oggi esistenti sull'origine delle malattie nervose; b) l'abolizione del termine di psicosi divenuto troppo ambiguo e la differenziazione fra malattia mentale e nervosa centrate sull'egodistonia.

4.3. *Fondamenti della cosiddetta antinosografia adleriana.*

I principi enunciati da Adler che stanno alla base della scarsa fiducia che il fondatore della psicologia individuale aveva nella possibilità di costruire una nosografia scientifica sono fondamentalmente tre: a) il principio dell'unità psicodinamica delle psiconeurosi; b) il principio della unicità e irripetibilità della persona umana; c) il principio della non specificità delle psiconeurosi ritenute sindromi miste costituite da una serie di manifestazioni comportamentali che si associano fra loro nei modi più diversi.

Nonostante il legame di dipendenza che presentano questi tre principi, il loro diverso valore probativo permette di discuterli separatamente:

a) Il primo principio sostenuto ancora oggi da certi studiosi e che rappresenta un passo più in là rispetto ad una posizione già assunta da Freud, va considerato come un'ipotesi difficilmente falsificabile ma non avente al proprio attivo elementi tali di prova da poter apporre serie contestazioni alle teorie plurigenetiche della psichiatria moderna. Comunque sia, trattandosi di un campo di ricerca in cui l'ultima parola della scienza non è stata ancora detta, la convivenza di più ipotesi è più che giustificata dalla logica scientifica.

b) Per quanto riguarda il carattere unico e irripetibile dell'essere umano, bisogna riconoscere ad Adler il merito di averne sostenuto da sempre l'estrema importanza, tanto da fare derivare il nome del suo sistema — la psicologia individuale — da *individuum*. Sarebbe, però, un errore ritenere che l'aspetto dell'unicità e irripetibilità della persona sia l'unico aspetto che presenta l'uomo. Secondo un aforisma enunciato da Kluckhohn e Murray che S. Korchin ha rimesso in circolazione, ma che espresso nelle forme più diverse «girava e gira» nei laboratori di Psicologia da anni, si può affermare che: *ogni uomo è per certi suoi aspetti simile agli altri uomini, mentre, per altri aspetti, alcuni uomini sono più simili fra loro, pur essendo ognuno di essi per proprie intrinseche particolarità irripetibile e simile solo a se stesso*. Per quanto unici e irripetibili siano dunque gli uomini essi possono per certe qualità assomigliare ad altri esseri umani. La psicologia differenziale, che ha per compito lo studio delle somiglianze e differenze umane, non sarebbe possibile se l'irripetibilità della persona umana impedisse ogni confronto fra gli uomini. La nosografia come scienza va quindi considerata come l'equivalente, in sede patologica, della psicologia differenziale. Come la psicologia differenziale costituisce dei raggruppamenti umani in rapporto alle qualità che li rendono simili, così la nosografia tende a raggruppare gli uomini in rapporto alla somiglianza dei sintomi che presentano.

c) La terza affermazione di Adler riguardante la concezione della psico-nevrosi come una aggregazione instabile di sintomi è un dato di fatto indiscutibile. Esso ha ostacolato finora ed ostacola ancora una corretta etichettazione e classificazione dei disturbi nervosi. Non è il caso di soffermarsi in questa nota in un'analisi critica dettagliata dello stato attuale delle concezioni simili e dissimili da quella di Adler: basti qui ritenere che ogni difficoltà che la scienza incontra nel suo cammino deve essere superata: Il D.S.M. III offre una via per tentare una seria classificazione dei disturbi nervosi.

4.4. *Un settore di specifico interesse per la psicologia individuale.* Pur non essendo possibile allo stato attuale degli studi evidenziare quelle aree e quei particolari del D.S.M. III che possono essere utili alla psicologia individuale e su cui la critica adleriana può portare un contributo significativo, sembra oppor-

tuno segnalare come interesse specifico per la psicologia individuale i disturbi da stress e da panico descritti dal Manuale. Il loro studio infatti può portare contributi notevoli a quei fattori esogeni causali descritti da Adler che rappresentano un settore insufficientemente sviluppato dagli adleriani moderni.

Come si è rilevato in altra comunicazione, infatti, è possibile identificare fra i fattori di stress quella condizione che permette di confrontare omologandola la genesi adleriana delle neurosi con quella sostenuta dai behavioristi.

Ringraziamenti. L'autore è grato ai colleghi adleriani Dott.ssa R. Di Giovanni Picone e Dott. M. Sabatino per l'assistenza datagli nella stesura del lavoro.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1) «Atti del Simposium di Psicologia Clinica», Milano, 28-29 Settembre 1952. In *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 1952, I - II.
- 2) THORNE F.C.: «Eclectic Psychoterapy in Current Psychotherapies», R. Corsini Ed., 1983, pp. 445-486.
- 3) KORCHIN S.J.: «Un inquadramento teorico della psicologia clinica», in «*Psicologia clinica moderna*», I, Borla Ed., 1977, pp. 87-143.
- 4) SCHRAMI W.J.: «Elementi di psicologia clinica», Il Mulino Ed., 1978.
- 5) MOSAK H.H. and DREIKURS R.: «Adlerian Psychotherapy», in: *Current Psychotherapies*, R. Corsini Ed., 1973.