

INCONTRO SULLE PSICOTERAPIE

Come abbiamo segnalato nel precedente numero della nostra Rivista, nei giorni 25 e 27 ottobre 1979 si è tenuto presso l'Ordine dei Medici di Bari un incontro fra studiosi e operatori di psicoterapia di vario indirizzo. Riteniamo interessante pubblicare il materiale pervenutoci sull'incontro, come contributo per un confronto critico.

Prof. EUGENIO FERRARI (1)

PROLUSIONE INTRODUTTIVA AL CONVEGNO

In apertura, il moderatore Prof. Ferrari esprime il suo ringraziamento al Comitato Organizzatore che, significativamente, ha chiamato a presiedere la prima sessione di lavori un cultore di « Neurobiologia », mentre ha affidato la seduta conclusiva al Prof. Semerari cultore illustre di discipline « Umanistiche ».

In effetti, lo stesso Freud aveva auspicato, fin dagli albori della psicoanalisi, un progresso delle conoscenze scientifiche, tale da consentire la traduzione in termini neurobiologici dei problemi comportamentali e relazionali umani ed oggi, tra le metodiche psicoterapeutiche, talune, e segnatamente le comportamentali, sono interpretabili in termini di neurobiologia riflessologica. Tuttavia, l'auspicio freudiano è ben lungi dall'essere compiutamente realizzato; né forse potrà esserlo mai: attesta la natura « relazionale » dei problemi psicopatologici e psicoterapici.

Nell'homo sapiens, infatti, le relazioni interpersonali non riguardano tanto gli eventi in sé, quanto il « significato » soggettivo « simbolico » degli eventi stessi.

Valga l'esempio banale, ma chiaro, offerto dal movimento dei segmenti dell'arto superiore destro nell'uomo, che il neurologo clinico, a fini semeiologici, può indurre in un « paziente » su specifica richiesta verbale, ovvero stimolando elettricamente il nervo radiale in vista di informazioni relative alla integrità del tronco nervoso periferico o delle sovrastanti formazioni « centrali ». Orbene, la stessa attivazione degli estensori del braccio destro effettuata da un *legionario romano* assumeva significato di saluto militare; e, ripetuta oggi in un *comizio politico*, assume valore di « gesto » ideologicamente definito con correlate profonde significazioni sociali, emozionali, motivazionali.

(1) Direttore della Prima Cattedra di Neurologia all'Università di Bari.

Così, fattori storico-relazionali rendono profondamente diverso sul piano dei significati un identico movimento: che non esprime la semplice « sommatoria » di contrazioni muscolari somatomotorie ma un « insieme » nuovo, connesso alla storicità esistenziale del soggetto che compie l'azione ed al contesto relazionale nel cui ambito il gesto viene effettuato.

Queste connotazioni, peculiari dell'esistere e dell'agire umano, ne pongono le problematiche su piani che vanno ben oltre il livello « neurologico »; piani da affrontare con approcci peculiari propri delle discipline « umanistiche » quali appunto le « psicoterapie » propriamente dette.

E' la complessità dell'essere umano a sottendere la molteplicità delle psicoterapie il cui dialettico proporsi si rivelerà, oggi, stimolante culturalmente ed utile pragmaticamente.

Dott. GIANNINO PICELLO (2)

PSICOTERAPIA ADLERIANA

Alfred Adler era un medico ebreo nato a Vienna il 7-2-1870, morto ad Aberdeen (Scozia) nel 1937, quindi la sua opera è contemporanea a Freud nato nel 1856 in Moravia e morto nel 1939 a Londra, ed a Jung, nato in Turgovia (Svizzera) nel 1875 e morto nel 1961 in un paese sulle rive del lago di Zurigo.

L'opera di Alfred Adler, ammettendo il rilievo dell'inconscio in gran parte dei processi psichici, condivide con l'opera di Freud e Jung la definizione di Psicologia del Profondo.

Osserviamo ora un breve « flash » sulla vita di Adler.

Nei suoi primi anni di vita egli fu affetto da rachitismo e da gracilità costituzionale. Ciò lo costrinse a lunghe ore al sole, fasciato ed immobile, mentre gli altri bambini giocavano liberamente. Da questa situazione di oggettiva inferiorità nacque una ipercompensazione positiva che lo portò ad un recupero fisico (attraverso lo sport) e ad un profondo impegno nello studio della medicina « al fine di superare il pericolo della morte e la paura di morte »; coerente a questa sua esperienza personale di compenso, egli non solo non l'abbandonò mai, ma ne ricavò i primi elementi fondamentali della sua teoria.

Dopo la laurea (nel 1895) egli esercitò la professione di medico generico in un quartiere piccolo borghese di Vienna e ciò lo pose ovviamente a contatto con tanti svariati tipi di malati; tra questi egli fu attratto dalla patologia infantile che presentava spesso reazioni psicologiche simili od opposte alle sue. Approfondendo lo studio del problema, emerse il primo concetto veramente Adleriano che egli definì « inferiorità d'orga-

(2) Analista adleriano - Psicologo.

no ». Tra le sue note si legge: « Se un rene è malato, il rene sano si ipertrofizza ed assume parte della funzione del rene escluso; questa tendenza alla compensazione non rimane confinata all'interno del soma, ma agisce sulla psiche ».

Gli ulteriori dati salienti ed originali della teoria adleriana risulteranno dall'illustrazione di un caso. Per chiarezza espositiva distinguerò il trattamento in tre fasi. Partirò da alcuni dati anamnestici e descrittivi.

La paziente è una giovane donna di 20 anni, minuta (alta mt. 1,50 e pesa 36 kg.), veste in modo sobrio e preadolescenziale, con un aspetto che rivela cura ed attenzione per la propria persona, senza alcuna concessione di carattere esclusivamente estetico. Si presenta accompagnata dalla sorella. Inizia a parlare dei suoi problemi quasi con tono di scusa, perché si deve fare accompagnare dalla sorella, costretta dalla costante paura di un male o di morire; ciò le accade da quando le è venuta a mancare per leucemia una sua cara amica; iniziata un anno fa, la sintomatologia polifobica tanato-pato-agora-fobica ha assunto gradualmente un andamento ingravescente con crisi di pianto ed episodi di inappetenza.

Nulla da rilevare nell'anamnesi fisiopatologica. La paziente attualmente svolge un'attività commerciale, malgrado una predisposizione mai coltivata per il disegno e per la musica.

La ricerca prosegue prendendo in considerazione la *costellazione familiare*, in quanto nei primi anni di vita è il nucleo familiare che comunica alla nuova individualità il senso della vita, i suoi aspetti positivi o negativi, gratificanti o frustranti, determinando reazioni di accettazione imitativa o di rovesciamento aggressivo o di ambivalenza, con notevoli variazioni anche settoriali.

Diviene così importante conoscere di ogni individuo il numero dei componenti del nucleo familiare, la sua collocazione cronologica ed il vissuto della strutturazione dei rapporti.

Circa la paziente in esame, apprendiamo che è primogenita di quattro sorelle ed un fratello. I genitori contraggono matrimonio dopo dieci anni, alla nascita dell'atteso ultimo-genito di sesso maschile.

Il *padre* è una figura vissuta come autoritaria, irascibile, poco disponibile al sorriso, iperesigente nel chiedere prestazioni; si mostra debole e mai soddisfatto delle cure prestategli quando è affetto da malattia.

La *madre* è una donna attiva nel lavoro extrafamiliare e nello spazio domestico, assume nei confronti del marito un atteggiamento remissivo e dipendente, è una figura che cerca di essere protettiva, ma risulta difficile nel dialogo, soprattutto all'interno della famiglia.

La secondogenita, anche per la vicinanza di età, è una figura significativa per il soggetto e propone un modello più femminile nell'apparire, (per statura, avvenenza ecc.), nel comportarsi e nelle scelte autonomizzanti. Di carattere tranquillo e taciturno le altre sorelle.

L'ultimogenito è in una posizione di infantilizzante privilegio.

La paziente ha con il padre un atteggiamento reattivo e polemico, ponendosi in uno pseudo-ruolo paritario. Incoraggiata dagli altri compo-

nenti della famiglia, sceglie comportamenti costantemente rivendicatori, neutralizzati, però, dal potere di suggestione dell'immagine paterna.

Con la madre ha un atteggiamento autonomo e protettivo sin dalla preadolescenza.

Dopo la raccolta della costellazione familiare stimolo la rievocazione dei *primi ricordi*. Essi sono essenziali in tutte le dottrine dell'inconscio, per esplorare un importante periodo dell'esistenza in quanto è chiaro che noi potremmo avere infiniti ricordi; se ne rimangono alcuni invece di altri, ci deve essere una ragione, cioè devono in qualche modo far parte della personalità del soggetto. Nella tecnica adleriana essi svolgono, però, un ruolo particolare; nella scelta dei personaggi, degli oggetti, l'importanza reale è secondaria al rilievo affettivo ed emotivo ed alla meta inconscia che determina questa selezione. La paziente mi propone le seguenti rievocazioni:

- da bambina si sentiva diversa perché più matura, meno futile. Aveva un vestito bellissimo che non ha mai indossato, ma sporcato e rotto;
- ripetuto rifiuto dell'asilo, se proposto dal padre. Al contrario vi si recava se il padre se ne disinteressava;
- atteggiamento aggressivo e litigioso nei confronti delle compagne dell'asilo;
- in uno dei frequenti periodi di inappetenza, fu visitata dal medico di famiglia per disturbi intestinali, facilità al pianto ed insonnia e fu paragonata ad un esile e tenero virgulto;
- improvvisa modificazione del comportamento in 1^a elementare con una maestra sicura, decisa, ma dolce. Costruisce un vivace mondo fantastico ed assume un atteggiamento tranquillo ed abulico.

L'interpretazione psicodinamica di questi ricordi e le tappe essenziali della vita delineano un quadro di rifiuto dei simboli della identificazione femminile, privilegiando invece gli atteggiamenti e le qualità paterne: irascibilità, aggressività ed oppositività. Nell'incontro con la prima autorità femminile si crea un profondo conflitto tra il ruolo aggressivo ed oppositivo, a cui non sa rinunciare, e la paura di non farcela nei confronti del modello alternativo di sicurezza, che le fa intravedere un mondo affettivo e romantico di cui scopre l'esigenza.

La raccolta dei dati di personalità viene completata dalle indicazioni di alcuni *tests proiettivi* (Rorschach, T.A.T., prove grafiche, ecc.), che ben si inseriscono in questa prima fase che potremmo chiamare di ricerca di cause passate, stato presente e mete future. E' una visione temporale che vede confluire nel presente due funzioni entrambe fondamentali: *il passato ed il futuro*. Si può forse negare che nella vita di tutti noi le cause, le esperienze passate siano importanti quanto le fantasie, i desideri, gli obiettivi, consci e non, circa il futuro? Tale principio fu da Adler codificato come finalismo causale.

Dando uno sguardo alla sintesi dei proiettivi troviamo delineata una personalità ben evoluta nella sfera intellettuale, con disposizione alla sintesi e capacità di concentrazione. Sporadica la critica, per lo più polemica.

La sfera affettiva si presenta carente nella strutturazione, alternando intrusione e suggestionabilità in modo poco armonico. Emerge un complesso di inferiorità che, collegato ai dati anamnestici, pone in rilievo una dimensione organica, la gracilità e la debolezza fisica, o inferiorità d'organo, e parallelamente un complesso di inferiorità sociale, innescato dalla originaria situazione di primogenita illegittima (per dieci anni) in quanto di sesso femminile, ma meno donna della secondogenita. Ci troviamo di fronte alla inferiorità d'organo citata nei primi lavori da Adler, alla quale si è affiancato, nelle opere successive, il sentimento di inferiorità sociale che nel presente caso definiamo « complesso di inferiorità » per le conseguenze accentuate ed abnormi.

Tornando all'indicazione dei proiettivi, troviamo che la corporeità è quindi rifiutata perché psicologicamente dilatata è l'insufficiente statura e la non avvenenza. L'angoscia si focalizza nel bisogno di affermarsi comandando (modalità paterna). Timidi appaiono i tentativi di esplicitare le potenzialità creative in campo grafico e musicale, come equivalente simbolico e fantastico di una femminilità, che ha già troppo inibito le sensazioni e le emozioni perché sinonimi di debolezza e sciocca romantiche-ria. L'inappetenza è un simbolico rifiuto, una rinuncia a tutte le difficoltà della vita in un corpo femminile.

Gli elementi raccolti nella prima fase mi consentono ora di dare risposta a quell'impegno base dell'analisi psicologica adleriana: l'ipotesi interpretativa dello stile di vita, cioè l'identificazione di quell'impronta soggettiva e selezionatrice che caratterizza il comportamento, l'affettività ed il giudizio ecc. e tende ad una meta o fine ultimo.

Circa la paziente vediamo che si è creata una profonda scissione, una netta dicotomia, tra il *progettarsi* con azioni e atteggiamenti simili al potere della figura paterna, e l'*inconsapevole desiderio* di concedersi quelle identificazioni femminili sicure, ma dolci (quali parzialmente la madre e la sorella, in modo più pregnante la maestra e l'amica). Il bisogno di appartenere al genere femminile si rivela sporadicamente in « strane » debolezze come la dolce sensazione di abbandonarsi all'ascolto della musica, al ballo ed alla tenerezza di tratteggiare con acquarelli immagini di lattanti e foreste fantastiche.

Il comportamento è per il resto aggressivo, oppositivo, alla costante ricerca di un ruolo di leader tirannico; il complesso di inferiorità trova compensazioni in una volontà di potenza che prevalica e riduce il sentimento sociale. Questi ultimi due concetti sono definiti nella teoria adleriana come istanze innate. La volontà di potenza è l'energia motrice che ha permesso e permette all'uomo di sopravvivere, difendersi ed affermarsi; il sentimento sociale è invece il bisogno di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili (Adler sottolinea come l'uomo sia un animale debole che ha raggiunto il traguardo della civiltà mediante l'aiuto reciproco e la divisione del lavoro).

L'equilibrio tra le due forze rappresenta la condizione ideale dell'Uomo; Adler ne parla come « Legge della verità assoluta ».

E' una norma immaginaria cui bisogna uniformare la condotta individuale in equilibrio tra la legittima autoaffermazione e le esigenze della comunità. L'esistenza delle nevrosi, delle psicosi, della criminalità e del più ampio concetto di infelicità indica il grado di deviazione da questa norma fondamentale. Nel caso in esame, come nella maggior parte della patologia o devianza, il sentimento sociale risulta ridotto.

La figura dell'amica si inserisce come possibilità fantastica di una vita sociale armonica, senza rinunciare alla propria aggressività. La sua morte pone fine a quella fantasia di immedesimazione in una femminilità non contaminata da complessi di inferiorità: infatti la paziente verbalizza « sono morta anch'io ».

La paura della morte è vissuta da un corpo che diviene nel tempo sempre più femminile e che può difendersi dimagrendo o tornando a sembianze preadolescenziali (per rimandare inconsciamente la morte). L'appendice sintomatica dell'agorafobia è interpretabile come generalizzazione di quell'autocostrizione che aveva impedito di recarsi dall'amica morente; a ciò si aggiunge il bisogno di compensare l'insicurezza mediante una costrizione nevrotica sull'ambiente, onde ricevere aiuto, ponendosi lei regredita e rinunciando, non senza sofferenze, al ruolo responsabilizzante di primogenita.

Alcuni *sogni* rinforzano l'indirizzo interpretativo. Ne citiamo uno: il soggetto e l'amica sono due dame della corte di re Artù, che si sfidano a duello in una foresta fantastica; mentre la sua spada si spezza ed il moncone si trasforma in un rivolo di sangue, l'amica perdente muore. E' la femminilità romantica che soggiace alla violenza ed alla « tenzone » peculiari nel mondo maschile; l'amica non resiste all'impatto, la vincitrice rimane con l'aggressività monca e sanguinante nel suo simbolo.

I sogni forniscono sempre dati interessanti come ogni analisi del profondo contempla. I loro simboli non sono mai però considerati, dalla teoria adleriana, con significati prestabiliti, ma derivano sempre dalla storia e dal vissuto dell'individuo; si respingono le formule già incasellate per interpretazione e tema.

La *seconda fase del trattamento* coincide con la discussione del modello interpretativo, in un clima di leale collaborazione.

La pura comprensione razionale delle cause passate e delle mete future nulla toglie, però, alla sofferenza nevrotica. Può succedere infatti che il trattamento venga sospeso a questo punto per un miglioramento sintomatico che difficilmente dura nel tempo perché fragili sono i soli agganci conosciuti. La paziente, con alterne fasi di scetticismo e convinta partecipazione, alla fine si è identificata nell'ipotesi proposta, denunciando sfiducia nelle proprie capacità. Anche questa affermazione è utilizzata per specificare l'interpretazione, che secondo il modello adleriano deve poter continuare per tutta la durata del trattamento. Viene spiegato che tale timore risponde al fine di proteggersi dalle responsabilità di un nuovo modello, verso una meta che, pur soddisfacendo la volontà di potenza, non utilizzi gli artifici nevrotici.

Nella *terza fase del trattamento* possiamo, per comodità espositiva, distinguere due diversi livelli di intervento. Il primo livello, prettamente ricostruttivo della personalità, deve mantenersi concreto ed efficace, cercando di normalizzare le anomalie comportamentali evidenti e di neutralizzare la sintomatologia vegetativa, che sfugge al controllo della volontà.

Il secondo livello, non separato dal primo, sviluppa un'analisi del profondo e la presa di coscienza dei risvolti emotivi di ogni azione significativa. Si forniscono maggiori agganci teorici e più ampi spazi conoscitivi circa le possibili interazioni tra la volontà di potenza ed il sentimento sociale. Il privilegio dell'uno o dell'altro tipo è sempre conseguente alla personalità del soggetto, alle sue motivazioni dichiarate e non, parzialmente anche all'età ed al livello socio-culturale ed alle capacità del terapeuta di rapportarsi a queste ultime due variabili.

Nel caso citato, la fase di ricostruzione del comportamento, della personalità, mira a favorire nel soggetto la capacità di programmare in modo sempre più femminile, di rapportarsi con l'ambiente e di apparire in esso, senza rinunciare al bisogno di affermarsi. L'incoraggiamento avviene con modalità non stereotipate, evitando le banalizzazioni come rinforzo dell'ambiente, che potrebbe ulteriormente allontanare dalla scoperta dell'individualità. Emergono e si concretizzano le fantasie di dolcezza, gli episodi di tenerezza vengono riconosciuti, la capacità grafica e musicale coltivata con corsi di studio specifici. Si delinea in questo modo quale sarà il campo d'azione nel quale procedere tramite il coraggio, che nella teoria adleriana è una energia psichica superiore, simile al *thymos* o essenza dell'anima degli antichi greci. Per il soggetto sarà coraggio concedersi quelle mollezze affettive prima collegate alla carenza di autostima ed in questo senso andrà l'incoraggiamento dello psicoterapeuta. Inoltre la ripresa dell'attività commerciale permetterà al soggetto di collaudare i nuovi schemi comportamentali, in relazioni sociali sempre più vaste, che confermeranno la possibilità di raggiungere quella ferma dolcezza che tanto l'aveva affascinata. Prima « vittoria » è il recupero del peso e di una graziosa forma, con una attenuazione del centro sintomatico digestivo. Permangono sporadici episodi *tanato-fobici*, che la paziente riesce sempre ad inserire in un sistema logico e finalistico relativo alla sua psicodinamica, sdrammatizzando e controllando le ripercussioni emotive.

Il trattamento complessivo è durato 14 mesi e si conclude qui. Le ulteriori sedute dimostrano l'inutilità di proseguire nel secondo livello di intervento; la motivazione risulta infatti insufficiente ed il soggetto, dopo un iniziale scetticismo, se ne rende conto affermando di essere finalmente riuscita a sentirsi « esile virgulto dagli infiniti ramoscelli ». Questo aggancio ad un ricordo, prima frustrante, dell'infanzia, è significativo.

Il follow-up a distanza di un anno conferma il consolidarsi dell'equilibrio individuale in quella unità psiche-soma che Adler aveva cominciato a concettualizzare, traendo stimoli dal *Wirchow*. Il grande anatomopatologo aveva affermato che l'organismo rappresenta un insieme unificato in cui tutte le parti cooperano per un fine comune. Adler estese tale concetto all'interezza dell'individuo, negando l'antica dicotomia psiche-soma e le

scomposizioni o contrapposizioni più recenti nell'ambito della psiche (per es. Freud con l'Io, l'Es ed il Super Io). E' questo un concetto fondamentale nel pensiero Adleriano. Ellenberger, nell'interessante volume « La scoperta dell'Inconscio », considera tale concetto il *primo dei sei assiomi* fondamentali della teoria individual-psicologica: « Il principio dell'Unità dell'individuo come psiche-corpo », e all'interno della psiche non una contrapposizione conscio-inconscio, ma una fluida possibilità di cambiamento.

Il secondo assioma o del Dinamismo psichico: la psiche è una entità dinamica influenzata dal passato e tendente verso una meta che condiziona il suo volere, il pensare, il sentire e sognare. L'uomo si trova costantemente in situazioni di inferiorità, con la possibilità (la libertà) di scegliere se superarla o meno. Per superarla non è sufficiente l'introspezione, ma serve anche il coraggio (energia psichica superiore o thymos = in greco essenza dell'anima).

Il terzo assioma o dell'Influenza cosmica o senso di comunità: è un riflesso della generale interdipendenza del cosmo e quindi accettazione spontanea di vivere in conformità con le leggi della comunità, non rinunciando alla personalità individuale che è invece un filtro ed un tramite.

Il quarto assioma o della spontanea strutturazione delle parti in una totalità: tutti gli elementi costitutivi della psiche si organizzano secondo la meta che l'individuo si è autoimposta. Sensazioni, percezioni, immagini, ricordi, fantasie, sogni, convergono in un'unica linea direttiva di evoluzione o regressione.

Il quinto assioma o dell'azione o reazione tra individuo e ambiente: peculiare dell'uomo è la capacità di modificare il proprio ambiente, a cui però deve continuamente adattarsi e riadattarsi, perché per ogni sua azione ci sarà una reazione di risposta.

Il sesto assioma o legge della verità assoluta: un equilibrio ottimale tra il senso di comunità e l'affermazione individuale, l'infelicità, la nevrosi, le psicosi, la criminalità indicano la devianza da questa norma fondamentale.

Prof. GIUSEPPE A. TAMBURRO (3)

PSICOTERAPIA DEL MEDICO GENERICO

L'argomento di questa comunicazione pone notevoli difficoltà; basti pensare che già il titolo è ambiguo.

Infatti a che cosa ci si riferisce quando si parla di psicoterapia del medico generico? Forse ad una psicoterapia che si differenzia da quella dello specialista solo per il fatto che è messa in opera da un generico? Ma allora dovremmo parlare di psicoterapia di serie A fatta dal competente, e di psicoterapia di serie B operata dal meno competente, o dal più incompetente, se volete!

(3) Professore Incaricato di Psicologia Medica all'Università di Bari.

Oppure intendiamo una psicoterapia specifica, con una sua identità o dignità, con sue indicazioni e controindicazioni, anch'esse specifiche?

Cercare di rispondere a queste domande significa affrontare il nocciolo del problema; si ricordi che da venti anni ormai si parla di psicoterapia del medico generico, ma la risposta alle domande che ci siamo posti non è ancora univoca.

Infatti si è partiti dalla constatazione che ogni atto medico, qualunque esso sia, farmacologico, fisioterapico, chirurgico, ha delle valenze psicoterapeutiche.

Veramente è più esatto affermare che ogni intervento medico ha dei riflessi, delle conseguenze (e delle motivazioni) psicologiche, meglio psicotrope; che poi questi effetti siano positivi, psicoterapeutici, o negativi, iatrogeni, è tutto da stabilire e caso per caso.

Partiti quindi dalla constatazione che il generico fa psicoterapia spontaneamente, ossia senza sapere di farla, è stato facile giungere alla conclusione che doveva fare psicoterapia sapendo di farla e quindi per scelta.

Giunti a questo punto è opportuno fermarsi un istante a riflettere. Ma che cosa è la psicoterapia? Ossia sforziamoci di darne una definizione; sarà sicuramente incompleta, insoddisfacente, ma una definizione è indispensabile, non fosse altro per capire insieme di che cosa stiamo discutendo.

Secondo Balint per psicoterapia si intende « una interazione tra due persone una delle quali, il terapeuta, crea volontariamente, e quindi per sua scelta, un clima, una situazione emotiva, che permette al paziente di conoscersi e di farsi conoscere. Stimolato dalla sua sofferenza, e come risposta al clima creato dal terapeuta, il paziente lascia emergere aspetti della sua personalità, del suo carattere, del suo passato.

Bene, se questa è la definizione di psicoterapia, vediamo ora quelle che sono le cosiddette attitudini « psicoterapeutiche spontanee » del generico.

Con Guyotat le possiamo sintetizzare come segue:

- 1) la catarsi: il medico favorisce la scarica emotiva del paziente, scarica che di per sé diminuisce la tensione;
- 2) il dirigere: il medico ritiene di aver capito il problema del paziente e gli fornisce la soluzione. Questo equivale a dire che il medico fornisce al paziente la sua ideologia, gli dice come secondo lui un uomo dovrebbe vivere in quella situazione;
- 3) l'attività: il medico non dice al paziente cosa deve fare, ma lo fa lui. Ossia prende, al posto e per conto del paziente, delle iniziative;
- 4) lo spiegare: il medico si lancia in una spiegazione minuziosa ed esauriente della genesi dei sintomi, trasformando la malattia, ergo la sofferenza, in una perfetta equazione matematica, che come tutte le equazioni è priva di ogni emozione. Ora tutte queste cosiddette attitudini psicoterapeutiche spontanee del generico hanno in comune il risultato: favoriscono e cristallizzano la dipendenza del paziente.

Nulla in comune con quanto ci aspettavamo da una psicoterapia: « conoscersi e farsi conoscere ».

Forse il medico può illudersi di aver conosciuto, capito il paziente, ma di sicuro non può affermare che dopo questi interventi il paziente, ha una migliore conoscenza di sé medesimo.

Forse soffrirà meno, ma solo sul momento; non è più autonomo, ma sicuramente più dipendente.

Ora, se questo è il risultato, chiaramente insoddisfacente, delle capacità psicoterapeutiche spontanee del generico, è comprensibile come ci si sia rivolti a dei modelli di intervento psicoterapeutico, che per essere codificati, certi, più scientifici, direi più securizzanti, lasciavano prevedere risultati più soddisfacenti.

Ossia ci si è rivolti a modelli psicoanalitici, alla psicoterapia per eccellenza dello specialista.

Ancora una volta il generico, da docile e rispettoso allievo, si è rivolto al maestro, allo specialista, per ottenere lumi ed insegnamento.

Ma la risposta è ambivalente.

Infatti già nei primi anni del secolo Freud, a proposito dell'applicazione della psicoterapia a larghi strati della popolazione, profetizzava che l'oro dell'analisi doveva essere mischiato al rame di tecniche come la suggestione e l'ipnosi.

Ora questa profezia non si è avverata forse per quel che riguarda le varie leghe con metalli meno nobili, ma si è realizzata la diffidenza, qualche volta il disprezzo da parte degli psicoanalisti verso tutte quelle tecniche ed applicazioni psicoterapeutiche che esulavano dal campo ristretto dell'analisi pura.

Tanto che la risposta alla richiesta del generico è stata esplicitamente negativa: non potete occuparvi di psicoterapia, ossia di psicoanalisi; oppure: certo potete occuparvi di psicoterapia, basta che diventiate... psicoanalisti!

Il risultato: forse qualche cattivo analista in più, di certo tanti generici in meno, e soprattutto tanti generici frustrati ed insoddisfatti.

Il punto infatti non era quello di privare il generico della sua identità di generico, fornendogliene una fasulla di psicoterapeuta, ma permettergli di raggiungere quella modificazione parziale ma importante della sua personalità, tale da renderlo capace, e nella sua pratica quotidiana, di ascoltare-capire l'altro, ascoltando-capendo se stesso, o, se volete, di acquisire il « terzo orecchio » capace di sentire i sussurri (o le urla?) del suo e dell'altrui inconscio.

Mi si potrebbe però obiettare che questa parziale modifica della personalità è proprio ciò che si richiede ad uno psicoterapeuta perché sia tale, e che pertanto si ricadrebbe nel busillis di cui prima: partiamo da un generico, arriviamo allo psicoterapeuta, e perdiamo per strada il generico!

Si tratta di una obiezione valida, ma sino ad un certo punto: infatti è pacifico che per fare psicoterapia (qualunque psicoterapia) bisogna pos-

sedere le capacità tecniche, ossia essere psicoterapeuta, cioè aver raggiunto quella modifica della personalità di cui sopra. Ma il punto è come giungere a questa modificazione della personalità: per adesione passiva e pedissequa ad un modello, quello analitico, che permette di operare in una situazione specifica (lo studio psicoterapeutico), in un setting specifico (quello analitico), o invece tenendo conto della realtà operativa del generico che ad esempio, non solo non può, ma deve evitare il contatto fisico con il paziente, che ha rapporti continui con tutta la famiglia del medesimo, che lo visita non solo in ambulatorio, ma anche a domicilio, che deve ad esempio rilasciargli il certificato per assentarsi dal lavoro, che non riceve l'onorario direttamente dal paziente ma dalla cassa malattia, ecc. ecc. ...?

Ma l'analista questa realtà non la conosce; l'unico a conoscerla è il generico; ecco la necessità di apprendimento, sì, ma reciproco; certo un maestro, che per essere tale, deve in parte essere allievo del suo allievo, ed un allievo che deve essere maestro del suo maestro.

Non ci meravigliremo allora come siano così poco numerosi gli psicoterapeuti disposti ad essere maestri-allievi dei generici, e soprattutto perché sia così disagiata definire, identificare una psicoterapia del medico generico.

Disagiata, non impossibile.

E proviamoci identificando innanzitutto uno dei campi di intervento.

Premetto che non ho l'ambizione di elencare tutti i possibili spazi operativi del generico, ma di identificarne uno solo, che per la sua specificità, possa assumere un valore paradigmatico.

Ad esempio vediamo come è costituita oggi la clientela del generico: in massima parte, e proprio per i progressi della medicina, l'utente è soprattutto il cronico.

Intendo per cronico il paziente affetto da una affezione fisica, a lunga evoluzione, tanto che spesso la sopravvivenza è pari o appena inferiore a quella della popolazione sana; ma si tratta appunto di un sopravvivere piuttosto che vivere, e questo per l'esistenza di handicaps fisici importanti che limitano considerevolmente l'estrinsecazione della personalità o in quanto tali e/o per la risposta-rifiuto che inducono nella costellazione socio-familiare. Penso ad esempio al cardio-patico, al nefro-patico, ai soggetti affetti da forme degenerative, ai diabetici, ai portatori di limitazioni neurologiche, ecc. ecc.

Ora, se in questi soggetti misuriamo l'handicap « vissuto » dal paziente, troviamo che è nettamente superiore all'handicap fisico di cui sono portatori. Ossia la limitazione esistenziale è più estesa di quella somatica, come effetto della reazione psicologica del paziente alla malattia, e come esito della reazione dell'entourage alla malattia.

Il cronico infatti è vissuto e si vive come un elemento disturbante, proprio in quanto attualizza problematiche conflittuali inconscie, ma anche perché contravviene a quegli standard di sanità-efficienza-produttività che dominano la nostra società. Ma non basta: il cronico in quanto tale rappresenta il fallimento visibile, reale di una medicina onnipotente, quindi

mitica; ma se lo specialista può obbedire alle dinamiche contro transfe-
renziali eliminando il cronico dal suo campo emotivo, col passarlo al gene-
rico, quest'ultimo si trova solo con la sua ferita narcisistica: o ne prende
coscienza e prende in carico il paziente, o rifiuta ferita e paziente in un
tumultuoso rapporto sado-masochista sempre rinnovantesi; un enorme di-
spendio di energie per un sicuro fallimento dei due partners.

Prendere in carico il paziente, ma come? Ad esempio con una psi-
coterapia di sostegno dell'Io. Si tratta di un tipo di intervento che si
svolge ad un livello esclusivamente cosciente, con esclusione di qualsivo-
glia interpretazione e che richiede un transfert positivo. Il terapeuta si
pone come alleato dell'Io del Paziente: in quanto oggetto d'identificazio-
ne, svolge opera di placcaggio e di sostegno per questo io fragile e per-
mette al paziente di guadagnare un certo equilibrio.

Il terapeuta non si propone di eliminare la dipendenza del paziente,
anzi, in un primo momento, mira ad ottenere una regressione che faciliti
lo spostamento della dipendenza dall'entourage sulla sua persona. Questa
non è una semplice trasposizione, perché la dipendenza verso il terapeuta,
oggetto di identificazione, è più facilmente accettabile per il paziente sen-
za perdita della stima del sé. Appoggiandosi al terapeuta il paziente può
 porsi più correttamente di fronte alla realtà; può timidamente incomin-
ciare ad accettare la realtà per quella che è; ma soprattutto può incomin-
ciare a vincere le reazioni di diffidenza e di ansia che per l'innanzi gli im-
pedivano proprio questo approccio realistico della situazione. Ho detto
prima che questo tipo d'intervento fa astrazione da ogni interpretazione;
in effetti per favorire l'insight (indispensabile per ogni intervento che sia
veramente correttore), al più si può mostrare l'eventuale relazione tra ag-
gravamento della situazione fisica e le variazioni emotive; si spinge il pa-
ziente a riconoscere e a verbalizzare le sue difficoltà psicologiche, a ricon-
siderarle, a riviverle nella relazione medico-paziente.

Volendo riassumere, si spinge il paziente alla presa di coscienza della
realtà emotiva, unica prospettiva valida per accettare anche la realtà della
limitazione somatica, e per ottenere questo si lavora sulle parti sane della
personalità.

E' da notare che il paziente non ha bisogno di giustificare la sua
domanda con un medico, come il generico, che è parte integrante della sua
vita, che in quanto medico di famiglia fa parte della sua storia, che ha una
conoscenza del paziente, della sua famiglia, del suo lavoro nettamente su-
periore a quella che uno psicoterapeuta specialista potrebbe mai avere, per-
ché limitato nel tempo (durata della seduta) e nello spazio (gabinetto di
consultazione).

Infine il generico, svolgendo questo intervento, si sentirà meno fru-
strato e meno impotente di fronte a malati che sui banchi dell'Università
ha imparato a considerare come incurabili, ma che nella sua pratica quo-
tidiana ritrova come pazienti e che, come tali, non può liquidare con que-
sta semplicistica etichetta, d'incurabili intendo.

Prof. GIOVANNI DELLO RUSSO (4)

PSICOTERAPIA DI GRUPPO

(Elementi di microsociologia)

Psicoterapia di gruppo è un termine che risale al 1932 e lo dobbiamo a J.L. Moreno.

Per ottenere l'effetto terapeutico, la psicoterapia di gruppo sfrutta le « dinamiche di gruppo ».

Quest'ultimo termine è di K. Lewin (1944) e condensa un fervore di ricerche, le cui tappe salienti sono il 1908, epoca in cui J.B. Pratt utilizzò per la prima volta un gruppo a scopi terapeutici, il 1912, quando venne pubblicato « Totem e Tabù » di S. Freud, ed il 1920 che è l'anno in cui vide la luce un altro saggio dello stesso autore: « Psicologia delle masse e analisi dell'Io ». Con Lewin ed i suoi allievi, che nel 1947 varano il *T-group*, nasce una nuova scienza dell'uomo, che si colloca tra la psicologia e la sociologia: la microsociologia o psicologia sociale.

Un gruppo è un insieme di persone che si riuniscono periodicamente per perseguire finalità implicite o esplicite.

Si possono distinguere gruppi istituzionalizzati (o istituzioni: famiglia; clan; scuola; gilda o corporazione; équipe medica...) dai gruppi spontanei (comitiva, banda...).

Poi ci sono gruppi di lavoro o di discussione (*workshop* in inglese o *Arbeitsgruppe* in tedesco; *atelier* in francese): *T-group* (basic skills training-group, 1947); gruppo Balint (1957)...

E infine i gruppi terapeutici (Pratt; Bion; Foulkes...).

Le dinamiche di gruppo si verificano quando quattro o più persone si ritrovano riunite e si riuniscono periodicamente. A partire da tale cifra, infatti, il numero dei rapporti comunicativi possibili eccede quello dei membri riuniti.

Tra due persone vi è un solo rapporto possibile.

Tra tre persone (A, B e C) vi sono tre rapporti possibili: AB, AC e BC.

Tra quattro persone (A, B, C e D) vi sono sei rapporti possibili (AB, AC, AD, BC, BD e CD).

Tra otto persone sono possibili 28 rapporti comunicativi.

Per determinare il numero dei rapporti comunicativi possibili in un gruppo di *n*. membri, si ricorre alla formula:

$$\frac{n(n-1)}{2}$$

(4) Seconda Cattedra di Psichiatria dell'Università di Bari.

Anche la struttura della rete comunicativa ha la sua importanza per sviluppare le dinamiche di gruppo. Si possono distinguere diversi tipi di circuiti comunicativi, a seconda della loro configurazione: a catena, a croce, a cerchio, a raggi...

Sotto questo aspetto si è potuto rilevare che i membri che occupavano le posizioni centrali avevano maggiori possibilità comunicative degli altri ed a questi individui il gruppo assegnava il ruolo di *leader* durante la risoluzione di un problema di gruppo.

Si deve sottolineare con la dovuta enfasi che, in un gruppo, non è il *leader* o il conduttore che designa i ruoli, ma è il gruppo stesso. E va del pari sottolineato che i ruoli non sono assegnati una volta per tutte, ma incessantemente, nel corso di una stessa seduta o in quelle successive, vengono destituiti per essere assegnati altrove. Unica eccezione, in un gruppo di discussione o in un gruppo terapeutico, è il conduttore o i due conduttori: questi infatti non sono veri e propri ruoli ma istituzioni. Per concludere il gruppo è una entità reale ed autonoma quanto la persona: quando la persona si trova inserita in un gruppo non è più soggetta alle leggi della psicodinamica individuale, ma a quelle della dinamica di gruppo. Si forma così un nuovo *insieme* specifico.

Si può dire che le dinamiche di gruppo dipendono essenzialmente dalle reti comunicative che si realizzano tra i membri e dalle loro vicissitudini dipende pure la vita del gruppo. Ogni gruppo, infatti, al pari della persona, ha un suo ciclo vitale, fatto di una fase ascendente, di un periodo di splendore seguito da un immancabile declino.

Espressioni delle dinamiche di gruppo sono i fenomeni di gruppo: i ruoli, gli scopi, la coesione, la struttura, il gergo, i conflitti...

Secondo R.L. Wolberg (1971), la fenomenologia comune ad ogni gruppo si può riassumere in diversi punti:

1° ogni gruppo possiede una sua struttura peculiare.

2° Sotto la pressione di un gruppo, i membri assumono ruoli speciali: leader, deviante, gregario, monopolizzatore, capro espiatorio... Il leader è colui che anima le tensioni di gruppo ed a lui contrapposto c'è il capro espiatorio, che serve per smaltirle. I gregari sono coloro i quali accettano la normativa di gruppo mentre il deviante è colui il quale tale normativa non può accettare avendone in serbo un'altra che vorrebbe porre in alternativa: tra i 12 apostoli, Gesù è il leader e Giuda il deviante.

3° Gli scopi che un gruppo persegue sono implicitamente sviluppati o esplicitamente stabiliti e finanche codificati e verbalizzati, come succede nelle riunioni di condominio. In una aula scolastica o nella corsia di un ospedale, la classe composta dagli allievi e dall'insegnante oppure l'équipe con il suo primario, aiuti, assistenti caposala, infermieri perseguono scopi chiaramente definiti. Nella comitiva, invece, gli scopi vengono raramente esplicitati, anche perché questo tipo di gruppo non arriva a prenderne chiara e distinta coscienza.

4° Una trama comunicativa media le transazioni tra i vari membri. La trama è in diretta corrispondenza con gli scopi e con la normativa:

in una classe si realizza una trama a raggiera perché vengono tassativamente scoraggiati i rapporti comunicativi tra gli allievi e vengono sollecitati i rapporti a senso unico o a doppio senso tra insegnante e scolarisca. Su una nave si realizza una rete comunicativa lineare, nella quale il comandante ed il mozzo non possono comunicare direttamente tra loro, ma solo in via gerarchica e per interposte persone attraverso il secondo, gli ufficiali, il nostromo.

5° La normativa di gruppo viene applicata, con pressione differente, ad ogni membro (controllo sociale).

6° Forze coesive e forze centrifughe sono operanti contemporaneamente ed in ogni momento all'interno del gruppo. Si formano e si disfanno senza posa, silenziosamente o apertamente, costellazioni dinamiche: alleanze e preferenze si alternano o trapassano in nuove fazioni che ben presto lasciano posto ad altre coalizioni, collisioni, antagonismi, rifiuti o solidarietà più o meno evidenti.

E' proprio il gioco dinamico di tali forze centripete e centrifughe a dare coesione al gruppo (dall'italiano *gruppo*, cioè nodo: il grado di coesione tra i suoi membri) oppure a sancirne la disgregazione; a realizzare, senza posa, strutture sempre precarie o mutevoli; ad assegnare i ruoli che, come abbiamo già detto, non sono dati una volta per tutte. Essi cambiano con il variare della struttura o del grado di coesione. Non a caso la struttura è stata detta matrice del gruppo, silenziosa e tiranna. Essa crea e distrugge i circuiti comunicativi, proprio come un *deus ex machina* arbitro del destino del gruppo.

Dott. MARIO FIORE

PSICOTERAPIA FREUDIANA (*Riassunto*)

Il Dott. Mario Fiore, dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Bari, ha parlato della psicoanalisi, sottolineando in particolare alcune caratteristiche che distinguono questa pratica terapeutica da quelle strettamente mediche e psichiatriche, in relazione soprattutto al modo in cui terapeuta e paziente vivono il loro rapporto ed alle modalità tecniche con le quali questo rapporto si svolge.

La psicoanalisi, nata per curare alcune specifiche forme di nevrosi, è diventata anche tecnica di indagine dell'inconscio e corpo di teorie che propongono una particolare concezione dell'apparato psichico. La cura psicoanalitica, che può essere adeguatamente condotta solo da un analista che abbia a sua volta vissuto una lunga esperienza come analizzando, tende a liberare il paziente dai sintomi nevrotici e dal disagio, ma più in generale a ristrutturare la sua personalità in un equilibrio valido tra le spinte pulsionali, di per sé irrazionali ma anche creative, e la funzione dell'Io, che è quella di favorire un soddisfacente ma non acritico e passivo adattamento alla realtà.

Dott. ANTONIO MICCOLI

PSICOTERAPIA COMPORTAMENTALE (*Riassunto*)

Il riflesso condizionato di Pavlov e il condizionamento operante di Skinner hanno fornito le basi sperimentali alla Teoria Comportamentale; per quest'ultima il sintomo è una malattia che segue le leggi dell'apprendimento.

La Behavior Therapy o terapia comportamentale è una psicoterapia breve, che ha come scopo la modificazione del comportamento nella sua più vasta accezione di comportamento neurovegetativo, motorio, cognitivo e sociale.

La scelta di un attento programma psicoterapico, focalizzato nel sintomo un suo preciso obiettivo, prende in carico la sofferenza dell'individuo.

Come ogni psicoterapia, la Behavior Therapy non ritiene di dover essere asettica, ma si prefigge di sviluppare i suoi studi ed i suoi interventi nel più ampio rispetto della soggettività e della irripetibilità dell'individuo come persona.

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

GIACOMO MEZZENA: *Assieme per crescere, assieme per vivere (Spunti di Psicologia adleriana per un rinnovamento dei metodi pedagogici)*, Edito a cura del Corso di Formazione Permanente, Centro Comunitario Psico-medico-sociale Casa del Ragazzo di San Maurizio di Conzano, 1980.

La matrice adleriana di questo libro, breve ma denso di concetti, appare assai bene dal suo stesso titolo, che compendia ispirazioni finalistiche e legate al sentimento sociale.

Il testo si apre, dopo alcune pagine introduttive, con una analisi del rapporto adulto-bambino, secondo gli schemi, attualizzati, della psicologia individuale. Segue un avvio alla comprensione degli scopi del bambino, presupposto indispensabile per ogni criterio educativo. La conclusione dell'opera appare essenzialmente pratica, ma vitalissima. Essa riporta infatti una serie di domande poste allo psicologo nel corso di incontri con insegnanti, educatori e genitori. Sebbene sia questo il pubblico cui si rivolge d'intenzione l'opera, con finalità divulgative e formative, essa risulta di grande interesse, per la sua chiarezza sintetica, anche per tutti gli operatori psico-pedagogici.

PINA GORGONI, PAOLO NUZZI: *Il libro dei complessi*, Mondadori, Milano, 1980.

E' un libro certamente interessante edito per un vasto pubblico nella collana « Oscar manuali », ma validissimo come testo di consultazione anche per gli addetti ai lavori in campo psicologico. L'opera ha carattere antologico: essa riporta infatti, dopo una breve introduzione dei compilatori, frammenti originali di 79 studiosi di tutto il mondo, operanti soprattutto nel campo della psicologia del profondo.

Le citazioni sono sintetiche (non tali perciò da esaurire il tema trattato), ma scelte con molto acume e con un raro senso dell'essenzialità. I vari « complessi » analizzati dalle diverse dottrine dell'inconscio risultano sempre comprensibili nei loro con-

cetti di base. Un indubbio pregio è rappresentato dal fatto che ogni brano è costituito dalla viva e diretta voce degli Autori, il che evita i travisamenti e le false informazioni assai facilmente reperibili nelle dilaganti divulgazioni riassuntive sulla psicologia oggi in commercio.

Nel testo compaiono i più grandi nomi della psicoanalisi e delle scuole post-psicoanalitiche: Freud, Adler, Jung, Melanie Klein, Lacan, Fenichel, Ferenczi, Anna Freud, Abraham, Rank, Rogers, ecc. Le citazioni che si riferiscono a questi autori hanno ovviamente valore soprattutto per il pubblico dei profani, che ancora non ne conosce i concetti. Gli esperti troveranno invece nell'opera alcuni contributi meno noti e per nulla trascurabili, che possono valere come stimolo per una consultazione delle opere originali, annotate nell'ampia bibliografia conclusiva.

Infine, una breve notazione narcisistica. Fra i non molti italiani citati, appare il direttore della Rivista di Psicologia Individuale con cospicui frammenti tratti da « Il prezzo dell'intelligenza », pubblicato nei nostri « Quaderni ».

JEAN BAPTISTE FAGES: *Storia della psicoanalisi dopo Freud*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1979.

Compendiare in 298 pagine tutti i filoni del pensiero post-psicoanalitico non è certo un compito facile. Jean Baptiste Fages cerca di attuarlo, bisogna riconoscerlo, con onestà e correttezza d'intenti. Le correnti con una presenza più incisiva nella cultura e nella pratica psicoterapeutica sono tutte trattate nell'opera, se pure con qualche diversità di attenzione e di estensione dei capitoli. Ciò riflette probabilmente personali criteri selettivi di chi scrive.

Il volume non può essere considerato divulgativo, per il suo linguaggio e per la sua impronta scientifica: esso dunque si rivolge agli specialisti. Ciascuna esposizione panoramica, però, risulta molto riassuntiva e qualche volta non chiaramente comprensibile in tutti i concetti presentati. Il libro può dunque interessare chi voglia informarsi sugli Autori e sulle scuole di cui non si è ancora direttamente occupato. Il testo invece non ap-
paga nei settori per cui si desidera un maggiore approfondimen-

to, corollario di una scelta ideale. Questo non può considerarsi un difetto per una trattazione enciclopedica, ma un limite obbligato ad essa connaturale.

Il capitolo dedicato ad Alfred Adler è fra i più vasti e il suo contenuto, se pure non esente da diverse imprecisioni, reca senz'altro un minor numero di errori rispetto alla media delle trattazioni di seconda mano sulla psicologia individuale. Anche qui appare la correttezza dell'Autore, che cerca di offrire a chi legge, con equilibrio, gli elementi a sostegno della dottrina adleriana e le polemiche che contro essa si dirigono.

Ci sentiamo di consigliare il volume ai colleghi, ma soprattutto a chi voglia informazioni preliminari sulla psicologia del profondo, con lo scopo di approfondire in seguito, selezionando.

DIETER WYSS: *Storia della psicologia del profondo*, Città Nuova Editrice, Roma, 1979.

Dopo aver riconosciuto all'opera precedente l'impegno di comprendere e informare, dobbiamo purtroppo constatare in quest'altra, solo apparentemente analoga come assunto, la finalità di distruggere senza informarsi. Precisiamo subito che questo nostro appunto non è (o almeno non è solamente) campanilistico.

Il testo è articolato in due vasti volumi di complessive 750 pagine. L'Autore intende fare della storia critica più che nozionistica. L'accantonamento del nozionismo gli riesce molto bene, in quanto le informazioni esposte sono raramente comprensibili a fondo, sia perché non linearmente articolate e complicate da continui ritorni, sia per il linguaggio volutamente intellettualistico, nel senso iniziatico della parola. Un particolare che dimostra il carente aggancio alla realtà di chi scrive: il testo è preceduto da un « piano dell'opera » in cui manca l'indicazione delle pagine relative agli argomenti elencati e che è quindi utilizzabile con estrema difficoltà.

Ecco ora due esempi, fra i molti possibili, delle non informate distruzioni contenute nei volumi. A proposito di Jung, si afferma che, nel suo sistema, « non v'è quasi concetto che criticamente non possa essere posto in dubbio ». Si aggiunge che Jung utilizza largamente i principi freudiani, limitandosi a mutarne il

nome. Di Adler si dice che il suo riduttivismo semplifica sorprendentemente la natura umana e che la sua unilateralità è fatale perché... estranea alla realtà!

Chiudiamo con una curiosa contraddizione dell'autore che, nel primo volume, dichiara praticamente finita la scuola psicologica adleriana, mentre nel secondo volume intitola addirittura un capitolo « Ritorno ad Alfred Adler », documentando anche con citazioni bibliografiche il rifiorire odierno della Psicologia Individuale nella Germania Occidentale (il suo paese).

JEAN GUYOTAT: *Le psicoterapie mediche*, Masson Italia Editori, Milano, 1980.

Abbiamo acquistato e letto subito con ricchezza d'aspettative questi due volumi, ritenendo che assegnassero uno spazio almeno non trascurabile alle psicoterapie di profondità. La lettura è stata pregnante, ma l'aspettativa specifica è stata in parte delusa.

L'opera, frutto di una vasta équipe di collaboratori, sembra dedicata in prevalenza al medico non psicoterapeuta o anche psicoterapeuta come impegno contingente. Le escursioni nella psicologia del profondo sono piuttosto poche e limitate alla psicoanalisi. Il primo volume affronta gli aspetti teorici, tecnici e di formazione, avvicinando un grandissimo numero di argomenti in modo non unitario (si avverte qui la varietà degli Autori) e quasi sempre solo introduttivo. La parte generale spazia su vari temi socio-economici e di tecnica della comunicazione. La parte speciale passa in rassegna una serie di psicoterapie non analitiche e anche meccanicistiche. Il tema della formazione sarebbe stato attualissimo e urgente da trattare, ma qui è solo visto panoramicamente, con puntate critiche soggettive. Il secondo volume è largamente pragmatico e sfiora anch'esso moltissimi argomenti, quasi tutti riguardanti gli impegni psicoterapici di situazione del medico non analista.

I due libri hanno comunque una loro dignità informativa e possono valere come stimolo per approfondimenti in altra sede.