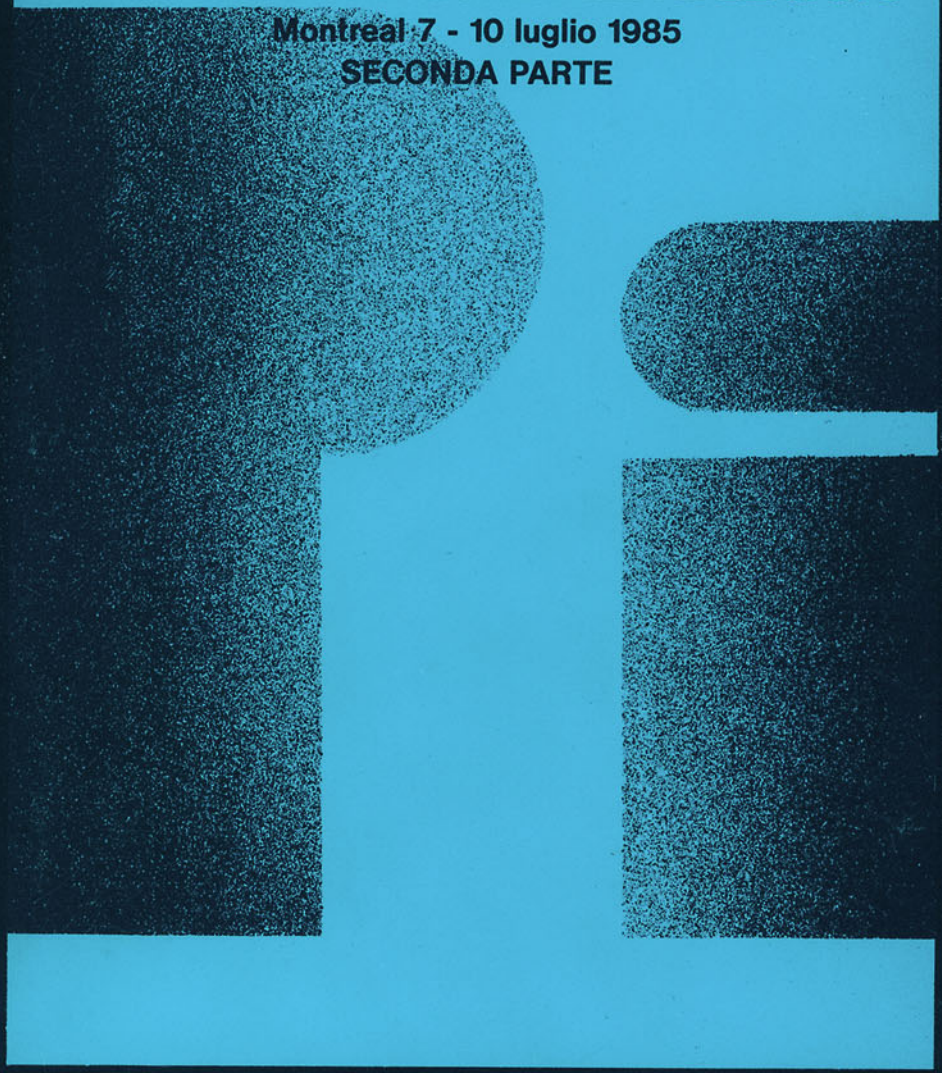
SOCIETA' ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE
MEMBER GROUP OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

DISCORSO SULLA PSICOTERAPIA

IL NOSTRO CONTRIBUTO AL 16° CONGRESSO MONDIALE ADLERIANO

Montreal 7 - 10 luglio 1985
SECONDA PARTE



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE
ANNO 15 N.N. 26-27 APRILE-OTTOBRE 1987

RIVISTA

DI

PSICOLOGIA

INDIVIDUALE

Anno 15

NN. 26 - 27

Aprile - Ottobre 1987

Tipografia Saronne
Via Washington, 13
20146 Milano

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

DIREZIONE

Piazza Imerio, 2
20146 Milano

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Prof. Francesco Parenti

REDATTORE CAPO

Dott. Pier Luigi Pagani

INDICE

FRANCESCO PARENTI,
PIER LUIGI PAGANI
Discorso sulla psicoterapia
pag. 5

CHIARA MAROCCO MUTTINI,
SECONDO FASSINO
«Sul tema dell'apporto della psicologia individuale alle problematiche psicologiche dell'anziano»
pag. 18

LAURA RECROSIO
L'evoluzione della psicologia individuale nei confronti delle costanti trasformazioni delle realtà degli operatori psico-sociali
pag. 37

GIACOMO MEZZENA
L'influenza della psicoanalisi e della psicologia individuale nell'educazione moderna
pag. 49

LINO G. GRANDI
Il «vissuto religioso nel trattamento analitico
pag. 62

G. SCARSO,
G.C. ROVERA,
D. MUNNO
Il Rancking Rorschach test: neuroticismo e sentimento sociale
pag. 74

FEDERICA MORMANDO
Nuovi orientamenti adleriani per il trattamento dell'autismo e delle psicosi infantili
pag. 90

Rassegna bibliografica
pag. 99

FRANCESCO PARENTI, PIER LUIGI PAGANI

DISCORSO SULLA PSICOTERAPIA

DEFINIZIONE, FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E ALTRO ANCORA

Prospettive per una chiarificazione semantica

Vorremmo occuparci in apertura di una serie di termini, tutti riferibili a interventi terapeutici su base psicologica e impiegati con accezioni variabili e spesso contraddittorie. L'intesa sui concetti è indispensabile per comprendere il nostro «discorso sulla psicoterapia».

a) *Psicoterapia*

Il vocabolo è usato da alcuni autori con significato onnicomprensivo, diretto cioè a identificare ogni metodo di cura che si valga di mezzi psicologici di superficie o analitici. La sua accezione è stata da altri autori ulteriormente ampliata, includendovi l'ipnosi, il training autogeno e le terapie di rilassamento in genere.

Una parte notevole della letteratura, specie con matrice psicoanalitica, utilizza il termine «psicoterapia» per distinguere i trattamenti psicologici «non analitici», cioè non estesi all'interpretazione delle dinamiche inconsce. Questa soluzione, non di rado strutturata con supponenza («Voi fate soltanto della psicoterapia!») lascia però semanticamente scoperta la possibilità di accomunare in un solo vocabolo tutti i trattamenti psicologici, il che a volte risulta indispensabile per differenziare questo settore dalla terapia medica convenzionale: farmacologica, chirurgica, fisicamente riabilitativa, ecc.

Sarebbe certo possibile ricorrere a un neologismo, il cui

attecchimento incontrerebbe però notevoli difficoltà. I termini «psicoterapia» o «psicoterapie» sarebbero, a nostro parere, difficilmente spodestabili dalla loro accezione globale, anche perché largamente usati in questo senso a livello culturale non specifico. Ci sembra pertanto più sensato legittimarne l'uso comune, operando poi una sottoclassificazione interna al termine in «psicoterapie di superficie» e «psicoterapie analitiche».

In un recente dibattito sulla formazione nell'àmbito della nostra Scuola si è sostenuto che un'attività inevitabilmente psicoterapica è svolta nei fatti da chiunque stabilisca un rapporto clinico: ad esempio psichiatri, medici in genere e psicologi orientati clinicamente. Di qui la proposta di un'altra suddivisione in psicoterapia «strutturata» e «non strutturata». Abbiamo accettato la soluzione a livello di rilievo pragmatico, ma continuiamo a considerarla pericolosa, se ufficializzata, per gli utenti. Essi potrebbero infatti scambiare lo spontaneismo per una professionalità garantita.

b) *Psicoanalisi*

Il termine, usato con stretto rigore, è riferibile solo alla dottrina dell'inconscio elaborata da Sigmund Freud e perfezionata dai suoi continuatori diretti, nonché alle applicazioni psicoterapiche di profondità che ne derivano.

Molte delle Scuole post-psicoanalitiche, che hanno radicalmente modificato o addirittura sconfessato il pensiero di Freud, hanno però continuato a impiegare il vocabolo «psicoanalisi», autoriferendolo. Il termine campeggia nei titoli di opere famose e drasticamente innovatrici, come «Nuove vie della psicoanalisi» di Karen Horney e «Psicoanalisi della società contemporanea» di Erich Fromm, che citiamo solo per esemplificare. Inoltre, in percentuale altissima, gli odierni terapeuti del profondo, comunque orientati, tendono a definirsi «psicoanalisti». Il fenomeno è praticamente incontenibile.

Nell'ambito della cultura non specialistica e anche di buon livello, le parole «psicoanalisi» e «psicoanalista» sono usate in senso non specifico e onnicomprensivo. Termini alternativi, corretti e specifici, come «psicologia analitica» (junghiana) e «psicologia individuale» (adleriana), non sono né conosciuti, né compresi al di fuori della stretta cerchia degli iniziati.

c) *Analisi*

Il vocabolo è largamente usato, assieme a quello di «analista», da molte correnti della psicologia del profondo per definire il sondaggio dell'inconscio e gli operatori che lo effettuano.

Esso non può però entrare in un contesto culturale più ampio, né tanto meno nel linguaggio comune, poiché indurrebbe equivoci con altri significati della parola, di ordine medico, genericamente scientifico, tecnologico, ecc. Definire una persona «analista» senza altre aggiunte non la qualifica professionalmente in modo comprensibile.

Siamo stati e siamo ancora impegnati sostenitori di una precisa caratterizzazione della nostra Scuola. Siamo perciò convinti che la nostra corrente e i nostri operatori debbano qualificarsi anche nella denominazione, come d'altra parte le altre correnti e gli altri operatori, a garanzia anzitutto degli utenti, cui deve essere offerta la possibilità di una scelta mirata.

La nostra premessa sfocia però in una frustrazione, dovuta all'impatto con i fenomeni incontrollabili della cultura prima citati. Non ci resta, dunque, che proporre una soluzione pragmatica: mantenere, per quanto riguarda la psicologia e la psicoterapia del profondo, la denominazione ufficiale delle Scuole nei testi e nei contatti a livello specialistico; adattarsi, nelle comunicazioni a livello profano, all'onnicomprensività del termine «psicoanalisi», insistendo per corredarlo con la quali-

fica di corrente. Esempi: «psicoanalisi adleriana, junghiana, ecc.».

La psicoterapia strutturata: esigenze generali di formazione

Intendiamo per *psicoterapia strutturata: ogni forma di trattamento su base psicologica, esteso o meno all'analisi dell'inconscio, che derivi da un preciso contesto teorico e impieghi una particolare metodologia che si attenga ai suoi principi essenziali.*

In un nostro precedente lavoro[1] abbiamo sintetizzato i requisiti minimi per la formazione dello psicoterapeuta analitico, omettendo i problemi formativi degli operatori di una psicoterapia strutturata di superficie. I recenti contatti con altre Scuole e con le Commissioni parlamentari ci hanno convinti dell'insufficienza del nostro precedente studio. Racchiudersi nell'élite analitica, trascurando le altre psicoterapie, non tutela l'utente e non garantisce le correnti serie nei confronti di spontaneistiche e tutt'altro che innocue contaminazioni. La questione concerne soprattutto i fenomeni che potremmo definire «transfert e controtransfert non codificati». Presentiamo quindi ora due schemi di formazione che riguardano rispettivamente le psicoterapie non analitiche e quelle analitiche.

a) *Modello di iter formativo per gli psicoterapeuti non analitici*

Riteniamo indispensabile anche per questi operatori un periodo di formazione individualizzata, eventualmente integrativa di un training di gruppo. L'esperienza didattica personalizzata dovrebbe comprendere, se non una vera e propria analisi del profondo, almeno un'accurata indagine sulla perso-

---

[1] F. PARENTI, P.L. PAGANI: «Formazione e pseudoformazione dello psicoterapeuta analitico», Rivista di Psicologia Individuale, Anno 8, N. 12, 1980.

nalità del candidato, diretta a rilevare e poi a neutralizzare (quando ciò è possibile) eventuali valenze di lesività e a incrementare gli aspetti dinamici favorevoli al ruolo. Ovvia l'esclusione degli allievi a rischio.

Ci pare necessaria anche una preparazione teorica preliminare nozionistica, che includa sempre elementi di psicologia generale e di psichiatria clinica, oltre a principi di anatomia e fisiologia umane, quando l'indirizzo prescelto applichi tecniche corporee. Tutto ciò non ha per noi un sapore accademico, ma suona a garanzia della non pericolosità e in subordine dell'efficacia dei trattamenti.

La preparazione teorica dovrebbe poi perfezionarsi con una conoscenza più approfondita della dottrina cui fa riferimento la metodologia specifica da apprendersi.

Il nucleo centrale della formazione dovrebbe consistere in un addestramento all'applicazione del metodo e delle sottotecniche, le cui modalità non possono essere qui sintetizzate, data l'estrema varietà degli indirizzi riassunti nella voce «psicoterapie non analitiche».

Poiché l'inizio di una professionalità comporta sempre dubbi e insicurezze, anche i terapeuti licenziati di questo settore dovrebbero fruire di un periodo di supervisione, ancora variabile secondo l'orientamento. Per le medesime ragioni relative alla molteplicità dei trattamenti insegnati, non possiamo proporre una durata-standard del training in toto.

La conoscenza di altre metodologie oltre a quella appresa è sempre utile mà, per i terapeuti di superficie, non presenta di rigore una necessità di studio approfondito.

b) *Modello di iter formativo per gli psicoterapeuti analitici*

La preparazione teorica preliminare nei campi della psicologia, della psichiatria e di alcuni settori della scienza medi-

ca si presenta qui più carica di esigenze non accantonabili. Altrettanto dicasi per la preparazione teorica specifica, che deve di necessità comprendere un completamento perfezionistico per la dottrina della Scuola prescelta e una visione panoramica ma non superficiale per le dottrine delle altre Scuole basilari.

Il training personale degli allievi terapeuti di profondità non può prescindere da una completa esperienza analitica individualizzata (i gruppi possono costituire solo un complemento). Tale necessità è motivata sia dal futuro rapporto con i pazienti che non dovrà essere improvvisato, sia dal valore di un affinamento «in proprio» del sondaggio analitico. Rifiutiamo però l'assioma che la propria analisi valga da sola e di per sé come addestramento. Un allievo analista deve infatti collaudarsi con tutte le patologie e con tutti i problemi, che non può ovviamente lui stesso esemplificare. L'accantonamento dei candidati a rischio suona qui come esigenza più drastica e delicata, viste le potenzialità di potere e plagio degli operatori analitici.

I temi del transfert e del controtransfert richiedono un approfondimento teorico sia dal punto di vista della Scuola prescelta, sia da quelli delle altre Scuole analitiche. Si tenga presente che spesso gli operatori devono seguire dei pazienti già analizzati con altra metodologia. L'apprendimento pratico delle dinamiche transferali e controtransferali, a nostro parere, non può avvenire soltanto sulla base dell'esperienza analitica personale dell'allievo con il didatta. Ci sembra infatti indispensabile che il candidato si formi anche mediante la supervisione di suoi rapporti con propri pazienti e mediante casi simulati da esemplificarsi durante il training.

Da tutto quanto abbiamo esposto non può che derivare l'esigenza di un'analisi didattica di lunga durata. Una codificazione temporale rigida è sempre arbitraria, poiché ogni allievo rappresenta un problema a sé stante: quattro anni di collaudo

per un allievo possono equivalere a otto anni per un altro. Ci rendiamo però conto della necessità di una regolamentazione puramente convenzionale su un piano generale normativo e legislativo. Siamo invece perplessi circa l'uniformazione del numero di ore. La frequenza delle sedute è infatti soggetta a variazioni collegate allo stile analitico dei didatti e delle Scuole. La gestione intenzionale del silenzio, ad esempio, ipertrofizza la cronologia del training.

La formazione deve avere infine una sua componente etica e deontologica, che non può riassumersi nell'apprendimento nozionistico di una serie di norme, ma deve strutturarsi con spontaneità attraverso l'esperienza analitica personale dell'allievo, l'esemplificazione dei casi e la supervisione.

Titoli di studio per l'accesso al training

È questo un argomento assai delicato che chiama in causa una gamma complessa di fattori, così riassumibile:

1) *Varianti dei piani di formazione offerti*

Se tutti i training offrissero le garanzie riassunte nei nostri precedenti schemi (che sul piano teorico spaziano dalla psicologia generale alla psichiatria), i titoli di studio di base avrebbero un valore puramente culturale e introduttivo. L'ipotesi che tutte le Scuole da riconoscersi, nell'ambito di una legislazione o di una regolamentazione, diano un pieno affidamento sul piano teorico non specifico è però al momento aleatoria. Occorre dunque scegliere fra i vari corsi di laurea (poiché il requisito della laurea non è accantonabile) ora presenti nel nostro paese.

Ciò premesso, la selezione appare assai difficile. Ci sembra ragionevole escludere i corsi non culturali e collocabili in un contesto tecnologico e scientifico non pertinente. Ci sembra

altrettanto ragionevole ammettere due lauree specifiche: in medicina e in psicologia. Dobbiamo però rilevare le loro carenze e i loro pregi incrociati, aggiungendo che i loro difetti sono in corso di superamento tramite la revisione in atto dei piani di studio. Due esempi: gli studi di medicina dovrebbero arricchirsi in campo psicologico, quelli di psicologia dovrebbero arricchirsi in campo psichiatrico.

Riteniamo poi assurdo escludere i laureati umanistici che abbiano conseguito una specializzazione in psicologia: essi hanno certo alle loro spalle una cultura di tutto rispetto, seguita da un perfezionamento conoscitivo non inferiore a quello degli psicologi puri.

Teniamo per ultima un'opinione personale, per altro condivisa da esponenti di altre Scuole «nobili»: i laureati in filosofia e in pedagogia con indirizzo psicologico hanno dimostrato e dimostrano una perfetta pre-sensibilizzazione ai training di tipo analitico maggiore.

2) *Rapporti fra psicoterapia e medicina*

L'uso di termini come «terapia», «cura», «guarigione» nel campo dei trattamenti psicologici è indispensabile e insostituibile.

Questi vocaboli hanno nel nuovo contesto dei significati che non coincidono con quelli tradizionali di ordine medico. Se in medicina il termine «curare» significa eliminare una patologia e i suoi sintomi, in psicoterapia e soprattutto in analisi esso significa anche qualcosa di assai diverso: reinserire una persona nel contesto relazionale, renderla capace di progettare il futuro, avvicinarla insomma almeno un poco all'utopia chiamata felicità. Sostenere quindi che la psico-*terapia*, per la seconda parte della sua denominazione, deve essere di esclusiva pertinenza medica è un'affermazione semplicistica ed errata. D'altra parte sostenere che la *psico*-terapia, in quan-

to trattamento psicologico, può prescindere dalla medicina è un'affermazione altrettanto semplicistica ed errata. In realtà fra le due discipline e le due prassi esistono punti d'incontro e punti di differenziazione. Non si può curare con i farmaci, né chiarire post-mortem con un'autopsia una crisi esistenziale, così come non si può soltanto analizzare o consolare una psicosi di ordine biologico, infettivo o tossico.

Quanto abbiamo detto ha corollari d'importanza rilevante per quanto riguarda la formazione e l'avviamento alla professione.

Lo psicoterapeuta medico può scegliere di abbinare in sé i due settori della terapia o di riservarsene uno solo, chiedendo consulenze per l'altro. L'etica e la deontologia impongono invece allo psicoterapeuta non medico di chiedere una consulenza neuropsichiatrica quando il caso comporti accertamenti clinici o una terapia farmacologica. Riteniamo quindi ragionevole subordinare l'ingresso di uno psicologo in un eventuale albo di psicoterapeuti a un impegno in questo senso.

3) *Il fenomeno dei corporativismi e delle tutele di settore*

Le tesi in dibattito circa i titoli di studio da esigersi per i candidati al training nel nostro settore non seguono sempre i criteri logici cui abbiamo cercato di attenerci. Sono infatti in lizza gruppi campanilistici sia fra i medici che fra gli psicologi.

I sostenitori del monopolio medico si basano sui criteri che abbiamo appena analizzato, liberandoli dai loro equivoci di fondo.

Gli psicologi esibiscono con legittimità il loro senso di giustizia frustrato, ma coltivano nel loro seno oltranzismi discriminatori non meno corporativi. Si pensi all'esclusione, che sta purtroppo imponendosi, degli specialisti in psicologia, che hanno alle loro spalle un doppio e ipergarantito iter di studi.

Prendiamo atto comunque che, sia fra i medici che fra gli psicologi, non mancano coloro che si ispirano come noi all'obiettività e alla logica.

La formazione pubblica: un concetto ineccepibile nella teoria, ma utopistico e pericoloso nella prassi

Che lo Stato senta il dovere di garantire i cittadini utenti di una determinata professione, gestendo direttamente il relativo corso di studi, è un concetto in apparenza non discutibile.

Come abbiamo rilevato in apertura, però, la psicoterapia è un'attività professionale del tutto nuova, non assimilabile a quelle tradizionali. Gli stessi legislatori hanno dovuto constatare che nessuno dei corsi di studio universitari o parauniversitari in atto possiede i requisiti atti a garantire la formazione degli psicoterapeuti. È nata allora una proposta conseguenziale, che persegue l'intento di mantenere nel settore il privilegio formativo dell'università: istituire delle *Scuole di specializzazione universitarie in psicoterapia.*

Gli esperti nel campo sono concordi nel rilevare che anche la nuova soluzione risulterebbe fittizia, perpetuando l'insufficienza delle strutture a monte, con l'aggravante di offrire ai cittadini un'ulteriore garanzia illusoria. Le ipotetiche Scuole di specializzazione pubbliche in psicoterapia presenterebbero infatti le seguenti insuperabili carenze:

1) Anche in caso di numero chiuso, selezione dei candidati in base a un filtro puramente nozionistico (non paragonabile ai colloqui preliminari individualizzati delle maggiori Scuole private), il che comporterebbe il rischio di licenziare professionisti psichicamente lesivi.

2) Impossibilità di garantire, per carenze di docenti, a ogni allievo un training personale, come si è visto assolutamente indispensabile.

3) Impossibilità di garantire, sempre per carenze di docenti variamente formati, un'opzione anche solo fra le correnti più significative. Ciò lederebbe la libertà ideologica di scelta sia dei candidati che in seguito degli utenti. Ne risulterebbero inoltre assurde ripartizioni geografiche degli indirizzi e delle tecniche.

4) Impossibilità di offrire agli abilitati la continuità di una supervisione, a tutela loro e degli utenti.

La formazione privata: regolamentarla o no

Oggi le Scuole storiche di psicoterapia del profondo, di matrice freudiana, adleriana o junghiana, applicano ai loro allievi un iter formativo che possiede tutti o quasi tutti i requisiti da noi prima indicati e offrono quindi buone garanzie agli utenti che scelgano *quel trattamento*. Anche alcune Scuole ben consolidate di psicoterapia non analitica preparano correttamente i loro candidati. Portiamo come esempio il filone cognitivo-comportamentista nelle sue strutture non improvvisate. Vi sono infine alcune Scuole analitiche e non analitiche, minori per diffusione culturale ma non per qualità, al cui riguardo non vi è nulla da eccepire. Sin qui siamo rimasti nel campo del rigoroso, dell'attendibile, del non improvvisato.

Documentare l'opposta presenza di pseudoformazioni non rigorose, inattendibili, improvvisate è sin troppo facile, ma richiederebbe la pubblicazione di un enorme catalogo. Le citazioni esemplificative incorrerebbero nella scorrettezza della parzialità. Ci basterà dire che il fenomeno è al momento incontenibile: prorompono dappertutto offerte di training individuali e di gruppo, brevi o lunghi, costosi o promozionali, basati su una preparazione generale, comprensiva di tutti i punti di vista, o sull'ipertrofia di una singola tecnica. La mancanza di una regolamentazione pubblica vale come florido terreno di cultura e nutre le illusioni selvagge.

Vi è poi il gruppo di Scuole che preparano operatori di tecniche meccanistiche. Valgano come esempio i corsi di ipnosi e di training autogeno: ne esistono di ottimi e di superficiali. A nostro parere, però, non si tratta di Scuole di psicoterapia. È indispensabile che rimangano e che si perfezionino, ma come complemento opzionale per gli psicoterapeuti già formati.

Sul piano concettuale, regolamentare questo immenso campo magmatico è un'operazione certo proponibile. Abbiamo già avuto occasione in passato di precisare i requisiti minimi per il riconoscimento di una Scuola di formazione in psicoterapia:

a) essere costituita e operante nel nostro paese da almeno dieci anni;

b) riferirsi a una dottrina solida, collaudata, epistomologicamente dibattibile;

c) appartenere a un organismo internazionale non improvvisato;

d) offrire un corpo di docenti qualificati;

e) attenersi a un iter formativo cronologicamente e qualitativamente concordato.

Ammesse queste norme, rimane però il problema di costituire un organismo garante della loro osservanza. Il legislatore si troverebbe di fronte ad autocandidature non pertinenti. Si riaffaccerebbero alla scena universitari non analisti, strutture pubbliche culturalmente assai lontane dal tema, ordini professionali nel cui ambito la psicoterapia ha un ruolo di settore.

Una soluzione basata sul principio della competenza specifica sarebbe quella di costituire una commissione di delegati delle Scuole che possiedono *tutti* i requisiti sopra elencati. Questo orientamento potrebbe generare però competizioni e conflitti in un settore che non dovrebbe averne. La privatizza-

zione si accentua in un'altra proposta che è stata presentata e che prevede (sull'esempio di un modello applicato in un altro paese) un'autoregolamentazione delle Scuole. Ciò comporterebbe ancora una commissione eletta, ma sganciata dal potere e dal controllo pubblici. Le conflittualità non sarebbero minori.

I gruppi più conservatori all'interno di alcune Scuole storiche sostengono l'inutilità di una regolamentazione in ossequio al principio di una selezione naturale indotta dai valori.

Sul tema della formazione, quanto abbiamo esposto ci sembra irrinunciabile nelle sue linee essenziali, con eventuali perfezionamenti. Per quanto riguarda la commissione garante, manteniamo qualche perplessità. Attendiamo la collaborazione di chi sia interessato al problema e abbia suggerimenti non avventati da offrire.

Chiara Marocco Muttini, Secondo Fassino

«SUL TEMA DELL'APPORTO DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE ALLE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE DELL'ANZIANO»

Introduzione

Si è esteso negli anni più recenti il problema dell'assistenza all'anziano nelle svariate esigenze di carattere medico-internistico, psichiatrico, psicologico e sociale, in relazione con l'invecchiamento della popolazione, e quindi col crescere del numero di anziani (Hazzard, 1983; Somoggi, 1975). Così come in medicina questi fenomeni hanno condotto a una prevalenza di patologie degenerative e quindi ad un aumento della casistica di pazienti cronici o incurabili, così in psichiatria si sono presentate numerose problematiche legate alla gestione e alla terapia di un gruppo sociale sempre più numeroso e avente caratteristiche e difficoltà di adattamento peculiari (Cesa Bianchi 1979; Simeone, Abraham 1984; Rossi 1983). Parallelamente e inversamente al crescere numerico della popolazione anziana, si è assistito a una progressiva perdita di ruolo da parte di essa, in una società che ha eletto a suoi valori la produttività e l'efficienza, e pertanto sta divenendo di fatto gerontofoba e tanatofoba (Canestrari, 1967; Zucchi, 1981).

Si è di conseguenza delineata attraverso gli anni più recenti una autonomia scientifica e applicativa delle scienze psicogeriatriche, con la costituzione di nuovi modelli di organizzazione socio-assistenziali e clinico-terapeutici (Illich, 1977; Accomazzo, Fulcheri, 1983; Scola A. 1977).

In particolare si è resa più frequente l'esigenza di mettere a

punto tecniche di intervento psicologico rivolte anche al singolo individuo, accanto alle misure di tipo sociale e assistenziale (Fulcheri, 1980). È infatti aumentata, con la frequenza dei problemi di disadattamento affettivo e ambientale della popolazione anziana, la stessa richiesta di interventi psicoterapeutici volti a questa fascia di età (Dedieu-Anglande, 1981).

Si è così riproposto il problema della selezione e della congenialità dei pazienti anziani alla psicoterapia; da parte delle scuole psicodinamiche del profondo si era inizialmente mantenuto un atteggiamento di sostanziale esclusione nei confronti di soggetti nella terza età (Ellenberger H.T., 1972; Freud, 1903), anche se era presente qualche voce più possibilista (Abraham K., 1911). Si erano infatti fin dall'inizio storico considerate controindicazioni sfavorevoli l'età, la rigidità, la carenza di capacità e di desiderio di cambiamento, la radicata ritualizzazione delle modalità di vita, il ridotto rendimento psico-fisico (Dedieu-Anglade, 1981; Bogetto, 1983; Zoya, 1981) oltre che elementi riguardanti il vissuto attuale. Avviene nel paziente anziano una serie di cambiamenti di situazioni esistenziali che esigerebbero un parallelo e armonico rimaneggiamento dell'esperienza del Sé (Kohut, 1976). Per questo è stata paragonata questa fase della vita a un'altra, l'adolescenza, che ugualmente comporta una crisi (King, 1980).

I contenuti profondi e il contesto storico attuale sono particolarmente correlati in questa fase della vita e ciò può costituire uno scoglio, come pure il divario d'età fra analista e analizzando che può mobilitare una serie di sentimenti ambivalenti sia da parte del paziente, sia dell'analista stesso verso un paziente più anziano di lui, sostituto delle figure parentali (Bogetto, 1983) o esca di un fenomeno controcostrittivo di negazione dell'angoscia di morte o di invecchiamento del terapeuta (Fassino, 1985).

La paura della morte e del decadimento qualora non siano rimosse o denegate nell'analista potrebbero costituire in questi

un poderoso movente a partecipare con l'anziano alla presa di coscienza e allo sviluppo di quella «volontà di significato» che in quell'età pare non meno presente o impellente della volontà di piacere o della volontà di potenza.

La partecipazione empatica a tale ricerca di senso, favorita da un corretto sentimento sociale contenitore delle capacità identificatorie, consente l'attivazione, non sempre finzionale, di una analisi della rimanente — talora notevole — capacità progettuale e creativa. Questa non sarebbe solo da intendersi come espressione delle forze degeneratorie e nostalgiche, ma pure quale autentica via per la scoperta del significato dell'esistenza diverso per ogni individuo, circolarmente legato alle funzioni del Sé Creativo (Adler, 1926; Jung, 1930; Canestrari, 1984; Parenti, 1983; Ansbacher, 1956).

La speranza della conquista di questi significati può infatti essere considerata, insieme all'esperire «qui e ora» un adeguato sentimento sociale, componente non ultima dell'agente terapeutico nel trattamento di pazienti anziani.

La psicologia individuale considera l'età di per sé un fattore non limitante l'approccio psicoterapeutico, purché le facoltà intellettive e la disponibilità alla comprensione del procedimento analitico non siano compromesse. Il presupposto teorico di considerare oltre alla interpretazione della dinamica psichica anche il vissuto storico (Rovera, 1984) dell'individuo si presta bene come modello di intervento nei confronti dell'anziano, per la possibilità di configurare da un lato mete e rapporti con finalità adattative, dall'altro obiettivi di approfondimento trasformativo (Fulcheri, Accomazzo, 1983; Post, 1965).

Tale strategia fa parte di un progetto terapeutico e nello stesso tempo stimola una progettualità da parte dell'analizzando, spesso adagiato in un adattamento fittizio, dato dall'innicchiarsi nelle compensazioni negative.

Tra le mete reali di un trattamento psicoterapeutico do-

vrebbe pertanto porsi come non secondaria quella che si propone una educazione alla creatività residua tramite il favorire processi di adattamento alle reti intrapsichiche del Sé dell'anziano e conseguentemente alle reti interpersonali.

L'obiettivo di favorire la crescita del processo creativo, che è uno dei momenti pregnanti del trattamento psicoterapeutico adleriano, può costituire, soprattutto nella terapia dell'anziano, un elemento di significativa caratterizzazione dell'intervento nell'ambito della nostra scuola (Rovera, 1983).

Scopo del lavoro e casistica

Nel nostro lavoro di psicoterapeuti adleriani, abbiamo in trattamento anche qualche soggetto anziano, selezionato sia in base alla sintomatologia clinica, prevalentemente su base neurotica senza componenti di deterioramento, sia alle possibilità di approccio psicodinamico (cultura, motivazioni). Nell'ambito della nostra casistica abbiamo scelto tre pazienti. Nel nostro breve intervento cercheremo di trarre, dalle analisi che sono attualmente in corso, degli spunti per l'assunto che ci proponiamo di discutere.

Prima di essere presi in cura, i pazienti sono stati sottoposti al test di Rorschach, i cui dati riassuntivi sono riferiti nella tabella e i cui elaborati sono forniti a corredo dell'anamnesi di ogni caso.

CASO I° - Maschio

Paziente di 60 anni, di condizione sociale medio alta, industriale. Secondogenito di due fratelli, coniugato.

Da circa 20 anni non esce se non accompagnato, per una fobia di svenire e di non essere soccorso. Al momento della prima osservazione un disaccordo con i familiari lo ha condotto a una depressione, datante da qualche mese.

Dopo il test ha iniziato un trattamento psicoterapeutico con frequenza bisettimanale.

Al test di Rorschach: il soggetto ha fornito un n° R nella norma in un tempo proporzionato. Ciò indica buona fluidità ideativa, confermata anche dalla varietà dei contenuti. Gli interessi sono volti più all'analisi che alla sintesi (D > G). La capacità di vedere l'insieme delle cose non è comunque carente (G ben viste). La dotazione dei fattori razionali è decisamente buona, come viene indicato dal dinamismo ricco (K e FK). Risulta però un po' abbassato il rendimento quando entrano in gioco fattori emotivi (shock al nero; F+% un po' basso).

Il pensiero possiede un valido dinamismo, solo un po' immaturo (FK > K); è fortemente automatizzato (A% alto). Nel complesso però partecipa in misura secondaria, rispetto alla affettività (F%), al contatto col mondo e non riesce ad attuare meccanismi razionali efficienti (F+% un po' abbassato) di fronte all'angoscia. Anche il contatto con la realtà risulta talora disturbato (F Clob alla V; tendenza contaminazione), nonostante la capacità di aderire all'opinione comune rimanga buona (Ban).

Il contatto con gli altri è desiderato e ha anche possibilità di realizzazione (FC). Nel complesso l'affettività risulta però alquanto impulsiva (TRI; CF), non del tutto bilanciata dai fattori intratensivi, soprattutto data la relativa immaturità di essi. L'impulsività (CF) si accompagna ad una aggressività che il soggetto cerca di rimuovere perché gli dà insicurezza (alla II tavola: osserv. simmetria, seguita da F+); non riesce però del tutto nel suo intento, (CF come ultima risposta) per il prevalere della «timopsiche».

Oltre allo shock al rosso alla II tavola, si osserva nel protocollo un marcato shock al nero, che è certo il più rilevante dell'intero protocollo (con fenomeno di interferenza VIII). La ripresa dallo shock al nero non è molto valida (numerose EF),

tanto che, come già detto, ne risulta ostacolato anche il rapporto colla realtà (ripetute tendenze alla contaminazione, sempre a tavole scure; persev.).

Per quanto riguarda i contenuti si può osservare qualche incertezza nei confronti della identificazione personale (alla III tavola) che si accompagna con un'ansia che pare particolarmente rilevabile alle tavole «maschili». Una risposta complessuale sex alla VII tavola accentua l'impressione di una problematica sessuale non risolta, probabilmente per una insicurezza relativa al proprio ruolo di fronte alla donna, che suscita delle valenze fobiche (Anat alla IX).

In conclusione si può osservare una personalità neurotica con prevalenti tratti fobici (shock al nero e al rosso). L'Io possiede una discreta forza nei fattori razionali e nelle capacità di adattamento (FC; FE), anche se attualmente si lascia dominare dall'emotività piuttosto che impiegare le difese razionali.

L'analisi della costellazione familiare — tenuto conto dell'età del paziente e degli spazi consentiti alla residua creatività — ha permesso la ricostruzione tramite insight solamente di alcune modalità di funzionamento intrapsichico.

In particolare si è evidenziato come il meccanismo fobico di evitamento esprimesse un compenso frustrante alla meta fittizia di una performance professionale (e sessuale) idealizzata. Questa conseguiva a identificazioni con un padre e un fratello visti come troppo efficienti per essere raggiunti. L'analisi di tale linea direttrice è stata favorita da attenuate e tardive proposte interpretative e soprattutto da una presenza dell'analista «incoraggiante», rivolta a mostrare la fiducia al paziente perché questi potesse fidarsi di sé stesso. Una fobia latente di omosessualità non è stata di proposito approfondita, favorendo pertanto che qui si raccogliessero le necessità denegatorie, sottraendole in tal modo a zone del Sé in cui giacevano residue — e forse considerevoli — potenzialità creative.

Il conflitto dipendenza-aggressività esitò infine un precoce

ritiro dall'attività industriale da parte del paziente. Questi, al termine della terapia, cambiò residenza trasferendosi all'estero, dove riprese dopo molti anni l'impegno artistico come pianista in un quartetto formato tempo addietro con alcuni amici.

CASO 2° - Maschio

Paziente di 56 anni. Condizione sociale borghese. Istruzione universitaria; primogenito di due figli, dirigente industriale Coniugato. Ha presentato nel passato alcuni periodi di depressione, con incerta potenzialità «distimica» soprattutto attribuibile alle modalità di uscita dall'episodio con sfumature euforiche.

Al momento dell'esecuzione del test di Rorschach si presentava depresso.

Ha seguito un trattamento psicoterapeutico con frequenz settimanale.

Al test di Rorschach: il soggetto ha fornito un n° R un po scarso, in un tempo ancora normale ma tendenzialmente pro lungato. I contenuti sono piuttosto limitati e insieme a u rifiuto (Tav. VI) confermano l'impressione, suscitata dal mancanza di dinamismo maturo, di una inibizione della cre tività. Il fenomeno si può considerare come di stampo depre sivo (rimozione del dinamismo alla III tavola) non certo dov to a limitazione dei poteri intellettivi che sono alti (precisio elevata; FK). Ancora dovuti alla depressione sono la prope sione per l'analisi (D), talora eccessivamente limitativa (Dd) gli automatismi (A%) molto alti.

Il pensiero partecipa in misura nettamente preponderar al rapporto col mondo (F%), è molto automatizzato e conf mista (A% e Ban), preciso fino ad essere rigido (F+%), po dinamico (1 sola FK). Mantiene un contatto colla realtà ch

attuato prevalentemente attraverso l'adesione all'opinione di tutti, con scarsa ricerca di elaborazioni più originali.

Il contatto con gli altri è piuttosto disturbato: desiderato (Hd) ma nello stesso tempo reso più distante per effetto della depressione («caricature» F+ alla III Tav.).

L'affettività, solo in parte adattata (FC = CF), potrebbe confermare come le difficoltà di rapporto di cui si è detto siano legate in parte almeno a una organizzazione neurotica, oltreché a una situazione depressiva che verrebbe a interferire sulla strutturazione preesistente. Il T.R.I. è extratensivo puro, sempre per effetto della mancanza di dinamismo. La formula secondaria, di direzione contrastante, esprime forse una più autentica propensione per l'introversione, mascherata dalla attuale inibizione del dinamismo (K = O).

Per quanto riguarda gli shock, risulta evidente soprattutto quello al nero, che è anche il meno risolto (D alla IV; rifiuto alla VI) e provoca un «fenomeno di interferenza VIII'». Lo shock colore, non granché rilevante, è discretamente superato (F+; FC) e così pure quello al rosso, attraverso la razionalizzazione (F+).

Dai contenuti emerge una corretta identificazione sessuale («maschi» alla III Tav. all'inchiesta). Uno shock sessuale non superato (rifiuto alla VI Tav. e risposta «orale» all'inchiesta) indica un problema non risolto a questo livello.

Le figure maschili sono entrambe scartate all'inchiesta («informi»). Ciò potrebbe significare, insieme all'ansia emergente al test (FE), una insicurezza nel vivere un ruolo maschile. Le tavole «femminili» segnalano ancora una difficoltà di contatto attraverso le risposte «profili» e «maschere», entrambe indici di un allontanamento rispetto ad un rapporto più immediato e vicino. Il tipo di risposta, presente a varie tavole, «schizzo di...» indica una distanza rispetto alla realtà che fa pensare a un distacco legato al fatto depressivo, del quale si

potrebbe cogliere, da questi segni oltre che dall'evidente irrigidimento del pensiero, un nucleo endogeno, anche se la situazione clinica potrebbe essere in una fase di relativo compenso (l'affettività non risulta rimossa come è tipico delle depressioni endogene conclamate).

L'Io del soggetto possiede una discreta forza: efficienti fattori intellettivi, per quanto usati a scopo difensivo con una pronunciata rigidità (F%; F+%; A%), discreta capacità di integrazione affettiva (FC) e di ripresa dagli shock.

La terapia è stata imperniata sull'analisi «incoraggiante» dell'aggressività autolesiva. Le interpretazioni dirette sono state presentate in modo sfumato «sub-liminare», e soprattutto al servizio di un'alleanza ben collaudata, per non innescare il circolo difensivo dell'autosvalorizzazione, autoaccusa, sentimento di inferiorità, astensione dagli impegni creativi, ecc. L'analista ha cercato di essere vicino al paziente come «edizione nuova» di una presenza solidale cercando di evitare le inconsapevoli tendenze del paziente a «riedizioni» di relazioni genitoriali fredde o creative ma assenti. È stato così possibile uno smascheramento, graduale e non traumatico di alcune mete fittizie imperniate su una irraggiungibile e frustrante totipotenza professionale e affettiva.

L'atteggiamento controtransferale, sostenuto dalle identificazioni transindividuali (inerenti alla notevole diversità subculturale tra paziente e terapeuta), ha consentito la coesione delle capacità creative del Sé del paziente. Questa ha espresso l'elaborazione di progetti fatti di «speranza vitale»: negli ultimi periodi di terapia il paziente ridusse la sua attività come dipendente e avviò — in previsione del pensionamento — una consulenza libero-professionale dedicandosi in modo più continuativo, nel contempo, ad alcune organizzazioni sociali.

CASO 3° - Maschio

Anni 67, primogenito di due fratelli, livello sociale piccolo

borghese. Vedovo, risposato. Dieci anni fa ha perso l'unica figlia per un tumore cerebrale. Circa 20 anni fa ha presentato un episodio depressivo, regredito con terapie farmacologiche e di appoggio psicologico dopo circa due anni.

Da 8 anni presenta una depressione, che si è accentuata dopo il pensionamento ed è andata peggiorando, con comparsa di disturbi viscerali multipli. Dopo il fallimento delle terapie farmacologiche, ha chiesto un trattamento psicoterapeutico, iniziato dopo il test e tuttora in corso con frequenza settimanale.

Al test di Rorschach: il soggetto ha fornito un numero di risposte limitato in un tempo molto rapido, rilevando una discreta fluidità ideativa, interrotta solo in occasione di una situazione di conflitto (rifiuto alla VI Tav.). L'interesse è rivolto in prevalenza all'analisi (D > G). Le G sono però tutte ben viste, il che sta a significare, insieme al dinamismo decisamente ricco e stenico, un livello intellettivo alto. Nel dinamismo si può cogliere anche qualche aspetto di immaturità (FK, contenuti ludici). Precisione (F+%) e automatismi (A%) sono aumentati, segno di una rigidità che ha impronta depressiva.

Il pensiero gioca il ruolo di maggior rilievo (F% + K) mentre l'affettività è prevalentemente rimossa; è un pensiero dotato di riserve di creatività (K), ma nello stesso tempo tendente a utilizzare l'irrigidimento forse a scopo difensivo.

Il contatto con la realtà è mantenuto: le principali Ban sono presenti. Il rifiuto della VI Tav. sembrerebbe di origine conflittuale ed è superato all'inchiesta.

Il contatto con gli altri è scarso, non completamente assente, ma neanche ben sviluppato, anche per una affettività prevalentemente egocentrica (CF). Il TRI è di tipo intratensivo in entrambe le formule, segno di una tendenza a chiudersi in un proprio mondo interiore, spesso con fantasticherie anche di tipo immaturo (formula secondaria). Gli shock sono supera-

ti prevalentemente con ricorso a meccanismi razionali (rimozione, K).

Per quanto riguarda i contenuti, si osserva una identificazione corretta ma immatura alla III Tavola («negretti»). La figura paterna sembra creare qualche barriera («come visto da dietro» alla IV), quella femminile suscita atteggiamenti ludici, infantili («coniglietti» «gnomi»). La tavola sessuale, come già detto, è rifiutata. Si può rilevare quindi una problematica non risolta a carico della sfera psicosessuale.

In conclusione il protocollo rivela una personalità con aspetti di irrigidimento, che possono tradursi in depressione clinica, su elementi organizzativi neurotici (l'immaturità affettiva). L'Io del soggetto è valido, per la buona dotazione, per l'efficienza dei poteri razionali e per le capacità di ripresa.

La terapia è stata imperniata sulla considerazione della creatività residua, in vista di una migliore elaborazione del lutto sia per quanto riguarda la perdita della figlia che il pensionamento. È stato analizzato l'atteggiamento astensionistico del paziente, incoraggiandolo a riassumere un ruolo più attivo, anche nell'ambito della famiglia dove aveva ceduto alla moglie ogni iniziativa, «barattando» la dipendenza in cambio di una sicurezza di poter fruire di un rapporto affettivo che «non finisse».

Si è teso così a smascherare le mete fittizie del paziente che, attraverso la malattia, tendeva ad ottenere dalla moglie protezione e attenzione, e si riparava altresì dallo scacco dovuto alla perdita di ruolo sociale. Pur con notevoli difficoltà, dovute sia a motivi di ordine strutturale (la rigidità e ritualizzazione acquisite nello stile di vita) e ambientale (la moglie probabilmente per suoi personali motivi di non completa accettazione del rapporto di coppia favoriva senza esserne consapevole il rapporto non paritario bensì di dipendenza, nel quale ad esempio era esclusa ogni attività sessuale) si è avviato il paziente al recupero di due iniziative individuali e di una più autonoma affermazione.

TABELLA

	Caso 1°	*Caso 2°*	*Caso 3°*
Sesso	M	M	M
Età	60	56	67
T	11	15	5
R	22	16	16
G	9	4	6
D	13	11	10
Dbl	(1)	1	–
Do-Dd	–	1	–
K	2	–	3
FK	3 (+1)	1	2
F%	31	62	50
F+%	78	90	100
A%	50	62	62
H%	9	11	12
FC	2	2	1
CF	3	2	2
FE	2	1	–
EF	3	–	–
Clob	1	–	–
Ban	7	6	6
Rifiuti	–	1 (VI)	1 (VI)
TRI	2/4	0,3	3/2½
TRI II	3/4	1/½	2/0
Persev.	2	–	–
Anat. sang.	1	1	–
Identif.	ibrido	Maschile	Maschile

Discussione

I pazienti presentano una sintomatologia caratterizzata da agorafobia e patofobia il primo, depressione, personalità ossessiva il secondo, depressione e patofobia il terzo. Il secondo

e il terzo caso, per il decorso degli episodi, lasciano il dubbio di una potenzialità «endogena», non confermata esplicitamente dal test. D'altra parte va notato che, avanzando l'età, la linea di demarcazione tra depressione endogena e psicogena diviene sempre meno netta, e anzi secondo la classificazione del DSM III è di fatto annullata a favore di un raggruppamento prevalentemente basato su sintomi e decorso (DSM III, 1980; Ravizza et Al., 1983).

A partire dalla considerazione che è difficile distinguere fisiologico e patologico sia a livello medico sia psichico nel vecchio, si vede come i fattori psicopatologici siano strettamente e spesso inestricabilmente legati a quelli di ordine reattivo: la perdita di ruolo, l'emarginazione, il deterioramento del livello qualitativo della vita rendono verosimile un rimaneggiamento strutturale a proposito della stessa identità (Volterra, 1983) e una condizione di «depressione fisiologica» legata al vissuto di perdita (Cazzullo, 1983; Rossi, 1983).

Proprio questi elementi possono costituire uno degli scogli da affrontare nella psicoterapia degli anziani, il che si può dedurre anche dai pazienti esaminati, in particolare il 3° che ha patito la perdita della figlia e poi del lavoro, senza giungere a una elaborazione e superamento del lutto.

In tutti i soggetti la sintomatologia non è esordita nell'età senile. Si tratta di pazienti che già in età adulta o giovanile avevano presentato sintomi neurotici. Non si può quindi affermare che le sindromi in oggetto siano direttamente e solamente derivabili dal ruolo mutato e degradato. Anzi, il primo e il secondo sono pazienti tuttora attivi nel lavoro. Solo il terzo ha risentito in modo preciso del pensionamento, che ha confermato il vissuto di perdita già sperimentato all'epoca della morte della figlia, coinciso con uno scadimento effettivo nel ruolo sociale (il paziente fu progressivamente allontanato dal nipotino di cui prima si occupava assiduamente).

In tutti e tre i pazienti tuttavia era possibile cogliere all'ini-

zio della osservazione uno stile di vita rinunciatario nei confronti di un impegno creativo, fosse di tipo lavorativo o ricreativo, e atteggiamenti passivi verso i familiari, rispetto ai quali si ponevano in una posizione di dipendenza che evidenziava un ruolo socialmente deteriorato e un sentimento sociale regredito, o più verosimilmente mai appieno realizzato.

I test di Rorschach, eseguiti prima dell'analisi a scopo diagnostico, hanno permesso di osservare a livello di struttura una tendenza all'irrigidimento spiccata nei pazienti secondo e terzo, nonostante la presenza mantenuta degli elementi dinamici (K) che sono di buon livello nei casi 1° e 3°, inibiti nel 2° per effetto della depressione. Nessuno dei soggetti presenta segni di scadimento intellettivo; i fattori razionali mantengono una buona efficienza e tendono semmai a sopraffare le esigenze della vita emotiva. L'F% e l'A% alti possono testimoniare a livello strutturale la rigidezza dello stile di vita, che rende nell'anziano difficile mettere in atto delle strategie di cambiamento. Nonostante la rigidità dei processi di pensiero, questi pazienti mantengono una discreta o buona possibilità produttiva (K) e doti di introspezione che hanno reso indicata la presa in carico e hanno orientato la terapia verso la «riapertura» dei processi creativi e di desiderio.

Si può addirittura affermare che i dati strutturali emergenti attraverso il test nei 3 pazienti offrono delle risorse più valide di quello che potrebbe apparire all'esame clinico (FC, K, F+, identificazione sex). Questo dato fa affermare che anche nell'anziano l'indagine strutturale si impone come complemento diagnostico e di indicazione terapeutica, atto a superare l'«impasse» costituita dalla tendenza del paziente a orientare il colloquio sulla ripetizione sterile del vissuto «hic et nunc» spesso solo limitato alle percezioni corporee.

Le prime sedute sono state rivolte alla possibilità di riconoscere e identificare il livello evolutivo a cui erano fissati o regrediti i pazienti. L'attenzione e l'osservazione partecipi del-

l'analista erano rivolte ai gesti, linguaggi e modalità espressive e comunicative verbali e no in genere, dalle quali traspaiono la sottocultura di appartenenza e i primi elementi dello stile di vita. Un paziente pretrattato con approccio di tipo comportamentistico si era spontaneamente immerso in una minuziosa e nostalgica ricostruzione biografica; gli altri (2° e 3°) erano piuttosto propensi a lunghe dissertazioni sui sintomi fisici e a limitare le descrizioni al presente.

Si è gradualmente cercato di orientare gli interessi dei pazienti dal loro mondo corporeo a quello esterno, il che significava sia una ripresa di attività di tipo cognitivo-creativo, sia una riapertura e un allargamento dell'interesse alle relazioni interpersonali. Nello stesso tempo attraverso il momento interpretativo dell'analisi si veniva approfondendo quanto di astensonistico e di difensivo significava la rinuncia a un sentimento sociale pienamente inteso, a favore di un rapporto con gli altri basato sulla dipendenza, la richiesta di protezione, l'inferiorità. Di particolare pregnanza appare, anche con l'anziano, il significato del transfert come esperienza di relazione interpersonale nella quale l'anziano può incontrare la difficoltà di essere di fronte a un terapeuta più giovane, ma anche può «imparare» un rapporto emotivo in cui la differenza di età non rappresenti più un ostacolo insormontabile, ma uno stimolo al confronto, non competitivo e non svalorizzante. È ovvio che tutto ciò richiede al terapeuta adleriano una attenta consapevolezza del controatteggiamento e anche, a nostro parere, un maggiore coinvolgimento rispetto alla classica «mentalità» di altre scuole.

L'offerta di compartecipazione emotiva, di percorrere cioè insieme un tratto del cammino quando il paziente anziano ha sentito un vissuto di solitudine, può favorire un nuovo interesse verso il mondo esterno e quindi un nuovo inserimento nella società che cambia e da cui l'anziano potrebbe sentirsi escluso.

Emerge, dall'analisi dei casi, che i pazienti avevano poten-

zialmente analoghe risorse favorevoli per un miglioramento clinico. Sotto il profilo strutturale si poteva osservare una certa rigidità, peraltro non specifica dell'età avanzata ma frequentemente riscontrabile anche in pazienti giovani. Tuttavia si potrebbe sospettare che la rigidità stessa abbia qui più importanza in quanto si esprime a livello di comportamento in uno stile di vita ormai consolidato da tempo e perciò più difficile da modificare. Questo rappresenta uno degli aspetti di indubbia difficoltà nell'andamento della terapia.

Un altro elemento importante, a nostro parere, è da ricercare nelle risorse a livello esistenziale di cui il paziente può essere dotato. Il confronto tra i casi conferma che le possibilità di affermazione ulteriore nei tre campi della vita individuati come fondamentali da Adler (1926), amore, lavoro, amicizia, rappresentano non solo un fattore adattativo reale, ma condizionano le probabilità di cambiamento attraverso un collaudo positivo. Infatti si può osservare che, dei casi esaminati, quello ad andamento meno favorevole è il terzo, nel quale i tentativi di modificare lo stile di vita vanno a urtare con una serie di ritualismi ormai consolidati anche da parte dell'ambiente (moglie, familiari) non disponibile a cambiamenti in direzione più funzionale. Il pensionamento nel terzo paziente costituisce in particolare un momento difficile da superare perché espone il paziente al confronto inferiorizzante con gli altri, alla passività, all'autoemarginazione come compensazione negativa. Si potrebbe obiettare che questo paziente è anche il più anziano di tutti, ma l'esame di struttura di personalità evidenziava, come già detto, delle risorse creative tutt'altro che esaurite o in decadimento. Neppure l'interazione somato-psichica sembra giocare un ruolo particolarmente negativo: infatti il paziente ha un aspetto vitale e mantiene un'efficienza fisica soddisfacente. Viceversa, pesa in lui sfavorevolmente il vissuto di non accettazione del tempo che passa, vissuto diremmo costante nei pazienti fobici, in questo caso rinforzato forse dall'obiettività dell'età cronologica.

Non l'età in sé sarebbe quindi il principale ostacolo alla psicoterapia dell'anziano, bensì altri fattori che ad essa possono anche se non necessariamente essere rapportati: il vissuto al negativo del tempo che sfugge, la perdita della possibilità di progettare un futuro attivo e costruttivo, il cristallizzarsi non solo dello stile di vita ma anche della risposta ad esso da parte dell'ambiente, per cui il cambiamento diventa talora addirittura ostacolato, o almeno non apprezzato. Viene così a mancare, o ad essere in difetto, il collaudo positivo del lavoro terapeutico. Esso non può tuttavia essere ritenuto inutile, in quanto si propone come finalità, sia un migliore adattamento all'ambiente ottenuto attraverso dei ricondizionamenti di carattere pedagogico, sia un innalzamento dell'autostima attraverso la rielaborazione dei vissuti emotivi nell'ambito del rapporto transferale, dove il soggetto sperimenta un nuovo e migliore modo di «essere con altri».

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

ABRAHAM K.: «Le pronostic du traitment psychoanalitique chez les suyets d'un certain âge». In «Oeuvres Complètes», Ed. Payot, Tomo II, pag. 92.

ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: «L'anziano e l'istituzione geriatrica: alcune considerazioni psicodinamiche». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, Gennaio 1983.

ADLER A. (1926): «La psicologia individuale». Newton Compton, Roma, 1970.

ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R.: «The individual psychology of A. Adler». Basic Books, New York, 1956.

CAZZULLO C.L.: «Vecchiaia e senescenza». Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino 1983.

CESA BIANCHI M.: «Psicologia della senescenza». Angeli, Milano, 1979.

DEDIEU-ANGLADE G.: «Psychothérapie des troubles psychonévrotiques au cours du veiellissement». E.M.C., 37541, A10, 10, 1981.

ELLENBERGER H.T. (1969): «La scoperta dell'inconscio». Boringhieri, Torino, 1972.

FULCHERI M.: «La psicologia individuale e gli anziani». Riv. psicol. Indiv. 8, 13, 1980.

FULCHERI M., ACCOMAZZO R.: «Finalità della psicoterapia analitica adleriana nell'anziano». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino 1983.

FREUD S.: «Il metodo psicoanalitico freudiano» (1903) in «Opere»; Boringhieri, Torino, Vol. 4, 19.

HAZZARD W.R. in Harrison's principles of Internal medicin. M graw Hill, Tokyo, 1983.

ILLICH J.: «Nemesi Medica». Mondadori, Milano, 1977.

KOHUT H.: «Narcisismo e analisi del Sé» (1971). Boringhieri, Torino, 1976.

KING P.: «The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and the elderly». The Int. J. of Psychoan. 61, 152, 1980.

POST F.: «The clinical psychiatry of late life». Pergamon Press, London, 1965.

PARENTI F.: «La Psicologia Individuale dopo Adler». Astrolabio, Roma, 1983.

RAVIZZA L., FURLAN P.M., MELUZZI A., ANGELINI G.: «Depressione e senescenza». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, 1983.

ROSSI R.: «Edipo a Colono: equilibri psicologici e psicopatologici nella senilità». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, 1983.

ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G.: «Problemi di adattamento al setting nella psicoterapia dell'anziano». Atti XVII Congr. Naz. Soc. Ital. Psicot. Medica, Bari, 1938 in press.

ROVERA G.G., FASSINO S.: «La sub-cultura e lo stile di vita del paziente e dell'analista come variabili interdipendenti nella relazione psicoterapeutica». Atti XVIII Congr. Naz. Soc. Ital. Psicoterapia Medica, Verona 1984, in press.

SCALA A.: «L'anziano ed il contatto ambientale urbano: problemi sociali e assistenziali». Atti del XXXIII Congresso Nazionale della Soc. Ital. Psicoan. Clued., Bologna, 1977.

SIMEONE J., ABRAHAM G.: «Introduction à la psychogériatrie». Simep, Paris, 1984.

SOMOGGI S.: «I fattori demografici nella problematica del pensionamento». Suppl. 58 in Giorn. Geriat. 1975.

VOLTERRA V.: «Il mantenimento dell'identità nell'anziano». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, 1983.

ZOJA L.: «La terapia analitica di fronte alla vecchiaia» in AA.VV. Psichiatria geriatrica, Masson, Milano, 1981.

LAURA RECROSIO

L'EVOLUZIONE DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE NEI CONFRONTI DELLE COSTANTI TRASFORMAZIONI DELLE REALTÀ DEGLI OPERATORI PSICO-SOCIALI

I) Il presente lavoro è stato stimolato dall'esperienza dell'autrice, effettuata presso alcune istituzioni sociali, in qualità di esperta di problemi psicologici.

L'attività si è svolta in:

— équipes psico-medico-pedagogiche di scuole elementari e medie (composte da psicologi, medici, assistenti sociali);

— consultori familiari (in cui operano consulenti familiari, assistenti sociali, psicologi, medici, legali);

— convalescenziari e case di riposo per anziani (in cui prestano la loro opera medici, infermieri, assistenti sociali, animatori).

Nel corso degli ultimi anni, all'interno di questi servizi, si è andata sempre più evidenziando una situazione di crisi, con conseguente disfunzionalità dei medesimi, disagio degli operatori, delusione dell'utenza.

Varie ricerche sono state condotte sulle possibili cause del fenomeno, focalizzando l'attenzione su aspetti ora psicologici, ora sociali, storici, economici, istituzionali ecc.

Il mio interesse si è invece rivolto all'analisi, in chiave psicodinamica, delle più frequenti modalità relazionali che ho osservato instaurarsi fra:

— operatori e utenti;

— operatori e operatori;

— operatori ed esperto.

La scelta dell'oggetto dell'analisi, e della prospettiva psicodinamica, deriva dalla convinzione che la relazione interpersonale, e gli atteggiamenti reciproci in essa emergenti, rappresentino il fulcro intorno al quale gravita la realizzazione di qualunquie progetto di intervento a carattere psicologico, anche se di superficie.

Questa convinzione ha come base teorica la rilevanza che la Psicologia Individuale attribuisce alla dimensione interpersonale, sociale, dell'individuo. Inoltre nasce dall'esperienza, ripetuta, della sostanziale insufficienza di soluzioni tecnico-pragmatiche, per ovviare alla crisi dei servizi psico-sociali.

L'analisi da me condotta ha posto in evidenza che, per un effettivo rinnovamento dei servizi che forniscono prestazioni psicologico-psichiatriche, sarebbe opportuno un intervento formativo rivolto agli operatori, diretto a sensibilizzarli sulle dinamiche profonde che influiscono sul loro operato, come esporrò nell'ultima parte della comunicazione.

II) Prima di esporre i dati emersi dall'esperienza, ritengo utile accennare al contesto socio-culturale in cui essa è avvenuta, in particolare alla storia dei servizi psico-sociali, istituiti in Italia circa 10-15 anni fa.

Sulla scia degli iniziali entusiasmi per le scienze psicologiche, ci si è proposti di creare strutture che perseguissero l'obiettivo, generico, di fornire risposte ai problemi psicologici delle persone. Talvolta si è trattato di movimenti spontaneistici, talaltra invece le strutture sono sorte a seguito di un intervento istitutivo legalizzato. In entrambi i casi, comunque, è prevalsa l'improvvisazione nella preparazione degli operatori, tutti indistintamente investiti di competenze psicologiche, in modo esplicito o implicito, e nella strutturazione del servizio, a scapito di una programmazione rigorosa, con basi teoriche e sperimentali.

Infatti sono state introdotte alcune figure professionali (in particolare psicologi e consulenti familiari) senza adeguata preparazione e senza sufficiente chiarezza circa il loro ruolo, come testimonia anche la mancanza di una definizione giuridica delle medesime. Ciò, unitamente all'istituzione delle équipes di lavoro, ha provocato confusione e discordanza fra gli operatori circa i rispettivi settori di competenza e le modalità di collaborazione e di integrazione reciproca. Inoltre ha determinato una scarsa, fuorviante o addirittura inesistente informazione agli utenti circa le finalità e le effettive potenzialità dei servizi stessi. La consistente presenza di personale volontario, non retribuito (soprattutto nelle istituzioni private) ha accentuato i suddetti problemi.

Questa situazione caotica, caratterizzata dalla connotazione poco precisa sia degli obiettivi da perseguirsi, sia dei ruoli ad essi funzionali, ha avuto tre conseguenze principali.

1) La prima è stata quella di favorire negli utenti il crescere di aspettative molteplici, eterogenee, spesso espresso confusamente, con notevole discrepanza fra richieste manifeste e latenti. Ciò ha fatto sì che gli operatori fossero percepiti come figure polivalenti, e onnipotenti, ai quali si poteva richiedere ogni genere di prestazioni, con il diritto di non essere disattesi. Questo atteggiamento è stato pure alimentato dalla tendenza, sempre più diffusa nella prospettiva dello Stato assistenziale, a utilizzare i servizi, anche quelli deputati al mantenimento della salute, passivamente, come qualcosa di dovuto e che deve funzionare, senza che sia necessario un processo di partecipazione attiva, personale.

2) La seconda conseguenza è consistita nel permettere l'elaborazione, da parte dell'istituzione, di finalità ambivalenti e contraddittorie (da un lato l'obiettivo dichiarato di aiutare gli utenti, dall'altro quello latente della sopravvivenza dell'istituzione).

3) La terza concerne le difficoltà insite nel lavoro di équi-

pe, fra queste la crisi di professionalità che talora, dal confronto reciproco, può essere indotta o evidenziata.

III) Nel contesto ora descritto, ho osservato che gli atteggiamenti più spesso emergenti nei rapporti fra operatori e utenti, operatori e operatori, operatori ed esperto in problemi psicologici, sono di tre tipi:

— atteggiamento di tipo depressivo con svalorizzazione;

— atteggiamento di dipendenza passiva con ipervalorizzazione;

— atteggiamento manipolatorio.

A mio parere, i tre atteggiamenti individuati hanno in generale il valore di meccanismi difensivi nei confronti della frustrazione della propria volontà di potenza, che ciascun operatore sperimenta nello svolgimento della propria professione; e che ciascun utente vive nel momento in cui si pone nella posizione di richiesta di aiuto.

Ritengo importante sottolineare che, a mio avviso, detti atteggiamenti non stanno in un rapporto di causa-effetto con la situazione storica e socio-culturale italiana, bensì che la scarsa strutturazione dei nostri servizi ha semplicemente facilitato, fungendo da cartina di tornasole, l'emergere di dinamiche relazionali complessive, sempre presenti e individuabili. Infatti ogni intervento di consulenza e assistenza psicologica si svolge in una realtà comunque complessa e composita, che sfugge a qualsiasi tentativo di codificazione e di schematizzazione.

Descriverò ora più dettagliatamente le modalità relazionali suddette, il loro significato psicodinamico e i rischi che esse comportano, ai fini del raggiungimento degli obiettivi propri di ciascun servizio.

Atteggiamento depressivo con svalorizzazione

Consiste, da parte degli operatori, in atteggiamenti di scetticismo o di accusa rivolti alle carenze delle istituzioni sociali, o a un'altra categoria professionale presente nell'équipe, o all'esperto di psicologia, oppure di sfiducia nelle possibilità di intervenire con alcuni clienti particolarmente «difficili».

Atteggiamenti analoghi si riscontrano negli utenti, verbalizzati con: «Non credo che i miei problemi si possano risolvere; nessuno può far qualcosa per me; ho provato inutilmente tante cure, ecc.». In tal modo sono espressi l'intensa svalorizzazione dell'operatore e nello stesso tempo il totale scoraggiamento circa le proprie risorse e capacità di modificare una situazione.

Appare evidente che il significato psicodinamico di tali atteggiamenti è il mantenimento della propria autostima, sorretta da una finzione di onnipotenza, per cui gli insuccessi, intollerabili, sono sempre attribuiti ad *altri* (persone o situazioni) e la rabbia provata è indirizzata all'esterno.

Talvolta si ricorre a una finzione rafforzata, che imputa a cause esterne l'inefficacia del proprio intervento o addirittura la dà per scontata.

Nell'ambito di tale finzione, il riconoscimento della propria umana limitatezza diviene quasi un atto di coraggio. Si rimane così racchiusi in una posizione di stallo.

Analogamente negli utenti la posizione depressiva può permettere una valorizzazione paradossale al negativo, del tipo: «Sono così *al di sopra* degli altri con la mia sofferenza, che nessuno può aiutarmi», con il rifiuto inconscio di rinunciare a questa sofferta modalità di realizzazione della volontà di potenza.

Se operatore e utente (oppure operatore ed esperto) colludono sia nell'atteggiamento di attacco all'istituzione, sia nel-

l'enfatizzazione della gravità di un caso, ne risulta impedito qualsiasi progresso.

Inoltre, la svalorizzazione da parte dell'utente può indurre nell'operatore la necessità di *dimostrare* a tutti i costi la propria capacità, ad esempio ricorrendo a consigli diretti, o a interventi in qualche modo colpevolizzanti e punitivi verso l'utente.

L'atteggiamento depressivo è stato riscontrato più frequentemente fra i genitori di allievi che già si erano rivolti ad altre istituzioni per accertamenti e interventi psicologico-psichiatrici e fra gli anziani delle case di riposo.

Per quanto concerne gli operatori, esso si è evidenziato per lo più:

— Nei *medici*, di qualsiasi ambito, in relazione a un vissuto personale di intolleranza verso la possibilità che *altri* possano adeguatamente affrontare la malattia e il disagio psichico, considerati qualcosa di nebuloso, difficilmente codificabile scientificamente.

— Negli *insegnanti*, soprattutto nei meno giovani, poco sensibilizzati culturalmente alle tematiche psicologiche, che spesso tendono a vedere il servizio psicopedagogico più come fonte di interferenza che di collaborazione.

— Negli operatori delle case di riposo.

Sottolineo che il comune atteggiamento di ospiti e operatori di istituti geriatrici può essere riferito, in generale, al fatto che l'età senile comporta obiettivamente profonde modificazioni, in senso riduttivo, delle tre principali forme di realizzazione dell'uomo (i tre compiti vitali). Essa quindi costituisce un'esperienza di perdita, il cui riscontro emotivo è la depressione, sia in chi la vive personalmente (l'anziano), sia in coloro che, assumendosene il compito assistenziale, si scontrano con l'impossibilità di cambiare questa realtà.

A ciò vanno aggiunti due altri elementi che contribuiscono ad aumentare il senso di inutilità, di isolamento, di emarginazione, dell'anziano ricoverato: 1) il ricovero non rappresenta quasi mai una libera scelta; 2) negli istituti geriatrici si concede preminente rilievo alle necessità fisiologiche, rispetto a quelle psico-emotive, con scadimento o inesistenza dei rapporti interpersonali fra assistiti e operatori.

Atteggiamento di dipendenza passiva con ipervalorizzazione

Consiste nella totale fiducia in chi detiene il «sapere», inteso come strumento che permette una risoluzione pressoché magica dei problemi. Lo si ritrova, fra gli utenti, verso gli operatori e il servizio in generale cui ci si rivolge; fra gli operatori, nei confronti dell'esperto, o dell'équipe o della stessa istituzione.

L'elemento comune con l'atteggiamento depressivo, precedentemente analizzato, consiste nella *passività*, ovvero nel rifiuto di mettersi in gioco personalmente, affrontando i rischi che l'acquisizione di responsabilità comporta. In effetti, l'enfatizzazione della efficienza delle strutture di appartenenza, o dell'esperto, o dell'operatore che si occupa di noi, permette, attraverso un meccanismo di identificazione, sia la soddisfazione del bisogno di appartenenza a un gruppo, sia la realizzazione indiretta della propria volontà di potenza.

Fra gli utenti, l'atteggiamento ipervalorizzante è emerso sia fra i *genitori* di scolari, sia fra gli *utenti* di *consultorio familiare*. I primi spesso richiedono spontaneamente un colloquio con lo psicologo scolastico, durante il quale parlare dei problemi del figlio equivale, per lo più, a un tentativo di verbalizzare le proprie ansie di educatori e di demandare ad altri il compito educativo. I secondi, dal canto loro, spesso equivocano sul termine «consulente familiare» e lo investono nel ruolo di «dispensatore di consigli».

Fra gli opertatori, l'atteggiamento di ipervalorizzazione contraddistingue sia gli operatori delle équipes scolastiche, sia quelli del consultorio del familiare, i quali collaborano in modo più strutturato con l'esperto di psicologia.

In generale, il fatto di ipervalorizzare l'esperto rivela il desiderio di eseguire compiti a favore degli utenti, mettendo in pratica i suggerimenti dell'esperto stesso e proponendosi agli utenti nella stessa veste di chi dà suggerimenti, invece di acquisire e favorire la consapevolezza dei problemi presentati.

Atteggiamento manipolativo

Improntato all'ossequio, talora al vittimismo, è caratterizzato dal tentativo di utilizzare l'interlocutore per il raggiungimento di mete fittizie, non corrispondenti a quelle manifeste. Si tenta cioè di esercitare un controllo «dal basso», che pone in una posizione di effettiva superiorità, all'interno di una relazione apparentemente collaborativa.

Esso è stato osservato, sia nella scuola, sia nel consultorio familiare, in soggetti che si prefiggevano l'utilizzazione del servizio per raggiungere obiettivi ben precisi e concreti: iscrizioni di bambini esclusi dalle graduatorie, concessione di sussidi, sistemazione di familiari scomodi ecc.

Fra gli operatori, esso emerge per lo più fra i volontari che prestano servizio nei consultori, i quali tentano di ottenere dall'esperto una conferma della validità del proprio operato.

Desidero soffermarmi sul tema del *volontariato*, in quanto ritengo che in esso siano insiti notevoli problemi.

Il volontariato può essere interpretato come meccanismo di compensazione fittizio, che spesso, sotto un apparente sentimento sociale, maschera la resistenza alla modificazione di uno stile di vita improntato a un eccesso di volontà di potenza. Così i volontari possono tendere a proporsi come «mam-

ma e papà buoni», manifestando nei confronti degli utenti un atteggiamento come di «adozione», con la conseguente aspettativa di un riconoscimento encomiativo e di una dedizione che può opporsi alla possibilità di crescita. In questa modalità di approccio, l'atteggiamento dell'operatore non è effettivamente all'insegna del sentimento sociale, quindi collaborativo, ma volto a ottenere gratificazione personale.

IV) Dalle considerazioni finora espresse scaturisce, a mio giudizio, l'opportunità di integrare la preparazione teorico-tecnica degli operatori psico-sociali con una adeguata esperienza formativa che si prefigga:

1) di individuare e di analizzare le motivazioni profonde che li hanno indotti a scegliere la loro attività;

2) di evidenziare gli atteggiamenti e le dinamiche che gli operatori mettono in gioco nello svolgimento della loro professione, in particolare le modalità con cui, all'interno di essa, consapevolmente o inconsapevolmente, tentano di realizzare le loro istanze di autorealizzazione e di sentimento sociale;

3) di sensibilizzare gli operatori alla costante e autonoma ricerca di tali dinamiche, ovvero al riconoscimento del loro stile di vita e delle modalità relazionali, da esso determinate, emergenti in ambito professionale.

Gli obiettivi di questa esperienza formativa non presuppongono una ristrutturazione della personalità degli operatori, che richiederebbe un intervento analitico individuale; viceversa ritengo che essi siano realizzabili nell'ambito di *gruppi di discussione*. Questi devono possedere alcuni requisiti essenziali:

1) Non superare il numero di *10 - 12 partecipanti.*

2) *Essere omogenei* circa l'istituzione di provenienza dei partecipanti (potendo addirittura coincidere con l'équipe di lavoro). Nel caso di gruppo composto da operatori di ambiti

diversi, è auspicabile la presenza delle varie figure professionali abitualmente presenti nelle équipes.

3) Essere *eterocentrato*, ovvero avere come tema specifico le esperienze vissute nel contesto di lavoro, senza riferimenti a sfere extraprofessionali e senza approfondimenti personali. Non si esclude che dalla situazione di gruppo possa scaturire il suggerimento di un approfondimento individuale.

4) *Essere condotto da un esperto*, che possieda una formazione psicodinamica (analitica) individuale, unitamente a una conoscenza approfondita teorico-pratica delle dinamiche e della conduzione dei gruppi.

La scelta del gruppo come strumento di lavoro formativo è determinata dal fatto che l'esperienza nel gruppo è analoga, nei suoi elementi strutturanti, alla relazione che l'operatore instaura con il cliente: si viene così a creare una situazione di *reversibilità*, che permette di vivere un'esperienza, ma anche di osservarla e analizzarla, distaccandosene. Inoltre ritengo che, per l'équipe di lavoro, sia opportuno poter disporre di un momento di verifica comune del proprio operato e al tempo stesso poter esplicitare eventuali divergenze e contrasti.

Mi preme ribadire che un presupposto fondamentale per il funzionamento del gruppo è rappresentato dal fatto che il *conduttore* sia fornito di solida preparazione personale. Infatti egli deve essere in grado di:

— Controllare i tentativi di autocentramento del gruppo (che trasformerebbero l'esperienza da formativa a pseudo terapeutico/analitica).

— Cogliere e gestire adeguatamente le modalità relazionali che i membri del gruppo attuano nei suoi confronti. In particolare, in base all'esperienza riportata, deve poter evitare o di essere coinvolto nell'immobilismo depressivo o di accettare il ruolo di detentore del «potere-sapere» o di sentirsi attaccato dalla manipolazione e cadere in atteggiamento di scontro.

Ritengo che il modello teorico della Psicologia Individuale possa rappresentare uno schema di riferimento proficuamente utilizzabile nel tipo di formazione ora descritta, non solo per l'attenzione alla unicità e unitarietà dell'individuo e alle sue interazioni con l'ambiente, e per il finalismo interpretativo, ma anche l'interesse verso il *lavoro*, inteso come una delle tre modalità fondamentali di realizzazione dell'uomo.

In particolare, circa il significato della scelta lavorativa in ambito psicosociale, l'interpretazione psicodinamica evidenzia due possibilità:

1°) essa può rappresentare una modalità equilibrata di realizzazione sia della istanza autoaffermativa, sia di quella improntata al sentimento sociale;

2°) oppure in essa la manifestazione di sentimento sociale può configurarsi come una finzione rafforzata ed essere prevalentemente al servizio della volontà di potenza.

Gli operatori psicosociali devono costantemente aver presente il rischio insito nella seconda eventualità, se desiderano svolgere efficacemente la loro professione.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: «La psicologia individuale di fronte ad alcune problematiche istituzionali», 2° Congresso Naz. S.I.P.I., Camogli, 1981.

DDLER A.: «Il temperamento nervoso», Newton Compton, Roma, 1971.

ADLER A.: «Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo», Newton Compton, Roma, 1975.

ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R.: «The individual psychology of Alfred Adler», Basic Books, New York, 1956.

CIGOLI V.: «Processo formativo e lavoro di formazione» in «Innovazione educativa», Vita e Pensiero, 1977.

CHRISTENSEN O., SCHRAMSKI T.: «Adlerian Family Counseling», Educational Media Corporation, Minneapolis, 1983.

DREIKURS R.: «Psychodynamics, Psychotherapy and counseling», Alfred Adler Institute of Chicago, 1967.

GUNTRIP H.: «Una completa teoria delle relazioni oggettuali, della personalità e interazione umana», Boringhieri, Torino, 1967.

FULCHIERI M., RECROSIO L., CISMONDI R.: «Problemi di comunicazione e supervisione di gruppo nel consultorio», VIII Congresso Naz. UCIPEM, Pescara, 1983, in «Consultorio familiare e famiglia», Franco Angeli, Milano, 1984.

FULCHERI M., RECROSIO L.: «Formazione, evoluzione e ruolo del consulente familiare», Corso di Formazione Regione Piemonte, 1983.

LAI G.: «Gruppi di apprendimento», Boringhieri, Torino, 1975.

MUTTINI C.: «A proposito di un'esperienza di gruppo eterocentrata», Rivista di Psicol. Ind., Anno 9, N. 14, 1981.

PARENTI F., PAGANI P.L.: «La volontà di potenza delle strutture come fattore di disturbo per le finalità etiche della psicoterapia», Atti del XIV Congresso della S.I.P.M., Firenze 1980, Patron Editore, Bologna, 1981.

PARENTI F. e Coll.: «Dizionario ragionato di Psicologia Individuale», Cortina, Milano, 1975.

ROVERA G.G. e Coll.: «Il sistema aperto della Psicologia Individuale», Quaderni della Rivista di Psic. Ind., N. 4, 1979.

GIACOMO MEZZENA

L'INFLUENZA DELLA PSICOANALISI E DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE NELL'EDUCAZIONE MODERNA

La psicologia del profondo è, tra le scienze psicologiche, quella che ha dato il contributo più discusso, e in molti casi energicamente contestato, all'educazione moderna. La critica è soprattutto rivolta alla psicoanalisi ortodossa per ragioni attinenti non solo la tecnica, ma anche per l'incertezza dei suoi risultati in campo educativo e anche per ragioni morali.

Occorre tener presente che la teoria psicoanalitica fu creata per dare una spiegazione ai comportamenti nevrotici e psicotici e si basa sul comportamento verbale di pazienti in libera associazione. L'analisi di Freud era volta a determinare le cause prime dei disturbi dei pazienti e le conclusioni alle quali egli giunse formando la base della teoria psicoanalitica.

Dopo aver affermato che quanto viene osservato e analizzato in questo procedimento è lo schema di comportamento verbale del paziente nella condizione particolare detta di libera associazione, nonché il resoconto che egli fa dei suoi sogni, appare opportuno porci una domanda: cosa devono fare i genitori e gli educatori in genere che vogliano passare all'applicazione pratica della teoria? Orbene il problema è come collegare le formulazioni astratte al comportamento quotidiano del bambino.

Per essere di aiuto la teoria dovrebbe specificare atti o comportamenti da parte dei genitori che, se applicati, dovrebbero portare a certi risultati desiderati. Così, ad esempio, quali atteggiamenti i genitori dovrebbero assumere per impedire che i loro figli diventino nevrotici o psicotici?

Qual'è la causa del comportamento nevrotico?

Secondo Freud ne sono la causa i desideri rimossi che emanano dall'Es e che sfuggono alle difese dell'Io, comparendo come sintomi. E la cura? L'analisi del materiale della libera associazione, correlato ai sintomi, per determinare il desiderio inconscio che porta al comportamento nevrotico.

Durante lo svolgimento dell'analisi il paziente manifesta spesso un intenso attaccamento emotivo per l'analista. Freud chiamò ciò «transfert», cioè la trasferenza che il paziente prova per i suoi genitori. Se l'analista lo controlla bene, come farebbe un buon genitore, con pazienza, comprensione e senza punizioni, spesso il paziente si rende conto di non aver bisogno di sentirsi colpevole per un comportamento o per dei sentimenti che associava al sintomo.

Dopo aver considerato queste situazioni possiamo trarre due conclusioni: prima di tutto l'analista, a differenza del genitore, non è messo a confronto con il comportamento vero e proprio, ma soltanto col resoconto che ne fa il paziente. E anche se il paziente può esprimere sentimenti ostili o violenti verso i genitori oppure verso il terapeuta stesso che li sostituisce attraverso il transfert, la situazione non è chiaramente la stessa. In secondo luogo si presume che il racconto del paziente sui sentimenti e i comportamenti tenuti in qualche momento del passato possa cambiare «hic et nunc».

Inoltre il problema per i genitori e gli educatori, che vogliano mettere in pratica la teoria psicoanalitica, è determinare se la loro risposta a certi comportamenti descritti dagli psicoanalisti avrà effetto a lungo termine sul comportamento del bambino e, più tardi, dell'adulto.

Presumendo che gli avvenimenti descritti dagli psicoanalisti — sviluppo dell'Io, SuperIo e stati psicosessuali — possano essere osservati dai genitori, che cosa questi dovrebbero fare?

Ponendoci dal punto di vista psicoanalitico dobbiamo te-

ner presente che la meta da conseguire è la ricerca dell'inconscio.

Orbene, poiché il fenomeno di base è inosservabile e i processi inconsci possono essere soltanto dedotti, i normali metodi scientifici di ricerca — osservazione, verifica, ripetizione — non si possono applicare. Tutto questo rende le cose difficili ai genitori. Poiché la vita psichica del bambino, che è considerata la fonte di molti suoi problemi, non può essere osservata o influenzata direttamente, i genitori e gli educatori sono messi in una difficile situazione. Infatti come possono sapere se i loro sforzi stanno recando aiuto o creando maggiori difficoltà? Il fatto che spesso ciò non sia possibile significa che gli sforzi sono limitati ai processi consci dell'Io.

Occorre ora chiarire alcuni punti che riguardano i processi consci. Per controllare le relazioni che essi hanno con la teoria psicoanalitica si sono fatte molte ricerche. Accenniamo alle più interessanti, avvalendoci anche della sintesi fatta in proposito da D.E. Mead[1]. Esse riguardano gli stadi di sviluppo.

La teoria psicoanalitica suggerisce che lo sviluppo psicosessuale determina certi modelli di personalità a lungo termine. Si afferma, per esempio, che i metodi usati dai genitori nelle fasi di transizione della prima infanzia — svezzamento, controllo degli sfinteri ed educazione sessuale precoce, compreso il modo di affrontare il conflitto edipico — influenzino il comportamento del bambino e la sua personalità da adulto. Quali prove possiamo avere?

Nel campo della ricerca non abbiamo avuto una risposta chiara ed inequivocabile; anzi sembra che ci siano ben poche prove che svezzamento e primi schemi di alimentazione abbiano una influenza duratura sul bambino. Kline (1972) conclude

---

[1] D.E. MEAD: Six Approaches to Child Rearing. Brigham Young University Press, Provo, Utah, 1976.

che c'è ben poco per sostenere il concetto di «personalità orale». Zigler e Child (1973) pensano che ci sia una certa attendibilità per sostenere tali concetti, ma sono d'accordo con altri critici sul fatto che ci siano ben poche prove per collegare tratti caratteristici orali nell'adulto a metodi di alimentazione e svezzamento nell'infanzia.

Uno dei fenomeni più frequentemente citati in associazione con la fase orale è quello di dipendenza. Ma anche qui i critici concordano nell'affermare che non c'è connessione tra pratiche di alimentazione-svezzamento e successivo comportamento dipendente.

L'analisi della letteratura sulle caratteristiche anali permette di rilevare che tra i critici vi è un certo accordo sul fatto che i tratti della personalità associati al carattere anale — disciplina, ostinazione, parsimonia — sembrano verificarsi assieme (Kline, 1972; Zigler e Child, 1973). Non si è però trovata una connessione diretta tra le norme per il controllo degli sfinteri e queste caratteristiche (Eisenck e Wilson, 1973; Kline, 1972; Zigler e Child, 1973), mentre sembra ci sia tra le abitudini dei genitori che evidenziano questa sindrome «ossessiva-coercitiva»: spesso hanno dei figli che si comportano in modo simile. Si giunge alla conclusione che i genitori, soprattutto le madri, sono in posizione adatta a trasmettere questi comportamenti, fatto che si adatterebbe strettamente all'approccio comportamentistico. Quindi si dà ragione a Freud per quanto concerne la caratteristica, ma non sulla sua eziologia.

Tralasciando altri argomenti per non portar via altro spazio, che cosa possiamo dire, dopo questa breve analisi, della letteratura empirica relatica alla teoria psicoanalitica?

Kline (1972), malgrado la sua simpatia per Freud, conclude che l'accentuazione posta dalla psicoanalisi sull'allattamento e sul controllo degli sfinteri non può essere giustificata. Quindi la preoccupazione per i caratteri orali ed anali è superflua.

Eisenck e Wilson (1973) affermano che la teoria psicoanalitica ha consistentemente fallito, sul tempo, nel produrre prove sicure del suo potere predittivo e che è quindi in una posizione altamente vulnerabile. Tutto questo limita l'utilità che essa può avere in campo scientifico e, in particolare, nel campo della educazione e della guida del bambino.

Per il suo ampio uso nella letteratura popolare, nel teatro e in altri campi dello spettacolo, la psicoanalisi continuerà probabilmente a far parte per qualche tempo del nostro mondo intellettuale (Eisenck e Wilson). Tuttavia la sua utilità scientifica è messa in seria discussione e, in particolare, la sua utilità nel campo educativo. Quest'ultima perplessità è condivisa anche dallo psicoanalista Ernest Jones, il quale, nel suo volume «Che cosa è la psicoanalisi?», concludendo il capitolo dedicato all'applicazione della psicoanalisi all'educazione, afferma che l'analisi è del tutto indipendente da ogni misura educativa.

Non è così per la psicologia individuale.

Infatti gli studi di carattere pedagogico, che si ispirano ai principi della psicologia adleriana, stanno conquistando un sempre più vasto stuolo di educatori in ogni parte del mondo.

Dreikurs, proseguendo l'opera di Adler in questo campo, ha indubbiamente aperto nuove vie che in futuro influenzeranno sempre più la pratica educativa in ogni paese del mondo. Gli autori di orientamento individualpsicologico hanno dato la dimostrazione delle possibilità di un fruttuoso incontro tra scienze educative e psicologia del profondo. Essi ritengono che un approccio pedagogico che mutui alcuni concetti dalla teoria adleriana, per incidere anche negli aspetti non evidenti (inconsci) della personalità del minore, sia quanto mai utile e utilizzabile anche da educatori, insegnanti e genitori. Si tratta di un'operazione in profondità che viene agita sul comportamento, senza provocare traumi con interventi che possano slatentizzare ansie non controllabili.

Perché ciò è possibile?

Ciò è reso possibile dall'impostazione olistica della teoria adleriana. Essa, infatti, come si dirà, si presta ottimamente, oltre che alla rieducazione e cura, anche semplicemente all'educazione del bambino.

Secondo la individualpsicologia, affinché gli uomini siano capaci di vivere assieme devono sviluppare in alto grado il «sentimento sociale».

Il bambino sperimenta per la prima volta con la madre le relazioni interpersonali. Nella sua famiglia forma il suo primo giudizio per quanto riguarda la natura del mondo in cui si trova. Tale giudizio dipende dal potere creativo del bambino ed è condizionato dall'ambiente sociale e dalle esperienze che ha con il suo Sé corporeo. Egli giunge, così, a decidere se considerare il mondo un posto sicuro nel quale vivere, eguale tra eguali, o se continuare a lottare per essere superiore agli altri. Egli determina, così, il suo obiettivo, il suo stile di vita.

Come si vede, anche se il giudizio definitivo e la scelta sono del bambino, i genitori possono svolgere un ruolo importante per fornirgli un'atmosfera adatta e il loro incoraggiamento. Adler e i suoi allievi vedono nel bambino l'azione e la reazione a due gruppi di stimolazioni: gli stimoli interni, intesi come le sue reazioni fisiologiche ed ereditarie, e la risposta del bambino all'ambiente esterno.

Il potenziale creativo del bambino agisce secondo gli stimoli che vengono dal di dentro e dal di fuori. Dopo i primi cinque anni di vita si fissa uno stile di vita che determina il modo in cui egli interpreta i segnali che riceve dall'interno e dall'esterno.

Poiché gran parte dell'esperienza del bambino in questo periodo è pre-verbale e l'esperienza su cui valutare i fatti nuovi è limitata, egli può trarre errate conclusioni sull'approccio più efficace alla vita sociale.

Conseguentemente egli potrà scegliere approcci inefficaci o errati alla soluzione dei problemi della vita.

Sono due i motivi per cui un bambino può scegliere un obiettivo errato come tentativo di difesa dal sentimento di inferiorità: le aspettative dei genitori e le loro reazioni ai suoi errori.

Frasi come «È una piccola peste», «È molto timido» possono segnalare al bambino che noi ci aspettiamo che si comporti in un determinato modo. E il bambino può, senza esserne consapevole, rispondere come ci aspettiamo, non come desideriamo.

Anche le reazioni dei genitori agli errori del bambino lo portano a trarre conclusioni erronee su se stesso e sul suo valore nel sistema sociale.

Nel sottolineare sempre i suoi errori, tendiamo a scoraggiarlo dal tentare ancora. In tal modo gli impediamo di sperimentare le sue capacità di affrontare e risolvere i suoi problemi.

Ci sono almeno due modi per stimolare lo sviluppo del bambino: anzitutto possiamo spingerlo ad atteggiamenti che lo porteranno a cercare la sicurezza, entrando in competizione con gli altri, abbassando gli altri in modo da sentirsi «in alto»; il secondo modo porta i genitori a stimolare i bambini a trovare la loro soddisfazione contribuendo al bene degli altri. In questo caso invece di avere successo al di sopra degli altri, sperimentano che è meglio avere successo con gli altri e che gli errori non sono fallimenti, ma inviti a cercare un'altra strada. Questa è la via indicata dalla pedagogia che si ispira alla psicologia individuale.

Ma ancor oggi noi rileviamo che sono essenzialmente due gli atteggiamenti educativi sui giovani: l'uno estremamente punitivo, l'altro essenzialmente permissivo. Vi sono poi varie gradazioni in cui sostanzialmente si alternano momenti di ri-

gida punitività ad altri di assoluto permissivismo. Di qui partono i motivi fondamentali del disadattamento dell'infanzia e dell'adolescenza; disadattamento che tende fatalmente a ripercuotersi nelle età successive.

In realtà nell'era moderna si è verificato a tutti i livelli della struttura sociale, vale a dire nelle nazioni, nella scuola, nelle famiglie, un superamento del controllo autoritario, che permette all'individuo di determinare da solo il proprio ruolo. Si tratta, come si vede, di un diritto all'autodeterminazione che è uno dei fondamenti della democrazia.

Non discutiamo qui l'uso che ne sanno fare molti adulti, ma rileviamo piuttosto che l'uso considerevole che ne fanno i ragazzi d'oggi getta nello smarrimento e nell'imbarazzo genitori e insegnanti, i quali non si sentono più in grado di imporre la loro volontà.

Il cattivo comportamento dei giovani e le nevrosi dell'adulto sono diventati un fatto così comune da ritenerlo normale. Oggi è difficile trovare un ragazzo senza problemi e genitori che sappiano ervitarglieli. Così vediamo atteggiamenti verniciati di spirito democratico che possono solo determinare permissivismo. Negli altri casi l'atteggiamento autocratico non può che determinare uno sdoppiamento della personalità del ragazzo, che si dibatte tra ciò che è e ciò che gli si chiede, educato secondo sistemi che non corrispondono alle esigenze e agli stimoli del mondo attuale. Conseguentemente è estremamente difficile che i genitori riescano ad ottenere dai loro figli e gli insegnanti dai loro allievi, un comportamento corretto. E questo perché si confonde autoritarismo con autorevolezza, libertà con licenza.

Alcuni studiosi parlano di un «continuum di comportamento deviante» che parte dalle trasgressioni minori per arrivare alle più gravi forme di delinquenza minorile. E questo perché in fondo operiamo in un modo poco democratico, ma con stimoli apparentemente democratici, in cui non è più

possibile educare tradizionalmente, ma non si è ancora acquisita la capacità educativa realmente consona ai tempi.

Cosa si può fare, allora, per sbloccare la situazione?

Io ho una lunga esperienza delle carceri minorili e ho avuto modo di studiare la personalità di molti ragazzi per difficoltà di comportamento. In generale, da che cosa traggono origine le loro difficoltà? Con un approccio al problema dal punto di vista sociale e familiare, si potrebbero constatare, come risulta dai miei precedenti studi, condizionamenti negativi che partono dalla situazione socio-economica-culturale per arrivare alla salute dei componenti della famiglia[1].

Ma qui intendo trattare il tema sul piano psicopedagogico, discutendo, sotto tale aspetto, un punto che considero all'origine della violenza: la competizione.

Nella cultura tradizionale, che sotto certi aspetti agisce ancora nei sistemi educativi attuali, si tende a stimolare i giovani alla competizione. E dallo spirito di competizione, inteso come «Mors tua, vita mea», nasce il sentimento di inferiorità.

Tutti i giovani (tutti gli uomini) vogliono sentirsi importanti. Questo corrisponde anche all'ambizione dei genitori e degli insegnanti. Ma l'ambizione può diventare il maggior ostacolo all'adattamento. Infatti la società di oggi può offrire loro ben poco da questo punto di vista. In particolare nei giovani meno abili, che non riescono ad affermarsi nella scuola o in altre attività socialmente accettabili, come quelle sportive o di tempo libero, la modalità di affermazione diventa socialmente non valida. Per molti di loro la ricerca di affermazione, volta a compensare il sentimento di inferiorità acquisito

---

[1] Vedasi: G. MEZZENA, I ragazzi disadattati, Rivista «Note di pastorale giovanile», 1978, n. 2, pag. 76-88.

sin dall'infanzia e dalla fanciullezza, porta alla ribellione. Così, ribellarsi alla disciplina può determinare nell'adolescente un sentimento di potenza e di superiorità. Il bere, il fumo, la droga e il furto possono diventare, per l'adolescente precedentemente inferiorizzato, un facile mezzo per sentirsi importante. Orbene, invece di trovare aiuto e comprensione, questi adolescenti vanno incontro ad altre umiliazioni che fatalmente li risospingono nella via sbagliata.

A questo punto si pone il problema del recupero: da educativo il compito si trasforma in rieducativo. Allora l'intervento diventa più difficoltoso in quanto si tratta di modificare lo stile di vita fin qui acquisito.

Lo stile di vita si va formando fin dai primi anni, durante i quali il soggetto opera scelte d'azione (che riguardano le emozioni e i pensieri) che gli sembrano più valide, scelte che gli permettono di conseguire scopi e mete inconsciamente o consciamente autoproposte. E poiché le dinamiche dell'inconscio rendono difficile all'individuo di avere consapevolezza dei reali scopi verso cui tende, l'intervento diventa più complesso ed è in relazione con le tecniche della psicologia di tipo adleriano.

Nell'analisi di tipo adleriano il campo dello stile di vita è quello in cui si impegna maggiormente la ricerca terapeutica della personalità e delle sue scelte. Sul piano rieducativo alcuni aspetti e certe tecniche possono essere utilizzati da educatori specializzati, maturi emotivamente, socialmente aperti e culturalmente preparati. E qui appare molto importante che l'educatore abbia la capacità di far emergere e maturare il sentimento sociale nei disadattati. Sentimento sociale che esprime il bisogno di cooperazione e di compartecipazione emotiva con i propri simili.

Non si intende, il sentimento di aggregazione, caratteristico di certi gruppi distruttivi abbarbicantisi o no a finzioni ideologiche e politiche, comunque quasi sempre eterolesivi. Il senti-

mento sociale fa agire in collaborazione, non in conflitto con gli altri. Favorire, quindi, la maturazione del sentimento sociale è essenziale non solo nel campo educativo, ma anche e soprattutto rieducativo. Solo così è possibile avviare il giovane disadattato a un reinserimento sociale, aiutarlo a porsi in una posizione cooperante e dignitosa, né sottomessa, né impositiva verso gli altri.

Da quanto è stato fin qui rilevato possiamo concludere:

I) La psicoanalisi — come dice Jones, uno dei più fedeli seguaci di Freud — è del tutto indipendente da ogni misura educativa. In proposito ho tentato di dimostrare, seguendo le critiche di studiosi imparziali, come l'applicazione dei concetti freudiani nella pratica educativa presenti difficoltà notevoli.

II) Al contrario, la validità dei concetti della individualpsicologia ha permesso ai seguaci di Adler, in particolare a Dreikurs, di sviluppare un pensiero pedagogico estremamente coerente con le aspirazioni dell'uomo d'oggi, pensiero che è possibile tradurre in pratica educativa senza difficoltà particolari.

Qui diviene chiara l'importanza dell'orientamento teorico:

1) La scoperta del potere dell'uomo di prendere delle decisioni. Emerge ora il nuovo concetto dell'uomo come padrone del suo destino. Di qui il suo potere creativo, la sua responsabilità, la sua possibilità di cambiare, di modificare uno stile di vita costruito su una valutazione errata degli eventi. È chiara l'importante ripercussione che in campo educativo e rieducativo, oltre che terapeutico, ha un tale principio.

2) L'approccio teleoanalitico prende in considerazione le mete dell'uomo e le possibilità di correggere le mete sbagliate dalle quali dipende il disadattamento sociale. È evidente, a questo punto, l'importanza che riveste in campo educativo questo assunto sul quale operano gli adleriani.

3) L'implicazione di vasta portata che l'olismo può avere

in campo educativo. Infatti da questo punto di vista l'essere umano non è più una semplice aggregazione di funzioni psicologiche, fisiologiche e sociali, ma è un tutto in cui ogni parte interagisce e non può essere considerata a sé.

Ponendomi dal punto di vista psicoanalitico ho sottolineato come la ricerca dell'inconscio sia lo scopo principale. Ho rilevato che ciò implica delle difficoltà nel tentativo di tradurre in pratica educativa i concetti freudiani. D'altra parte l'inconscio adleriano non è un settore della personalità dell'uomo, ma uno stato dell'uomo. È più un aggettivo che un sostantivo, proprio a causa della totalità dell'essere umano. Pertanto, dal punto di vista adleriano, troviamo difficoltà nel tradurre i concetti in pratica educativa.

4) Per quanto concerne l'importanza che riveste il concetto di «sentimento sociale», basti pensare al posto che occupa nella dottrina adleriana.

A proposito della validità dell'approccio adleriano all'educazione, mi pare opportuno ricordare qui un episodio riferito da Hertha Orgler. Nel corso di una delle discussioni, che seguivano sempre nelle conferenze di Adler, qualcuno disse che non era il caso di applicare il suo metodo educativo prima di cambiare le condizioni sociali. Adler rispose che era naturalmente desiderabile migliorare le condizioni sociali; ma avrebbero potuto affrontare questo compito solo coloro che fossero stati educati in modo da avere in sé sentimento sociale.

Allora una donna del popolo si alzò e disse: «Non possiamo mutare così rapidamente le condizioni sociali, ma io personalmente posso cambiare il metodo di educare i miei figli e, da domani, comincerò senz'altro a comportarmi come ha spiegato il dottor Adler».

Io aggiungerei che un tipo di educazione come quello adleriano prepara gli uomini che domani potranno migliorare la società.

Il presente ed il futuro della psicologia individuale, per le linee pedagogiche che propone, contribuiscono, dunque, alla realizzazione di una società sempre più giusta, sempre più libera.

LINO G. GRANDI

IL «VISSUTO RELIGIOSO» NEL TRATTAMENTO ANALITICO (*)

Religione e «vissuto religioso» secondo l'interpretazione delle psicologie del profondo

Tralascio buona parte degli approcci specifici al problema religioso dal punto di vista psicologico: per esempio l'analisi delle «motivazioni» e degli «atteggiamenti» (sviluppata da Vergote) o l'impostazione «genetico-sperimentale» nel corso dello sviluppo infantile (proposta da Vianello).

Affronto invece le problematiche inerenti il rapporto fra religiosità e inconscio.

Radicalmente diverso, addirittura antitetico, appare l'atteggiamento freudiano rispetto a quello adleriano e junghiano.

Problema non scientifico, la religione è per Freud «illusione» «nevrosi», forma attenuata di nevrosi ossessiva universale: non suscita nello psicologo un interesse specifico nel corso del trattamento se non, al massimo, come «sintomo» nevrotico inseribile in una forma più generalizzata e universale di nevrosi: la religione appunto.

L'idea di Dio rappresenta invece per Adler l'espressione più nobile e alta che la mente umana abbia partorito.

In Jung la religione e la religiosità affondano le loro radici

---

(*) I temi qui riassunti sono esposti in modo più esteso e approfondito nel volume di Lino G. Grandi «Psicoterapia e Religione», Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, n. 8, 1986.

nella storia dell'umanità, nell'inconscio individuale e collettivo, e Dio rappresenta una delle idee archetipiche dell'umanità, legata alla filogenesi.

Troviamo dunque disinteresse per la religione in un trattamento freudiano, mentre adleriani e junghiani possono considerarla momento da indagare ed affrontare in ogni analisi.

Adler dimostrò spesso un profondo rispetto e per un lungo tempo anche un accentuato interesse per la religione, pur proponendosi come socialista. Quanto fosse interessato Jung al problema è universalmente risaputo.

In che senso Freud usa il termine «illusione» riferendolo alla religione?

Non certo nel significato di «distorsione percettiva» più o meno marcata! Scrive infatti ne «L'avvenire di un'illusione»: «Un'illusione non è la stessa cosa di un errore e non è nemmeno necessariamente un errore... Caratteristica dell'illusione è il derivare dai desideri umani... l'illusione non deve essere necessariamente falsa, cioè irrealizzabile o in contraddizione con la realtà... Chiamiamo illusione una credenza, quando nella sua motivazione prevale l'appagamento di desiderio, e prescindiamo perciò dal suo rapporto con la realtà, proprio come l'illusione stessa rinunzia alla propria convalida» (1927).

In tale ottica, anche il sogno, proposto da Freud come realizzazione allucinatoria di desideri inconsci radicati nell'infanzia, potrebbe essere interpretato come «illusione» e dunque essere escluso dal campo di indagine della scienza. Più interessante invece l'opinione di Fromm, secondo cui la scoperta dei meccanismi inconsci che regolano il sogno sarebbe l'elemento più caratterizzante dell'intera dottrina freudiana.

Occorre operare una netta distinzione fra aspetti «teologici» e aspetti «psicologico-soggettivi» legati alla religione. La psicologia, in quanto scienza, non si occupa della veridicità e dimostrabilità dei contenuti dottrinali religiosi (le verità di

fede e dogmi). Si occupa però dell'esistenza del fenomeno religioso e studia anche i suoi rapporti con l'inconscio.

Secondo Adler e Jung, la religione è un «fatto oggettivo», cioè osservabile nella vita quotidiana, e dunque «deve» essere oggetto di indagine scientifica. Essendo fenomeno universale, è anche fuori discussione che affondi le sue radici (almeno in qualche misura) nell'inconscio.

Adler sottolinea ripetutamente come il suo sia l'atteggiamento dello scienziato che, osservando un fenomeno oggettivo, cerca di capirne anche le cause di origine e le finalità perseguite. Ciò vale anche per la religione.

Viene quindi spontaneo, quasi necessario, chiedersi come mai un fenomeno (quello religioso), universalmente diffuso e conosciuto, venga così spesso aprioristicamente «evitato» e considerato come «non pertinente» al trattamento analitico.

Religione e trattamento analitico

Secondo Bartholomäus «Adler fu il primo psicologo del profondo ad avviare un atteggiamento pieno di rispetto e di comprensione da parte della psicologia del profondo nei confronti della religione. Adler assegnò una funzione all'idea di Dio all'interno della sua teoria» (1982).

Nel corso di un trattamento analitico il «vissuto religioso» e «l'atteggiamento» nei confronti della religione sono un aspetto significativo che emerge sempre e rappresentano un momento che occorre affrontare ed elaborare proprio come le problematiche relative alla sessualità e all'amore, all'amicizia e ai rapporti sociali, al lavoro, od altri aspetti ancora della vita.

L'uomo infatti è unità biopsichica inscindibile e tutto ciò che lo riguarda può e deve, come ribadisce ripetutamente Adler, costituire oggetto di interesse e di studio per lo «psico-

logo individuale». Si rivendica alla psicologia individuale il diritto-dovere di esaminare scientificamente tutti i problemi inerenti la vita dell'uomo, compresi gli atteggiamenti nei confronti della religione e la comprensione del «senso della vita».

Il vissuto religioso (o rappresentazione religiosa) non può essere inteso nell'accezione freudiana del termine «illusione»: non si può, come asserisce Freud, prescindere dal suo rapporto con la realtà in quanto costituisce un fenomeno reale, oggettivo ed osservabile. In tale ottica, l'essere adleriani ci induce, al di là delle nostre personali e soggettive convinzioni, a prendere atto dell'esistenza del problema e dunque ad affrontarlo.

Colpisce e fa riflettere invece la constatazione che molti terapeuti e analisti (credenti e non) evitano accuratamente e di affrontare ed elaborare «vissuti» e «atteggiamenti» del paziente nei confronti della religione, quasi ne fossero impauriti oppure li ritenessero, per chissà quali misteriosi motivi, aspetti non degni di indagine.

Se, come scrive Vergote, «l'atteggiamento è un modo di essere nei confronti di qualcuno e di qualche cosa» (1979), rientra come tale fra gli elementi caratterizzanti lo «stile di vita» individuale. Ma non si comprende perché si ritenga indispensabile studiarlo se lo si riferisce ad esempio alla sessualità e lo si giudichi ininfluente o, peggio, inutile e dannoso, se riferito alla religione. Forse che la dimensione metafisico-religiosa non fa parte, come dice Adler, della esperienza umana vista nella sua globalità e complessità? A parte un certo condizionamento culturale negativo, viene spontaneo formulare anche l'ipotesi di una specie di paura irrazionale (quasi fobica) radicata profondamente nell'inconscio anche di alcuni terapeuti; paura che induce a «evitare» il problema o a fuggirne.

Al di là del fatto che il problema religioso compaia sempre in ogni trattamento e che l'analista si dimostri aperto e dispo-

nibile a recepirlo, risulta comunque estremamente complesso e difficile affrontarlo ed elaborarlo.

Ciò non toglie che il problema esista. Come sottolinea Ringel, «chi tende l'orecchio senza pregiudizi al linguaggio dell'inconscio..., chi non è bloccato da concezioni unilaterali, costui dovrà registrare la presenza di Dio nell'inconscio... Tutto ciò significa che in ogni psicologo del profondo, presto o tardi, nel contesto della consapevolizzazione dell'inconscio, si presenterà con urgenza la questione religiosa» (1981).

Vissuto religioso e sentimento sociale

Il sentimento sociale rappresenta un fattore discriminante cruciale e decisivo per differenziare la nevrosi dalla normalità. «Il sentimento sociale è il barometro della normalità» (1930).

Ogni uomo persegue un fine di superamento lungo gli assi «inferiore-superiore» («basso-alto») secondo una polarità di direzione *verticale*. La spinta e la ricerca di autoaffermazione e autorealizzazione si sviluppano, ponendosi «da un lato utile della vita» in clima di cooperazione e rispetto per gli altri oppure, al contrario, come perseguimento indiscriminato e assoluto del potere personale. Come scrivono gli Ansbacher «l'archetipo psicologico verso cui si dirige l'uomo è l'aspirazione alla perfezione» (1956). Ma tale tensione «verticale» si esprime in modo sano («dal lato utile della vita») se si realizza anche concretamente sul piano «orizzontale» del rapporto con i propri simili. Orizzontalità (rapporto con i propri simili) e verticalità (aspirazione alla perfezione, ideali, valori etico-morali, Dio) esprimono dunque le modalità che caratterizzano e orientano le tensioni interiori e dinamiche di ogni uomo. Rappresentano inoltre aspetti complementari di un bisogno più globale connaturato nell'uomo: il bisogno di comunicare. Bisogno ben espresso negli assiomi della «pragmatica della comunicazione umana»: «non è possibile non comunicare» e «ogni forma di comportamento è comunicazione».

L'aspirazione alla perfezione rappresenta il fine ultimo e anche il punto di incontro e di compenetrazione profondo e reciproco fra sentimento religioso e sentimento sociale. Scrive Adler: «Il sentimento, come qualsiasi altro dinamismo psichico..., si muove verso un unico fine. Che ci si sforzi di studiare scientificamente l'obiettivo dell'umanità, o che, secondo il linguaggio delle religioni, si designi intuitivamente questa aspirazione alla perfezione chiamandola "Dio", i sentimenti saranno pur sempre guidati da tale fine... Io considero l'anima e l'essere tutto intero come parti della società e del cosmo, parti che tendono, qualora siano consapevoli del giusto cammino, verso una società ideale. Tale tensione, che dovrebbe caratterizzare ogni abitante di questa terra, corrisponde a una convinzione interiore intuitiva oppure a un insegnamento scientifico. A chi, seguendo la psicologia individuale comparata, si dimenticasse di prendere in considerazione... certi sentimenti religiosi o etici, noi dobbiamo ricordare che essi sono inclusi nelle riflessioni più approfondite riguardanti il sentimento sociale» (1933).

Sentimento religioso e conoscenza dell'uomo

Come dice Adler «non possiamo certo vantarci della nostra conoscenza dell'uomo. Al contrario, essa non può che incrementare la nostra modestia, dal momento che si rivela un'impresa assai ardua e impegnativa, alla quale l'umanità si è dedicata sin dai primordi, senza tuttavia affrontarla mai in maniera sistematica e con la chiara consapevolezza del suo vero scopo» (1927).

La «conoscenza analitica» rappresenta certo una delle forme più profonde di conoscenza dell'uomo, perché si spinge fino alla scoperta e all'indagine delle sue caratteristiche più nascoste, cioè l'inconscio.

Il trattamento psicoanalitico, come noto, si svolge in situazioni di «astinenza». «Il medico — scrive Freud — dev'essere

opaco per l'analizzato e, come una lastra di specchio, mostrargli soltanto ciò che gli viene mostrato» (1912). Numerosi psicoanalisti hanno messo in discussione e criticato la «regola» o «principio di astinenza»; personalmente ho avuto spesso modo di dire che la ritengo inefficace e talora addirittura dannosa.

Ci si può chiedere se il principio di astinenza conduca alla guarigione o non piuttosto, al massimo a un certo livello di «comprensione». Ma la comprensione è «conoscenza»?

Adler si chiede inoltre: «questa comprensione è già essa stessa guarigione?». E risponde: «la psicologia individuale comparata ritiene che la comprensione sia non già la guarigione ma una premessa della guarigione» (1933).

La «conoscenza dell'uomo», elemento che conduce poi alla guarigione, è, secondo Adler, qualcosa di enormemente più complesso.

«La conoscenza dell'uomo non è una materia di studio che si possa apprendere solo dai libri di testo, ma deriva soprattutto dall'esperienza pratica. È così necessario aver partecipato a ogni fenomeno della vita psichica, averlo veramente vissuto, aver seguito l'uomo nelle sue gioie e nei suoi dolori: in modo analogo l'artista trasferisce nel ritratto che intende dipingere ciò che intimamente e veramente avverte. In modo simile deve essere considerata la scienza dell'uomo: un'arte cioè che disponga di sufficienti strumenti e che si allinei sullo stesso piano delle altre arti. Di essa dobbiamo soprattutto valerci per accrescere le nostre conoscenze e perseguire un migliore e più consapevole sviluppo spirituale» (1927).

Qual'è l'aspetto che collega e avvicina trattamento analitico e sentimento religioso?

Secondo Adler, sia la religione che la psicoterapia propongono una forma di conoscenza dell'uomo il cui punto di arrivo è la scoperta del senso della vita. La psicoterapia, dice

Adler, «non si può accontentare di un bilancio psicologico empirico. Interpretazione psicologica e condotta spirituale non possono prescindere da certi principi rapportabili alla questione del senso della vita... La lotta della psicoterapia per scoprire un senso della vita è innegabile» (1933).

In ciò la psicologia individuale comparata trova un punto di incontro e un legame profondo con le religioni più evolute.

Jahn rilevava, nell'opera scritta in collaborazione con Adler, come «la conoscenza dell'uomo, che preesisteva a ogni forma di psicologia teorica, la troviamo già nella Bibbia. Geremia ben conosceva le contraddizioni dell'anima umana: il cuore dell'uomo è più misterioso di qualsiasi altra cosa e perverso! Chi lo può penetrare?» (1933).

Tale limpida asserzione suona, secondo Jahn, come un'idea preannunciatrice della psicoterapia, poiché descrive l'uomo nella sua lotta contro l'insicurezza interiore, nelle sue contraddizioni di debolezza e di ostinazione.

Non è forse questo il «mondo interiore» che Adler ci descrive nelle sue opere? E non è questo forse il mondo in cui «penetra» e si avventura, con la sua indagine, l'analista?

Sempre la Bibbia suggerisce l'equivalenza di «conoscenza» e «penetrazione». Nella Bibbia il termine «conoscere» assume il significato di unione profonda e totale con l'altro, fino al livello del «possesso» e della «penetrazione sessuale». La conoscenza, così concepita, viene però accettata e legittimata solo all'interno di una relazione «profondamente affettiva»: in caso contrario è «fornicazione» ed è punibile con la morte. Il concetto biblico di «conoscenza» fa riferimento, dunque, oltre che all'aspetto affettivo, a componenti squisitamente comprensivo-penetrative sessuali. E richiama alla mente inevitabilmente il primitivo significato del termine «simbiosi», lo stato di «fusione» fra madre e bambino neonato, il momento della perfezione, l'uno, l'ermafrodito ecc.

La conoscenza dell'uomo diretta alla scoperta del senso della vita va assai al di là di quella permessa dal freudiano «principio di astinenza»: quest'ultimo realizza al massimo una certa «comprensione» ma non certo la penetrazione e la discesa a livelli tanto profondi quali la scoperta del senso della vita, seppure intesa come obiettivo ideale, può permettere.

Sentimento religioso e nevrosi

Non è corretto identificare tout-court religiosità e nevrosi. Come la casistica clinica fa osservare, è nondimeno indubbio che un certo tipo di religiosità sia segno di nevrosi.

Una sfera che può essere colpita, per esempio, è quella sessuale.

I trattamenti analitici evidenziano con ridondante costanza come l'educazione religiosa ricevuta nell'infanzia possa anche indurre in campo sessuale, conseguenze significative. Come il vissuto relativo alla religiosità è intrinsecamente connesso alla sfera etica, altrettanto appare correlato alla sessualità. Viene spontanea l'associazione con i rituali ossessivi, con certi profondi sensi di colpa legati a pratiche sessuali, con vere e proprie sindromi caratterizzate da frigidità o impotenza e legate per esempio a paure di commettere peccato o di andare all'Inferno e così via. Gli esempi potrebbero continuare. Tutto questo induce a considerare come, anche a causa di una particolare educazione sessuale e morale ricevuta nell'infanzia, numerosi adulti possano presentare disturbi sessuali legati a una religiosità distorta e nevrotica.

Oltre alle ripercussioni concrete nella vita quotidiana (leggi insorgere di sintomi svariati e di nevrosi) la religiosità patologica assume connotazioni evidenti di «finzione» e di meccanismo di difesa.

Se l'archetipo psicologico verso cui l'uomo si dirige è l'aspirazione alla perfezione, va altresì aggiunto che ciò che

favorisce il divenire «normale o nevrotico» è l'adeguato o insufficiente sviluppo del sentimento sociale.

Ogni uomo, ben sappiamo, persegue una meta di superiorità. Se essa però tende a diventare «superiorità assoluta» diviene una finzione nevrotica che può indurre in modo più o meno consapevole a interessi simili a Dio in modo magico e onnipotente. In tutte le nevrosi si osserva poi il perseguimento di una meta di superiorità che va al di là del sentimento sociale. Un esempio clamoroso ed evidente è il ritiro scontroso e irato, la distanza frapposta fra sé e gli altri, l'atteggiamento continuo di rimprovero aggressivo che si rilevano in numerose sindromi depressive.

È proprio il sentimento sociale, inteso come «barometro della normalità», che differenzia una religiosità sana e ben armonizzata da quella nevrotica. Come scrive Adler, «ci sono sempre stati uomini i quali avevano capito... sapevano che il significato della vita è quello di interessarsi all'umanità nel suo complesso e cercarono di sviluppare l'impegno sociale e l'amore. In tutte le religioni noi troviamo questa sollecitudine per la salvezza dell'uomo. In tutti i grandi movimenti mondiali gli uomini hanno lottato per aumentare l'impegno sociale; e la religione rappresenta uno dei tentativi più importanti per realizzare questo impegno. Le religioni, però, sono state spesso mal interpretate; ed è difficile vedere come se esse possano fare più di quanto stanno già facendo, se non ci si impegna più profondamente nella realizzazione di questo compito comune. La Psicologia Individuale arriva alla stessa conclusione in modo scientifico... ma il fine è il medesimo: accrescere l'interesse per gli altri» (1931).

Conclusione

Il sentimento religioso può esprimersi nella concretezza e nella quotidianità connotandosi nevroticamente oppure arric-

chendo in senso positivo l'individuo. Non è accettabile comunque l'equivalenza freudiana «religiosità = nevrosi».

Si rigetta altresì che il problema religioso venga «liquidato» come ininfluente, non scientifico, di secondaria importanza nel corso del trattamento analitico. Il «vissuto» e «l'atteggiamento» rispetto alla religione sono dati «oggettivi» che compaiono nella psicoterapia e spesso condizionano pesantemente, nel bene o nel male, l'esercizio dei «tre compiti vitali».

Non possiamo «fingere» di non vedere e limitarci a minimizzare: potrebbe trattarsi di una fuga e di un'astensione ingiustificata.

Non si vuole neppure qui presentare una risposta soddisfacente alla domanda: perché tanta paura? Ci chiediamo infine con Ringel: «Perché così tanta religione nell'inconscio, perché — e ciò è inquietante — così poca religione nel conscio?» (1981).

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE [1]

ADLER A. (1927): *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1975.

ADLER A. (1930): *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma, 1975.

ADLER A. (1931): *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1976.

ADLER A., JAHN E. (1933): *Religion et Psychologie Individuelle Comparée*, Payot, Paris, 1958.

ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R.: *The individual psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York, 1956.

BARTHOLOMÄUS W.: *Nuove teorie nella scuola di Adler*, in Concilium, 1982, pp. 160-167.

FREUD S. (1912): *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, in *Tecnica della psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1976.

FREUD S. (1927): *L'avvenire di un'illusione*, Boringhieri, Torino, 1975.

RINGEL (1981): Cit. in BARTHOLOMÄUS W. op. cit., 1982.

VERGOTE A.: *Psicologia religiosa*, Borla, Torino, 1979.

[1] Per una bibliografia più compiuta, si rinvia al citato volume «Psicoterapia e Religione» edito nei Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale.

G. Scarso, G.G. Rovera, D. Munno

IL RANKING RORSCHACH TEST: NEUROTICISMO E SENTIMENTO SOCIALE

Introduzione

Com'è noto uno dei punti centrali della Psicologia Individuale è rappresentato dal «sentimento sociale» e dalle sue connessioni con quello che Adler definiva già nel 1911 il «temperamento nervoso». Al riguardo preme sottolineare alcuni punti.

1) Innanzitutto vi è l'osservazione circa l'importanza come elemento storico assunta dal sociale in quanto l'uomo si realizza nella comunità ed in questa è chiamato a svolgere i tre compiti vitali. La società non è quindi uno schermo contro cui si urtano le pulsioni come si afferma nella concezione freudiana, ma è la naturale arena in cui si svolge l'attività umana non solo nelle sue spinte deterministiche, ma, soprattutto, nella sua progettazione finalizzata.

2) In questo ambito il sentimento sociale può essere inteso, in un processo di trasposizione analogica dall'ontogenetico al filogenetico, come una sorta di compensazione messa in atto dall'uomo nella sua storia e preistoria per fronteggiare la sua fisiologica inferiorità fisica nei confronti di un ambiente popolato di animali assai più agguerriti.

3) In tale ottica si può discutere a lungo sulla natural-dipendenza o cultural-dipendenza del sentimento sociale.

Lo si può considerare innato come tale, oppure si può considerare innata solo una più o meno generica disposizione a sviluppare un sentimento sociale. Ancora si può considerare

l'eventualità dell'esistenza di un fenomeno a tipo di «imprinting» situabile nei primi giorni o settimane o mesi di vita. Si può ancora scindere il sentimento sociale in più componenti, alcune delle quali da considerare innate, altre acquisite. Innata può essere la tendenza a ricercare gli altri, mentre appresa può essere la capacità di interazione in modo altruistico, cercando la collaborazione e non l'affermazione prepotente. Chi ha esperienza con bambini piccoli (3-5 anni) può, ad esempio, facilmente osservare come questi cerchino spontaneamente il contatto reciproco per esercitare il possesso di un oggetto, di un gioco, per assumere una posizione di preminenza e come spesso si renda necessario l'intervento di un adulto per creare uno spirito di collaborazione.

4) Quali possano essere le diverse opinioni in proposito, ci sembrano basilari le opinioni di Adler per cui il sentimento sociale, per emergere in tutte le sue potenzialità, necessiti di essere sviluppato attraverso una costante interazione con l'ambiente tramite un processo di incoraggiamento da parte dei genitori prima, della scuola e degli amici poi. Quando si mette in relazione il sentimento sociale con i concetti di «empatia», «identificazione», «aspirazione alla supremazia», si svela un problema affascinante e sempre più attuale anche in altre correnti di pensiero.

5) Il problema dell'«educabilità» del sentimento sociale ci porta a sottolineare l'importanza assunta dal rapporto madre-bambino e, più in generale, genitori-bambino, soprattutto nei primi anni di vita. Oltre a ciò, e la Psicologia Individuale appare a questo proposito molto attenta, ci preme sottolineare (e sarà appunto nodo centrale della presente relazione) l'importanza che la scuola riveste a questo riguardo. Le problematiche insite nel concetto di sentimento sociale appaiono in relazione allo sviluppo psicofisico del bambino, sviluppo che si articola anche a delle fasi disarmoniche, a veri e propri salti. Oltre all'importanza rivestita dai primi anni di vita per la rapidità di sviluppo con il cui bambino si impadronisce della

capacità di pensare per simboli, ci sembra che troppo spesso si tenda a trascurare la fase della pubertà-adolescenza durante la quale si verifica una divaricazione a forbice fra le caratteristiche dell'intelligenza tramite la definitiva acquisizione della capacità di astrazione (Piaget), cioè di operare su funzioni mentali e non più solo su oggetti, e le trasformazioni psicoendocrine e somatiche che pongono in crisi la propria individualità ed identità, nonché i rapporti interpersonali. Se, come osserva Shapiro, la capacità di astrazione si collega strettamente alla possibilità di sviluppare una propria capacità di interazione autonoma con il mondo, ci si rende facilmente conto dell'importanza assunta in questa fase dal problema dell'educabilità del sentimento sociale, che si innesca, quindi, in una fascia di età in cui il rapporto con i genitori è solo uno dei tanti tasselli, insieme alla scuola, agli amici, che compongono il mosaico delle relazioni del ragazzo.

6) Appare fondamentale il rapporto che Adler coglie fra coraggio e sentimento sociale e mancanza di sentimento sociale e comportamento nevrotico. L'armonico sviluppo del sentimento sociale può essere interrotto ogni qualvolta il sentimento di inferiorità viene esacerbato nel corso dell'interazione con l'ambiente e si struttura in un complesso di inferiorità. Adler aveva previsto diverse ipotesi: l'inferiorità d'organo, il ragazzo viziato, il ragazzo rifiutato e oggi si potrebbe aggiungere l'«educazione altalenante» (Parenti) mutuata in chiave adleriana dall'interessante apporto rappresentato dalla pragmatica della comunicazione (Rovera et Al.). Tuttavia, nell'ambito di una teoria quale la Psicologia Individuale che, accanto alle prospettive nomotetiche, pone in risalto l'aspetto idiografico, tali temi vanno fondamentalmente rappresentati come «nodi» di aggancio in tutta una serie di noxae che vanno inquadrate in un sistema a rete (Rovera et Al.).

Il risultato sarà, comunque, la chiusura del nevrotico in un sistema di finzioni in genere impoverito e distorto nella comunicazione e nel confronto con gli altri; rivolto al versante non

creativo della vita, teso a una autorivalutazione che allontana sempre più il nevrotico dal contatto pieno di sentimento sociale con la comunità che lo circonda. Di qui, l'equazione di proporzionalità inversa fra sentimento sociale e temperamento nervoso.

7) Il concetto di temperamento nervoso assume diverse denominazioni nell'opera di Adler, come ha ben messo in evidenza Ansbacher: disposizione nevrotica, modus vivendi nervoso, stile di vita nervoso, stile di vita viziato; esso è caratterizzato, sempre secondo Ansbacher, da diversi aspetti:

a) avere un'opinione errata di sé e della propria posizione nel mondo;

b) fare ricorso a comportamenti anormali, volti al lato inutile della vita per difendere la propria opinione di sé;

c) sottrarsi a situazioni pericolose rifugiandosi sempre più nelle proprie metafore privatizzate;

d) essere autocentrati piuttosto che interessarsi all'interrelazione con altri.

Tutto ciò si verifica, ovviamente, in modo inconsapevole.

Addentrarci in una discussione delle caratteristiche del temperamento nervoso sarebbe impresa troppo vasta. Ai fini del presente lavoro ci interessa sottolineare una volta di più il concetto basilare di una perdita di senso comune da parte del nevrotico, il quale ricorre all'uso di schemi interpretativi del reale che sottrae alla verifica del rapporto interpersonale, elaborando anche rigide modalità di percezione, con un notevole grado di astrazione.

Affine al pensiero di Adler appare la concezione di Eysenck, il quale ritiene che «neuroticismo» e «conformità sociale» siano inversamente proporzionali. Non si tratta evidentemente soltanto di una trasposizione di termini, in quanto Eysenck si muove in un'ottica comportamentistica per cui, in partico-

lar modo, i concetti di sentimento sociale e di conformità sociale appaiono assai distanti, facendo riferimento il primo a strutture cognitivo-affettive sia intrapsichiche che interpersonali, mentre il secondo si rifà a un, forse, non meno complesso riferimento statistico.

Proprio tale approccio appare, però, interessante in quanto ha permesso l'elaborazione di reattivi mentali quale il R.R.T., volti ad un tentativo di standardizzazione sulla base di tali concetti teorici.

Da tempo eravamo alla ricerca di uno strumento di indagine quale un test mentale proiettivo che fosse sottoponibile a un processo di quantificazione, per permettere una valutazione statistica applicata a determinate sindromi d'interesse psichiatrico, in relazione a un parametro che tenga conto del fattore socio-culturale.

Tale metodica, tesa alla quantificazione che può risultare utile in certi settori quali gli screenings di massa, ad esempio nella scuola, appare, tuttavia, riduttiva, ma ci sembra che possa essere proficuamente inserita nell'ambito di un approccio al problema del disagio psichico che privilegi fondamentalmente una comprensione tramite l'insight e l'empatia e volto più che a radiografare la realtà, a darne una rappresentazione ritrattistica (Nisbet).

Il Ranking Rorschach Test

Il R.R.T. è un reattivo a scelta multipla che Eysenck ha derivato da un analogo di Harrower-Erickson e Steiner.

Questi partirono dal presupposto che il soggetto è portato a scegliere il tipo di risposta che più si avvicina a quella che darebbe in una applicazione del Rorschach individuale ed Eysenck trasformò il test a scelta multipla nel R.R.T.

In una ricerca fattoriale su 700 pazienti psiconevrotici,

Eysenck rilevò un fattore generale che chiamò «neuroticismo». In esso convergerebbero fattori di derivazione sia genotipica che fenotipica: tale termine starebbe a indicare una deficienza di integrazione e di organizzazione della personalità e una mancanza di adattabilità sociale. Tale reattivo sarebbe, quindi, correlato al concetto di conformità, dove per mancanza di conformità si intenderebbe una deviazione dalla norma statistica.

Questo fattore generale varierebbe con gradualità nella popolazione, passando da una punta negativa nei soggetti più nevrotici a una punta positiva in coloro che presentano un minor numero di sintomi nevrotici.

Eysenck introduce nel test il «ranking»: l'individuo deve, cioè, contrassegnare con un numero progressivo le risposte (nove) che gli si presentano a ogni tavola e deve fare ciò in base alla sua preferenza: la risposta contrassegnata con il numero «1» sarà quella che il soggetto considera più adatta; quella contrassegnata con il numero «9» sarà invece la meno indicata.

Cinque delle risposte sono state selezionate tra le più frequentemente scelte da soggetti non nevrotici; le altre quattro sono invece state tratte da protocolli di nevrotici. L'analisi per ricercare le risposte più significative era stata effettuata su mille protocolli Rorschach applicati individualmente.

Il punteggio per ogni tavola è dato dalla somma dei valori numerici (tra uno e nove) assegnati alle quattro risposte nevrotiche. Ne deriva, quindi, che il punteggio più basso possibile è 10 e quello più alto è 30; il punteggio totale può variare fra 100 e 300. Da quanto sopra esposto si ricava che, poiché il punteggio «1» indica che quella risposta è stata data dal soggetto in esame come la più idonea, quanto più è basso il punteggio totale, tanto più alto sarà il grado di neuroticismo. Cocci suggerisce in modo orientativo il limite di neuroticismo intorno ai valori vicini a 200.

Casistica e risultati al test

La nostra casistica raccolta in diversi anni di lavoro (Rovera, Fassino, Munno, Scarso, Torre, 1980; Rovera, Scarso, Oliva, Fassino, Munno, 1983; Fassino, Scarso, Munno, 1983; Rovera, Scarso, Oliva, Fassino, Munno, 1984) risulta essere composta da 7 gruppi:

1) 27 studenti del 6° anno di medicina, di cui 13 maschi e 14 femmine, con età media di 25 anni.

2) 367 individui di sesso maschile chiamati a svolgere il servizio militare di leva per il 1981; sono tutti soggetti nati fra il 1951 ed il 1963 con netta prevalenza di quelli nati nel 1961 e 1962.

3) 22 soggetti ospiti di un Istituto per anziani: di questi 8 sono di sesso maschile e 14 di sesso femminile, con età media di 74 anni.

4) 14 individui anziani normali non istituzionalizzati, con età media di 62 anni: 6 maschi, 8 femmine.

5) 51 tossicodipendenti in terapia ambulatoriale con metadone, di cui 45 di sesso maschile e 6 di sesso femminile, con età media di 24 anni.

6) 18 soggetti con diagnosi di nevrosi di vario tipo: 13 sono di sesso femminile e 5 di sesso maschile; l'età media è di 26 anni.

7) 20 soggetti schizofrenici, di cui 13 di sesso maschile e 7 di sesso femminile, con età media di 40 anni.

I e II gruppo

Per quanto concerne i primi due gruppi, si hanno i seguenti valori al R.R.T.: 237,07 per il I gruppo (studenti di medicina) e per il II gruppo (soggetti sottoposti a visita di leva) già diviso secondo parametri di livello di istruzione:

Elementari (42 soggetti) 206,50;

Medie inferiori (118 soggetti) 211,70;

Medie superiori (190 soggetti) 217,66;

Laurea (17 soggetti) 228,76.

III e IV gruppo

Per il III gruppo (anziani istituzionalizzati si hanno i seguenti valori:

202,14 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 14 casi); 201,63

196,16 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 6 casi).

Per il IV gruppo (anziani non istituzionalizzati):

200,71 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 7 casi); 210,57

220,42 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 7 casi).

V - VI - VII gruppo

Per il V gruppo (tossicodipendenti) si hanno i seguenti risultati:

206,33 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 32 casi); 209,22

217,29 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 19 casi).

Per il VI gruppo (nevrotici):

172,32 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 10 casi); 196,50

196,16 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 8 casi).

Per il VII gruppo (schizofrenici):

192,60 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 15 casi); 194,90

200,16 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 5 casi).

Nel raffronto al «t di Student» fra i vari gruppi non si sono registrate significative differenze circa il sesso.

Differenze significative si hanno invece nel confronto secondo parametri clinici e secondo l'età. Infatti i gruppi di 1) *schizofrenici*, 2) *tossicodipendenti*, 3) *nevrotici*, 4) *anziani* non presentano alcuna diversità significativa se confrontati in modo incrociato.

Tuttavia appaiono tutti significativamente diversi rispetto al gruppo degli studenti di medicina e al sottogruppo dei laureati soggetti a visita di leva.

D'altro canto l'approfondimento dell'importanza assunta dal fattore «grado di istruzione» risulta evidente alla luce delle seguenti considerazioni.

1) Il confronto fra i soggetti sottoposti a visita di leva con titolo di studio limitato alle elementari e i vari gruppi sopraindicati (esclusi gli studenti di medicina) non evidenzia alcuna significativa diversità.

2) All'interno del gruppo di nevrotici si ha una differenza significativa fra soggetti con titolo di studio fino alla III Media e quelli laureati. Per gli altri gruppi (schizofrenici, tossicodipendenti, anziani) non si hanno variazioni interne (solo per gli anziani non istituzionalizzati si ha una certa disparità di valori, evidente ma non statisticamente significativa).

3) Il confronto fra soggetti nevrotici e soggetti normali, a parità di studio, evidenzia sempre una differenza significativa.

4) Il confronto fra studenti di medicina e soggetti anziani non istituzionalizzati con vari titoli di studio fino alla laurea non è significativo.

5) Vari confronti in base al parametro età non appaiono significativi (il confronto estremo è fra i soggetti con età media di 74 anni e quelli con età di 19-20 anni (m. 211,27)).

6) Il confronto nell'ambito del folto gruppo di soggetti sot-

toposti a visita di leva appare significativo se effettuato non fra gradi limitrofi di istruzione, ma calcolando un salto intermedio (es. elementari/medie superiori, ma non elementari/medie inferiori) con una gradualità crescente in modo costante dal livello più basso a quello superiore.

Considerazioni

I dati emergenti da questo studio, nel momento stesso in cui evidenziano una correlazione fra parametri clinici (l'indice di neuroticismo) e parametri culturali (il grado di istruzione), si prestano a interpretazioni non univoche e assai complesse.

1) In primo luogo vi è l'evidente osservazione che il parametro «grado di istruzione» non è un fattore semplice, bensì complesso, in quanto vi si trovano coinvolti aspetti socio-culturali quali lo status sociale ed economico, la provenienza geografica (città/campagna, Nord/Sud), la motivazione, la finalizzazione del proprio impegno, ecc.

2) L'interferenza di fattori culturali con parametri clinici permetterebbe anche di avanzare l'ipotesi di non validità del R.R.T. per quanto concerne gli scopi che si propone la sua applicazione. Questa tesi potrebbe portare anche oltre il test stesso per coinvolgere il Rorschach e il metodo dei tests proiettivi in genere. Tale considerazione non può evidentemente essere scartata a priori, anche se sembra urtarsi contro dati forniti da molti anni di rilevazioni e di riscontri clinici in diversi paesi del mondo.

3) Il fallimento del R.R.T. a fini di indagine clinica statistica sarebbe evidenziato anche dalla sua incapacità di discriminare fra patologia nevrotica e psicotica, classicamente tenute ben distinte anche se si deve osservare che il test è stato somministrato a soggetti schizofrenici in fase di relativo compenso.

4) Tuttavia si può facilmente evidenziare, in base ai nostri

dati, come il parametro clinico non venga assolutamente cancellato da quello culturale. Infatti una differenza significativa continua a sussistere fra soggetti normali e nevrotici a parità di grado di istruzione , ancora, una differenza significativa emerge all'interno del gruppo dei nevrotici in relazione al parametro culturale.

5) L'assenza di una differenziale di «acculturazione» o, per lo meno, una sua ridotta importanza per quanto concerne gli schizofrenici deporrebbe per una maggior gravità della patologia mentale in questione, in quanto i pazienti non sarebbero più in grado di utilizzare quelle componenti cognitive che permetterebbero, invece, prestazioni più efficienti a livello sociale, tanto da «mascherare» la componente psicopatologica. Risultati analoghi concernenti i tossicodipendenti proporrebbero un ripensamento circa le caratteristiche della patologia tossicomanica che si accosterebbe, quindi, almeno per quanto concerne il R.R.T. e in relazione a quanto detto circa l'utilizzazione delle componenti cognitive, a quella psicotica.

Conclusioni

Ci sembra quindi di poter concludere per una sostanziale validità del R.R.T. quale strumento a livello di analizzatore semeiologico delle problematiche che sottendono i concetti di neuroticismo e conformità sociale, soprattutto per quanto concerne le variabili culturali.

Alla luce dei risultati ottenuti, le variabili culturali sembrano rivestire una notevole importanza in relazione particolare al grado di istruzione per quanto concerne le espressività di fattori psicopatologici a un test. Tali osservazioni sarebbero, inoltre, in linea con quelle compiute da Robins e Coll. in una vasta ricerca clinica, a dimensione sia diacronica che sincronica, per cui più elevati livelli di educazione si assocerebbero a bassi livelli di patologia mentale.

Senza voler giungere a una conclusione così categorica,

impossibile sulla scorta dei nostri dati, ci sembra però di poter osservare come l'approccio transculturale alla psichiatria, nel momento stesso in cui tiene conto di variabili a incidenza subculturale, di rilevanza quotidiana, ovvia, apparentemente banale, diviene foriero di apporti di notevole importanza e il R.R.T. appare configurarsi come utile strumento a livello metodologico.

A livello teorico ci appaiono in sintonia con i dati da noi raccolti le osservazioni di Dolle, secondo cui: «L'unione del soggetto affettivo e del soggetto epistimico permette la costituzione del soggetto sociale e l'inserimento sociale e professionale... Certamente il soggetto sociale si affinerà e preciserà soprattutto grazie all'esperienza della scuola» e quelle di Adler, per cui fra stile di vita nevrotico e carenza di sentimento sociale sussiste una stretta parentela. Riteniamo, infatti, che l'insegnamento scolastico, di cui il grado di istruzione è in un certo senso il parametro quantitativo, nelle sue qualità informative e formative (anche se, come già precisato, siamo coscienti che sono presenti in tale parametro altri fattori socioculturali) si configura non solo e non tanto come «livellatore» di conformità sociale, ma anche e soprattutto come «modellatore» di sentimento sociale.

Tali considerazioni dovrebbero essere tenute presenti a livello psicopedagogico (Parenti), psicoterapeutico, di igiene mentale, per la profilassi del disagio psichico e di organizzazione dei servizi di salute mentale.

TABELLA I

Media e Deviazioni Standard al R.R.T.

Studenti al V° anno di Medicina (27 casi)	237,07 ± 23,58
Soggetti sottoposti a visita di leva:	
Elementari (42 casi)	206,50 ± 16,69
Medie inferiori (118 casi)	211,70 ± 20,73
Medie superiori (190 casi)	217,66 ± 19,77
Laurea (17 casi)	228,76 ± 18,41
Anziani istituzionalizzati (20 casi)	201,63 ± 17,84
fino alla III Media (14 casi)	202,14 ± 10,39
fino alla laurea (6 casi)	196,16 ± 27,40
Anziani non istituzionalizzati (14 casi)	210,57 ± 21,51
fino alla III Media (7 casi)	200,71 ± 9,58
fino alla laurea (7 casi)	220,42 ± 26,16
Tossicodipendenti (51 casi)	209,22 ± 26,06
fino alla III Media (32 casi)	206,33 ± 28,35
fino alla laurea (19 casi)	217,29 ± 22,60
Nevrotici (18 casi)	196,50 ± 20,40
fino alla III Media (10 casi)	172,32 ± 32,26
fino alla laurea (8 casi)	206,90 ± 12,44
Schizofrenici (20 casi)	194,90 ± 16,50
fino alla III Media (15 casi)	192,64 ± 17,05
fino alla laurea (5 casi)	200,16 ± 15,18

TABELLA II

Confronto fra varie medie al «t» di Student

1) Soggetti sottoposti a visita di leva con titolo di studio alle elementari	206,50	Nevrotici	196,50 n.s.
		Tossicodipendenti	209,22 n.s.
		Schizofrenici	194,90 n.s.
		Anziani istituzionalizzati	201,63 n.s.
		Anziani non istituzionalizzati	210,57 n.s.
		Studenti di medicina	237,07 S. P < 0,001
2) Nevrotici con scolarità alla III Media	172,32	Nevrotici con scolarità alla laurea	209,60 S. P < 0,01
Schizofrenici con scolarità alla III Media	192,64	Schizofrenici con scolarità alla laurea	200,16 n.s.
Tossicodipendenti con scolarità alla III Media	206,33	Tossicodipendenti con scolarità alla laurea	217,29 n.s.
Anziani istituzionalizzati con scolarità alla III Media	202,14	Anziani istituzionalizzati con scolarità alla laurea	196,16 n.s.
Anziani non istituzionalizzati con scolarità alla III Media	200,71	Anziani non istituzionalizzati con scolarità alla laurea	220,42 n.s.
3) Soggetti sottoposti a visita di leva con scolarità alle elementari	206,50	Nevrotici con scolarità alla III Media	172,32 S. P < 0,01
Soggetti sottoposti a visita di leva con scolarità alla laurea	228,76	Nevrotici con scolarità alla laurea	206,90 S. P < 0,01
4) Studenti di medicina	237,07	Anziani non istituzionalizzati alla laurea	220,42 n.s.
5) Soggetti con età media di 74 anni (anziani istituzionalizzati)	201,63	Soggetti con età media di 10-20 anni	211,27 n.s.

6) Soggetti sottoposti à visita di leva

Elementari	206,50	Medie inferiori	211,70 h.s.
Elementari	206,50	Medie superiori	217,66 S. P < 0,01
Elementari	206,50	Laurea	228,76 S. P < 0,01
Medie inferiori	211,70	Medie superiori	217,66 n.s.
Medie inferiori	211,70	laurea	228,76 S. P < 0,01
Medie superiori	217,66	Laurea	228,76 n.s.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

ADLER A. Ed. It.: «Il temperamento nervoso», Astrolabio, Roma, 1950.

ADLER A. Ed. It.: «La Psicologia Individuale nella scuola», Newton Compton, Roma, 1979.

ANSBACHER H., ANSBACHER R.: «The Individual Psychology of Alfred Adler», Basic Books, New York, 1956.

COCCI F.: «Adattamento italiano del Ranking Rorschach Test», Boll. Psicol. App., 51, 2-3, 6, 1962.

DOLLE J.M.: «Da Freud e Piaget», Borla, Roma, 1979.

EYSENCK H.J.: «The scientific study of personality», Kegan P., London, 1958.

EYSENCK H.J.: «Handbook of abnormal Psychology», Pittman, London, 1960.

FASSINO S., SCARSO G., MUNNO D.: «Il R.R.T. negli anziani», in: RAVIZZA L.: «L'uomo e la senescenza», Stampa Palladio, Vicenza, 1983.

HARROWER-ERICKSON R., STEINER M.E.: «Large scale Rorschach Techniques», Thomas, Springfield, 1951.

NISBET R.: «Sociology as a Form», Oxford University Press, Oxford, 1976.

PARENTI F.: «Il prezzo dell'intelligenza», Quaderni della Rivista di Psicologias Individuale, Milano, 1977.

PIAGET J. Ed. It.: «Psicologia ed epistemologia», Loescher, Torino, 1974.

ROBINS et Al.: «Lifetime prevalence of specific Psychiatric disorders in three sites», Arch. Gen. Psychiat., 41-10, 949-958, 1984.

ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G., TORRE E.: «Utilizzazione del R.R.T. in tossicodipendenti», Min. Psichiat. 21, 1980.

ROVERA G.G., SCARSO G., FASSINO S., MUNNO D.: «Considerazioni sul doppio legame e sul messaggio paradossale in psicoterapia», in: «Linguaggio e comunicazione in psicoterapia», Massaza e Sinchetto, Torino 1983.

ROVERA G.G., SCARSO G., OLIVA R., FASSINO S., MUNNO D.: «Rapporti fra livello di istruzione e indice di neuroticismo al R.R.T.», Rassegna di Studi Psichiatrici, LXXII, 3, 1983.

ROVERA G.G., SCARSO G., OLIVA R., FASSINO S., MUNNO D.: «Il R.R.T. negli schizofrenici», Min. Psichiat., 25, 1984.

ROVERA G.G., FASSINO S., FERRERO A., GATTI A., SCARSO G.: «Il modello di rete in Psichiatria», Rassegna di Ipnosi, 75, 1984.

SHAPIRO D.: «Autonomy and Rigid Character», Basic Books, New York, 1982.

FEDERICA MORMANDO

NUOVI ORIENTAMENTI ADLERIANI PER IL TRATTAMENTO DELL'AUTISMO E DELLE PSICOSI INFANTILI

I Delfini sono animali di cui non comprendiamo il linguaggio, ma con i quali tuttavia possiamo comunicare. «I Delfini» è anche il nome di un istituto residenziale che è stato appena inaugurato a poca distanza da Milano.

Si tratta di una struttura psicoterapeutica destinata ai bambini e agli adolescenti affetti da ogni tipo di disturbo psichico tale da rendere necessaria una completa ristrutturazione della personalità.

Tutti questi ragazzi soffrono, più che di «inferiorità», di «nullità» e il tipo di compensazione che essi scelgono è tale da aumentarla.

In questo modo, l'impotenza porta a gesti disperati di aggressione, all'incapacità di riconoscere amici e nemici, alla perdita dei simboli che rappresentano la dignità umana, a un quasi annullamento della stima di se stessi, al distacco dal mondo circostante e, per questo, all'incapacità di apprendere.

Lo psicotico si allontana considerevolmente dalla realtà, la quale non viene più ordinata in un sistema mentale, o viene respinta a favore del delirio, o viene rifiutata dall'individuo che si rifugia nell'autismo, o non è neppure individuata come accade nell'autismo primario.

In Italia, i bambini handicappati, anche quelli psichici, vengono inseriti nelle scuole destinate ai bambini normali e, solo in certi casi, usufruiscono dell'aiuto di un insegnante al

quale vengono affidati al massimo per due ore al giorno. Quando hanno compiuto i quattordici anni, non sono più accolti dalla scuola e, generalmente, ritornano sotto la responsabilità dei familiari.

Gravi sono le conseguenze per questi soggetti, così come per i genitori, preoccupati più di inserire i loro figli nella scuola normale, che di migliorarne la personalità.

In media si verifica una frammentazione o persino una totale assenza di cure durante tutto il periodo che va dall'infanzia alla pubertà. La domanda d'integrazione diventa disperata a partire dal quattordicesimo anno, momento questo in cui il trattamento terapeutico presenta particolari difficoltà.

Quando i genitori giungono alla richiesta di tutela, ci troviamo di fronte a una condizione di impotenza da una parte e dall'altra. Molto spesso essi vivono questo momento non come un sollievo, ma come un fallimento colpevole.

L'ambivalenza verso il terapeuta si esprime nel seguente paradosso: se egli fallisce, è certo una sconfitta per tutti, ma nello stesso tempo è la giustificazione dell'impotenza dei genitori nel migliorare la condizione del bambino. Se egli riesce, è anche una dimostrazione dell'inferiorità della famiglia, incapace di considerare la malattia mentale nel modo dovuto.

L'istituto «I Delfini» deve affrontare una gamma di personaggi: i pazienti, i loro genitori, il personale, gli abitanti della località in cui è situato. È una questione molto delicata: i sentimenti d'inferiorità dei pazienti, dei genitori, a volte persino del personale. Proprio una situazione congeniale alla psicologia adleriana.

I principali obiettivi che ci siamo prefissi, per quanto riguarda i soggetti, sono i seguenti: favorire l'inizio o l'aumento della stima di sé, stabilire o migliorare i contatti con il mondo esterno, gli oggetti e le persone, sollecitare la comprensione di

sé, del mondo, dei rapporti con gli altri e della propria storia. In altre parole, dobbiamo fare in modo che i pazienti comincino a rendersi conto della propria possibilità di influire sulle situazioni (gli altri, le cose, se stessi) e consolidino questo processo sino a poter formulare dei progetti. Occorre inoltre facilitare la collaborazione fra i soggetti, quella fra i soggetti e gli psicopedagogisti e fra gli psicopedagogisti. Il recupero dei pazienti implica una neutralizzazione delle dinamiche patologiche acquisite dalla struttura familiare di appartenenza.

Modello strutturale

L'ambiente deve trasmettere con ogni mezzo il seguente messaggio: tutto ciò che c'è di meglio, di più bello, è stato previsto per i bambini affinché essi imparino ad apprezzarsi, perché possano sentirsi al sicuro nella casa in cui ogni cosa ha un posto ben preciso e non fortuito; i bambini possono prendere da soli tutto ciò che non è pericoloso e, unicamente con l'aiuto dello psicopedagogista, ciò che può esserlo.

L'impegno fornito per definire sia l'individualità che il gruppo si esprime anche con la determinazione dei limiti nell'ambiente: ogni gruppo ha il proprio spazio, un locale chiuso dove nessuno può entrare senza esserne stato esplicitamente autorizzato; all'interno di questo spazio è previsto un posto ben preciso per ogni individuo (cassetto, scrivania, letto).

Esistono degli spazi comuni (giardino, refettorio) che tutti possono utilizzare e all'interno dei quali può essere delimitato qualche spazio privato. È lo stesso per gli oggetti: la distinzione tra oggetti privati e oggetti di uso comune è ben chiara e tutto è disposto in modo da farla rispettare.

Anche i bambini autistici gravi imparano in poco tempo a rispettare e a far rispettare gli spazi e la proprietà, capacità che generalmente non si osserva all'inizio, anche per quanto riguarda i bambini che provengono da una psicoterapia individuale.

La definizione della proprietà permette di delineare meglio i nostri limiti e quelli degli altri, in quanto unità esistenti e degne di stima (rispetto-unicità).

È in questo modo che si può diminuire poco a poco l'allontanamento difensivo dagli altri, aumentando la stima di se stessi e facendo nascere, negli autistici, la loro immagine.

Per aiutare il bambino a rendersi conto del fatto che tutto ha un senso, si prende in considerazione tutto ciò che può accadere nel corso della giornata, realizzando una impostazione sempre psicoterapeutica.

Ecco due esempi:

1) Un bambino disorientato getta per terra il bicchiere di un altro bambino che parla e comincia a perdersi in astrazioni.

L'educatore dice a quest'ultimo, che sta per picchiare l'altro: «L'ha gettato per terra perché non sa ancora cosa significa che il bicchiere è tuo» — Stupore — «Non lo sa?».

Una comprensione che accresce la stima di sé e permette una collaborazione verbale positiva prende il posto della collera impotente.

Ecco che appare il sentimento sociale.

Il bambino capisce che l'altro ne sa meno di lui e interpreta un gesto apparentemente ostile come la manifestazione, nell'altro, di una maturità inferiore alla sua. Egli non si sente più in condizione di inferiorità, si rende conto della sua potenza e ha voglia di aiutare il suo ex rivale. A un anno di distanza, questo bambino domanda agli altri bambini che lo infastidiscono: «Hai qualcosa contro di me o c'è un'altra ragione?».

2) Dopo un approfondito lavoro realizzato con una adolescente che compiva solo «acting out» distruttivi, lavoro teso allo scopo di farle capire la ragione di questi gesti, questa stessa adolescente dice a un bambino che le ha appena dato

uno schiaffo: «Carla non sa parlare e picchia, ma tu puoi parlare, perché picchi?».

I bambini vengono riuniti in gruppi di cinque al massimo, in modo che l'educatore possa lavorare con tutto il gruppo oppure con ogni bambino separatamente per qualche ora della giornata. Ogni gruppo ha degli educatori responsabili che trascorrono almeno otto ore al giorno con i bambini. Le sedute psicoterapeutiche per i bambini più grandi devono essere separate dall'attività globale e sono garantite da psicoterapeuti. Durante il periodo scolastico si tengono delle lezioni di apprendistato per i responsabili, riuniti, dei vari gruppi.

Certe attività (come la danza, la psicomotricità, i lavori pratici, l'ippoterapia e il nuoto) si svolgono in altri gruppi autonomi, cui partecipano solo i bambini in grado di sopportare un rapporto con più persone.

Gli educatori si riuniscono regolarmente con un capogruppo, sempre disponibile sul posto, e con la direttrice, che sovrintende alla loro attività, e li aiuta a capire il controtransfert, mediante una disponibilità anche personalizzata. I bambini possono rivolgersi a queste due persone, che essi conoscono bene, ogni volta che lo desiderano o in caso di bisogno urgente, quando incontrano un problema che non riescono a risolvere nel loro ambiente.

Gli educatori si sforzano costantemente di partecipare sul piano emozionale alle attività, per loro importantissime, dei bambini. Si impegnano anche a capire la natura profonda dei messaggi che loro stessi emanano, al fine di eliminare i doppi legami, insopportabili per bambini già prigionieri di ambivalenze non risolte e quindi bisognosi di comunicazioni omogenee. Ciò serve anche per dare ai bambini dei modelli non contraddittori.

I genitori dei bambini sono tenuti lontani dall'ambiente terapeutico. Essi vengono seguiti a parte, comunque mai dalle

persone che si occupano direttamente dei loro bambini. Si instaura con loro un rapporto molto affettivo, in modo che essi si sentano appoggiati durante le diverse fasi di un lavoro che infrange la patologia del loro sistema familiare e che è, per questo, difficile da sopportare.

I genitori parlano solo con il direttore o con il capogruppo. Questo favorisce a volte l'idealizzazione dell'educatore. L'interpretazione del transfert è compito della direttrice.

Il controllo che si esercita sulle lettere ed i regali permette di capire meglio e anche di modificare i rapporti familiari. Ecco due esempi.

Una madre regala alla sua bambina psicotica degli occhiali blu. Essi deformano la realtà.

Restituisco questo regalo e spiego alla madre che lei esercita un potere su sua figlia, impedendole di vedere bene.

La madre dimostra di avere un sentimento sociale insufficiente e troppa volontà di potenza, che hanno contribuito al ritiro autistico di sua figlia.

Un padre, che avevo pregato di far visita a sua figlia da solo per una mezz'ora, arriva con suo fratello, portando una gonna di sua moglie come regalo per sua figlia. Egli le ha sempre negato la possibilità di una relazione individuale con lui, costringendola a dividerlo con altri. Non le ha mai permesso di formarsi una immagine di sé sufficiente per avere delle relazioni individuali con gli altri.

Mi è stato possibile fargli capire questa situazione, senza però ottenerne una modifica. La bambina, rifiutando la gonna, ha telefonato a sua madre e le ha detto: se mi mandi una gonna, non deve essere una delle tue, ma una fatta apposta per me.

L'insegnamento dei programmi didattici si svolge nel quadro di questa struttura: dall'orientamento iniziale dei bambini

perduti nel loro caos all'educazione sensoriale, all'insegnamento della lettura e della scrittura e allo studio in generale, seguendo una collaborazione psicologica e di insegnamento. Questi bambini che, generalmente, non sopportano la constatazione della loro ignoranza, indispensabile per poter apprendere, imparano lentamente a non usare più i loro sistemi di difesa e, dagli stereotipi di partenza, giungono a scrivere di se stessi, a ragionare, a controllare gli errori. Bisogna vedere allora con quanto orgoglio essi parlano della loro scuola e di ciò che sanno fare.

Quasi sempre i nostri bambini autistici riescono a parlare. Adler scrive (nella sua «Psicologia del bambino difficile»): «La voce è il legame tra la gente. Quando questo legame non è ben sviluppato, il linguaggio non si svilupperà bene».

La persona che più conta per il bambino deve stimolare in lui «il sentimento sociale, dandogli l'idea dell'esistenza dei suoi simili».

Inoltre, questa persona deve orientare i suoi interessi verso gli altri, senza fermarli, o fissarli su se stessa. Deve inoltre preparare il bambino all'arrivo di altri fratelli. Anche questo è uno dei compiti dell'educatore. I nostri bambini hanno voglia di parlare e, a poco a poco, si rivolgono agli altri. Sono tormentati dalla gelosia ed è molto difficile fare in modo che se ne rendano conto. Ma dal momento in cui la riconoscono, la gelosia si attenua e può anche essere vinta se il bambino è sicuro dell'affetto e dell'interesse che il suo educatore ha per lui; in altri termini, il fenomeno si attenua se gli si dà il coraggio di non considerare l'altro un rivale più potente.

Uno dei miei soggetti è riuscito a camminare per la prima volta all'età di dieci anni. I bambini del suo gruppo erano, come noi, sorpresi e felici. Così, ho detto loro: «Anche voi, come lui, siete bravi». Essi mi hanno risposto: «Ora, toccherà a Katie camminare!». Ho potuto vedere in questi bambini la manifestazione di tutte le emozioni, mai del disprezzo.

Gli educatori instaurano con i bambini un rapporto estremamente importante anche per loro, emotivo e, nello stesso tempo, attento. Anch'essi percorrono tutte le tappe di una migliore conoscenza di sé e vivono intensamente il processo di miglioramento della qualità della vita; questo obiettivo va di pari passo con i rapporti che permettono di insegnare e di incoraggiare il bambino, evitandogli con cura ogni umiliazione.

Anch'io, che sono alla direzione dei DELFINI, mi sento molto considerata. La possibilità di esercitare, in caso di bisogno, ma solo in caso di bisogno, la mia autorità mi consente di lasciare a tutti la massima libertà.

L'obiezione più frequentemente sollevata contro questa struttura è che essa isola i bambini come in un ghetto e che, non essendo una scuola normale, non favorisce la loro socializzazione e la loro integrazione. A mio parere, una simile critica deriva da un errore di fondo.

Come afferma Adler, ogni individuo può dare libero sfogo al suo sentimento sociale solo partecipando senza troppa competizione ad attività conformi alle sue capacità e, nello stesso tempo, feconde con i suoi simili, in un rapporto di uguaglianza con loro.

L'inserimento nelle scuole normali (con insegnanti di sostegno) e l'emarginazione che ne deriva è, per i bambini psicotici, una fonte insopprimibile di complessi di inferiorità e, di conseguenza, di isolamento o di supercompensazioni aggressive. Si tratta di un confronto che, tutto sommato, può solo tornare a loro sfavore, anche utilizzando dei parametri secondo i quali questi bambini potrebbero essere valutati positivamente.

Molti sono i fattori che rendono più tragico lo stato di inferiorità del bambino psicotico, facilitando la dissociazione, i deliri e la non assimilazione delle nozioni, apprese spesso a

un livello puramente formale: il mancato coordinamento fra l'aspetto didattico e quello psicodinamico, la molteplicità di comunicazioni, spesso in reciproco contrasto, l'impossibilità di creare, in seno alla scuola normale, un ambiente davvero adeguato sia dal punto di vista della quantità e della qualità degli stimoli (che devono essere più selezionati che per i bambini normali), sia del tipo e della presentazione del materiale didattico.

Ciò che faccio riguardo alla terapia dei bambini psicotici è una elaborazione dei principi fondamentali della teoria di Adler, integrata dai risultati degli studi recenti su questa patologia e da soluzioni personali.

Lo stesso Adler scrive, concludendo «La psicologia del bambino difficile»: «Voi dovete studiare altre teorie, dovete mettere tutto a confronto e non credere completamente a nessuna teoria, neanche alla mia».

L'ECO DELLA STAMPA®

dal 1901 legge e ritaglia giornali e riviste

per tenerVi al corrente di ciò
che si scrive sul Vostro conto

Per informazioni: tel. (02) 710181 - 7423333

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

TILDE GIANI GALLINO: *Il fascino dell'immaginario - L'arte di parlare con le fiabe al proprio inconscio*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1987.

Un libro insolito e creativo non può che generare una recensione insolita e creativa. Siamo attratti dalle tecniche immaginative in analisi (ma la parola tecniche non ci piace) forse perché il raccontare e l'ascoltare ci sono stati di aiuto e di stimolo in molte occasioni della vita. Non tutti però sanno giocare in modo produttivo e senza rtischi con l'immaginazione. Noi cerchiamo di insegnarlo ai nostri pazienti, sollecitando in loro una piena libertà creativa, poi tutelata dalla relazione terapeutica e dall'interpretazione. Tilde Giani Gallino (anzi il suo libro che parla in prima persona) si propone invece di addestrare l'immaginazione di «non pazienti».

L'operazione che abbiamo delineato potrebbe sollecitare le difese di analisti attenti alle loro regole. L'Autrice, però, offre come strumento d'uso ai suoi lettori delle storie favolose così ben congeniate, da disperdere la patologia e stimolare la progettazione felice dei sogni a occhi aperti più spontaneamente curativi.

Ci ha un po' frustrato il fatto che in qualche punto il libro si prospetti come un'alternativa all'analisi, non priva di polemica. La frustrazione è subito scomparsa quando abbiamo constatato che l'Autrice ricade poco dopo nel vizio (o nel pregio) analitico, interpretando i simboli delle sue storie con una chiave junghiana vitalmente non dogmatica. Coinvolti nel gioco, abbiamo applicato alle favole la chiave adleriana e il tentativo è stato coronato da un pieno successo, oltre che dal divertimento.

In sintesi, questo suggestivo libro ci sembra consigliabile:

a) a chi voglia semplicemente giocare con la fantasia;

b) a chi voglia tentare un'autoanalisi, poiché le sue pagine lo sospingerebbero quasi certamente a un'analisi vera;

c) agli analisti creativi di ogni corrente, che potrebbero trarne un duttilissimo materiale incentivo.

f.p. - p.l.p.

GIAMPAOLO LAI: *La conversazione felice*, Il Saggiatore, Milano, 1985.

Ecco un altro libro insolito e creativo, già edito da qualche anno, ma che solo ora incontriamo come lettori. È scritto da uno psicoanalista, attento alla comunicazione nei due sensi e quindi alla conversazione. L'Autore rifiuta la dipendenza dalle teorie, anzi talora con innegabile humor le irride. Egli è dunque un eclettico? Ritorna qui un nostro già espresso punto di vista: senza saperlo egli è un inventivo che esprime una propria teoria, forse più degna di codificazione di quanto l'Autore pensi.

Il testo è fedele al titolo e perciò intessuto di comunicazioni esemplificate in modo quasi narrativo. Parlano fra loro terapeuti e pazienti dai nomi pirandelliani come la *Creatura contro vento*, il *Disteso*, la *Nuvoletta*. Gli scambi verbali si alternano però ad acute osservazioni critiche e a proposte operative. Di conseguenza per chi legge il divertimento si alterna alla riflessione. Così, per confessione dello stesso Autore, la sua «non teoria» diviene un manuale di tecnica terapeutica.

Ci siamo confrontati con il testo, a volte coincidendo e a volte no. L'operazione è stata molto più vitale rispetto ai raffronti con i cultori dei lunghi silenzi.

f.p. - p.l.p.

PAUL WATZLAWICK: *Di bene in peggio*, Feltrinelli, Milano, 1987.

Recensire Watzlawick è un'impresa ardua: l'Autore è straordinariamente simpatico a tutti e anche a noi. Ciò procura ai recensori scontati consensi quando ne dicono bene e un'avversione generale quando si permettono qualche critica. Comunque ci proviamo e, sfidano l'impopolarità, azzardiamo, fra gli elogi, anche alcune note polemiche. Il volumetto scandisce ottantatré pagine scintillanti, amichevoli, sadiche, paradossali, ma anche assai erudite in senso umanistico. Può essere considerato un complemento più colto del celeberrimo «Istruzioni per rendersi infelici».

Questa volta il riflettore di Watzlawick centra un individuo che potremmo chiamare l'*utopista della strada*, proteso a elaborare ipersoluzioni drastiche, onnirisolutive, dirette a salvare il mondo. Questo eroe comune è per noi un ipercompensatore. Dopo aver esaminato da maestro e distrutto le ipersoluzioni, Watzlawick, con un'inattesa zampata finale, sottolinea il fanatismo e l'inattendibilità anche dei compromessi ispirati al buon senso che sembrerebbero rimediarle.

Riconosciamo l'abilità e l'acutezza con cui l'Autore osserva in dettaglio comunicazioni, che altri acquisirebbero solo in modo grossolano. Rimane però, a noi analisti, un interrogativo fondamentale a cuiWatzlawick non si preoccupa di rispondere: quali sono le motivazioni segrete dei fenomeni osservati?

In sintesi: il libro è una preziosa palestra di analisi, ancora tutta da fare.

f.p. - p.l.p.

SILVIA VEGENTI FINZI: *Storia della psicoanalisi*, Mondadori, Milano, 1986.

Siamo di fronte a un'opera poderosa, frutto di anni di impegno, che si propone con intenti sia informativi che critici. Il termine psicoanalisi è impiegato nell'accezione onnicomprensiva cui abbiamo accennato nel nostro «Discorso sulla psicoterapia». Il testo è e resterà a lungo la più com-

pleta fonte di consultazioni circa gli Autori, le opere e le teorie nell'ambito della psicologia del profondo e anche di settori collaterali a questa dal 1895 al 1985.

Ciò premesso, per l'obiettività e non solo per campanilismo, non possiamo tacere alcune sconcertate (o indignate) osservazioni sul capitolo dedicato ad Adler. Sul piano formale, le pagine in cui è illustrata la psicologia individuale sono scritte con una professionalità, che può dare agli ignari una falsa impressione della competenza di chi scrive. Gli spunti dell'individualpsicologia ci sono quasi tutti, ma sono spesso contaminati da una superficialità imprecisa che dimostra il carattere indiretto o fuggevole della documentazione. La creatività dell'Autrice contribuisce alla disinformazione con un repentino improvvisare, che esprime le idee della Vegetti Finzi e non quelle di Adler.

Sono però gli spunti critici a varcare i limiti dell'etica informativa. Ne daremo solo qualche esempio. A proposito delle finzioni, l'Autrice sostiene questa tesi fantascientifica (o meglio fantapolitica): «... Il ricorso all'artificio viene, probabilmente, suggerito ad Adler dalla tendenza del proletariato a far propri le credenze, i modi di vita, i valori della borghesia...». È sufficiente sfogliare i libri di Adler per acquisire una vasta gamma di finzioni politematiche, nelle quali l'ipotesi sopra esposta non trova nessun riscontro. Con maggior divertimento segnaliamo una contraddizione dell'Autrice, che a pagina 151 sostiene: «... Abbiamo visto come egli (Adler) identifichi come interlocutore principale il proletariato...», mentre a pagina 154, citando Fromm, definisce Adler «radicato nell'effimero ottimismo della piccola borghesia...». Potremmo continuare, ma ci pare superfluo. Suggeriamo all'Autrice, nel caso di una seconda auspicabile edizione del suo volume, di valersi della consulenza di veri esperti, per non confondere Adler con un Capanna pentito.

f.p. - p.l.p.

Il 17° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale

In occasione del cinquantesimo anniversario della morte di Alfred Adler, si è svolto a Münster (Germania Federale) dal 12 al 16 luglio 1987 il 17° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale, cui hanno partecipato più di mille studiosi, provenienti da tutto il mondo.

I lavori congressuali hanno confermato che la psicologia adleriana è una vera e propria «teoria dell'uomo», protesa verso la ricerca delle dinamiche consce e inconsce dell'individuo e nel contempo socialmente impostata. I congressisti, nell'ambito delle sedute plenarie e degli incontri settoriali dedicati a temi specifici, hanno presentato un modello di psicoterapia analitica, duttile verso il variare delle culture e sempre rispettosa della dignità della persona. Essi hanno inoltre sviluppato i suoi presupposti epistemologici e trattato le sue applicazioni parziali alla psicopedagogia, all'etica, allo studio delle dinamiche collettive, alla sessuologia, alla psicosomatica, all'ecologia, al ruolo della donna nel contesto ambientale odierno.

In seno alla manifestazione si sono tenute le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo Internazionale, il cui esecutivo risulta oggi così composto:

- *Walter Spiel, Austria - Presidente*
- *Bernard H. Shulman, Stati Uniti - 1° Vice Presidente*
- *Francesco Parenti, Italia - 2° Vice Presidente*
- *Rainer Schmidt, Germania Federale - 3° Vice Presidente*
- *Harold V. McAbee, Stati Uniti - Segretario Generale*
- *Werner Leixnering, Austria - Tesoriere.*

Nel gruppo dei consiglieri è stato fra gli altri riconfermato Gian Giacomo Rovera.

Il nuovo Consiglio Direttivo ha incaricato la Società Italiana di Psicologia Individuale di organizzare nel 1990 il prossimo Congresso mondiale adleriano nel nostro paese.

QUADERNI DELLA RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

N. 1 — *IL PREZZO DELL'INTELLIGENZA*
Francesco Parenti - Lire 5.000
(Premio «Fermo Meloni» 1978)

N. 2 — SIMBOLO E SOGNO NELL'ETÀ EVOLUTIVA
Franco Maiullari - Lire 5.500
(Premio «Trofeo delle Nazioni» 1979)

N. 3 — NASCERE ANCORA...
Hilda Giambrocono - Lire 5.000
(Premio «Città di Milano» 1979)

N. 4 — IL SISTEMA APERTO
DELLA INDIVIDUAL-PSICOLOGIA
Gian Giacomo Rovera e Coll. - Lire 10.000

N. 5 — M. TEST
UN CONTRIBUTO ALL'ESPLORAZIONE
DELLO STILE DI VITA
Giacomo Mezzena e Coll. - Lire 27.000

N. 6 — ADLER E NIJINSKY
A. Adler, H.L. Ansbacher, F. Parenti, P.L. Pagani
Lire 10.000

N. 7 — LA PINACOTECA ASSOCIATIVA
Un momento dell'interpretazione Rorschach
di ispirazione adleriana
Giacomo Mezzena - Lire 10.000

N. 8 — PSICOTERAPIA E RELIGIONE
Lino G. Grandi - Lire 15.000

I volumi possono essere richiesti contrassegno alla Libreria Internazionale Cortina Largo Richini, 1 - 20122 Milano - Telefoni 02/80.50.270 - 87.84.69 - 86.90.684

Numero speciale
DIZIONARIO ALTERNATIVO DI PSICOANALISI
F. Parenti, P.L. Pagani - Lire 18.000
Il volume può essere richiesto franco di porto solo all'Esclusivista
LIBRERIA SAN GOTTARDO
Corso San Gottardo, 16 - 20136 Milano - Tel. (02) 83.21.269