

**ANNO 9**

**N. 14**

**Maggio 1981**

**RIVISTA  
DI  
PSICOLOGIA  
INDIVIDUALE**

**EDITA A CURA DELLA  
SOCIETA' ITALIANA  
DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

RIVISTA  
DI  
PSICOLOGIA  
INDIVIDUALE

---

Anno 9  
N. 14  
Maggio 1981

---

Tipografia Saronne  
Via Washington, 13  
20146 Milano

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

**DIREZIONE**

Piazza Irnerio, 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

## I N D I C E

<p>« <i>Piano di studi per una formazione adleriana preliminare teorica</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 5</p> <p>« <i>Un contributo alla controdisinformazione</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 19</p> <p>LUIGI ZOIA</p> <p>« <i>Indagini sulla formazione degli analisti in alcuni paesi dell'occidente</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 22</p> <p>MARIA TRAMONTI</p> <p>« <i>Freud e Adler: due scelte di ragione e di vita in una cultura</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 32</p> <p>FRANCESCO CASTELLO</p> <p>« <i>Osservazioni sul narcisismo</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 38</p>	<p>CHIARA MAROCCHI MUTTINI</p> <p>« <i>A proposito di un'esperienza di gruppo eterocentrato</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 50</p> <p>FRANCESCO CASTELLO</p> <p>« <i>La psicologia individuale come strumento di verifica di iniziative sociali. Considerazioni analitiche sulla riforma sanitaria</i> »</p> <p style="text-align: right;">pag. 65</p> <p>Rassegna bibliografica</p> <p style="text-align: right;">pag. 70</p> <p>Notiziario</p> <p style="text-align: right;">pag. 74</p>
---	---

PIANO DI STUDI  
PER UNA FORMAZIONE ADLERIANA  
PRELIMINARE TEORICA

(A cura dell'Istituto Alfred Adler di Milano \*)

*Premessa*

Questa guida è ovviamente frutto di una selezione e non può essere pertanto immune dalla soggettività e dai difetti connessi appunto al selezionare, anche se il fatto di nascere da un lavoro di gruppo ne attenua per la verità la personalizzazione e ne rinforza le componenti critiche. Riteniamo comunque che la compilazione possa ugualmente risultare utile a chi decida di avvicinarsi alla letteratura adleriana, sia con finalità globali di interessamento per la scuola, sia con finalità specifiche di ricerca su un determinato tema.

La scelta dei volumi non ha inteso mettere in luce i libri di maggior valore, accantonandone altri perché meno validi. Ha voluto piuttosto presentare i testi più adatti a concentrare il lettore sui dati fondamentali introduttivi. Il vaglio dei lavori pubblicati sulla nostra Rivista è stato ancora più difficile e si è ancor più improntato a intenzioni didattiche. L'Istituto Alfred Adler di Milano si riserva di suggerire ulteriori articoli a chi voglia perfezionare la conoscenza del nuovo pensiero adleriano su argomenti particolari.

Per non indurre errate opinioni sui supposti limiti della letteratura individualpsicologica ricordiamo che il volume di Harold e Birdie Mosak « A bibliography for adlerian psychology », che risale al 1974 (la nuova edizione è in corso di approntamento), include diverse centinaia di Autori e qualche migliaio di titoli.

L'Istituto Alfred Adler di Milano è in grado, su richiesta, di fornire fotocopie di gran parte dei testi esauriti o irreperibili.

---

\* Via Arona, 6 - 20149 Milano

## 1. CONOSCENZA INDIRETTA PRELIMINARE

### a) *Letture essenziali*

- Henri F. Ellenberger, *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1972

Opera fondamentale per conoscere le origini della psicologia del profondo. Comprende esaurienti biografie e acute analisi comparate del pensiero di Pierre Janet, Sigmund Freud, Alfred Adler e Carl Gustav Jung. La parte adleriana è in complesso attendibile. Il modo di porgere gli argomenti è ricco di fascino per il lettore.

- Herbert Schaffer, *La Psychologie d'Adler*, Masson, Paris, 1976

E' certo il miglior testo didattico sulla teoria e sulle applicazioni della psicologia adleriana pubblicato in Europa. Ne sono toccati in sintesi, e mai in modo superficiale, tutti i temi. Il compianto Autore ha presieduto e diretto fino alla sua recente morte la Società Francese di Psicologia Adleriana.

- Rudolf Dreikurs, *Lineamenti della psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze, 1968

Scritto dal più noto e tradotto fra gli allievi di Adler, è un libro più breve ed agile, utile soprattutto per puntualizzare in modo chiaro e riassuntivo alcuni concetti fondamentali. In qualche formulazione si avverte già la personale impronta dell'Autore, destinata a svilupparsi con maggiore autonomia in altre sue opere.

- Raymond J. Corsini e Coll., *Current Personality Theories*, F.E. Peacock Publishers Inc., Itaca, Illinois, 1977

E' una grande opera encyclopedica che tratta con cura le teorie sulla personalità di venticinque scuole psicologiche attuali. Ha indubbi pregi didattici di chiarezza. La parte che riguarda la nostra scuola è redatta da Heinz L. Ansbacher, forse il maggiore studioso vivente della psicologia individuale.

### b) *Letture complementari*

- Hertha Orgler, *Alfred Adler e la sua opera*, Astrolabio, Roma, 1970

E' un libro assai piacevole, giornalistico, a volte quasi narrativo, indubbiamente efficace, ma meno rigoroso. L'Autrice fu allieva diretta di Adler.

- Lewis Way, *Introduzione ad Alfred Adler*, Editrice Universitaria (ora Giunti-Barbera), Firenze, 1963

Un'altra opera breve, introduttiva e divulgativa. Di lettura fluida, si disperde un po' negli esempi e contiene qualche marginale imprecisione. Può stimolare a letture più impegnative.

## 2. PRIMO APPROCCIO CON ADLER

- Alfred Adler, *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma, 1971

E' senz'altro il testo più adatto per una prima lettura dell'Autore. I presupposti teorici sono limitati alle prime ottanta pagine, la loro applicazione ne copre circa duecento. La casistica è ricchissima in entrambi i settori, ma sempre esplicativa e centrata. E' un libro congeniale sia ai profani che agli specialisti, per l'immediatezza discorsiva dello stile. Successivamente trasformato in testo di studio, consente imprevisti approfondimenti. L'introduzione, che facilita l'accesso non superficiale al contenuto, è di Francesco Parenti.

- Alfred Adler, *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1975

Rappresenta un'esposizione dottrinaria più avanzata e matura della psicologia individuale. Consta di una vasta introduzione teorica e di una seconda parte prettamente caratterologica. E' probabilmente l'opera di Adler più adatta per una sua comprensione globale. L'introduzione di Francesco Parenti vale anche qui come guida alla lettura.

- Alfred Adler, *Prassi e teoria della Psicologia Individuale* (il titolo italiano di copertina è « La Psicologia Individuale »), Newton Compton, Roma, 1970

Consigliamo questo libro come terza lettura, malgrado cronologicamente preceda gli altri due, poiché è costituito da capitoli autonomi non direttamente collegabili. In essi si alternano più limitate esposizioni teoriche generali a prevalenti trattazioni di argomenti speciali: dalle allucinazioni alla nevralgia del trigemino, dall'interpretazione dei sogni alla psicopedagogia, dall'omosessualità all'insonnia. L'introduzione di Parenti è qui (essendo la prima) più informativa che interpretativa.

- Alfred Adler, *Cos'è la Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma, 1976

E' un volume di notevole importanza formativa, il cui vero titolo (incomprensibilmente mutato nell'edizione italiana) è « Qual è per voi il significato della vita? ». Può considerarsi la continuazione e il perfezionamento di « Conoscenza dell'uomo ». Il testo procede sul filo conduttore del senso della vita, un'impronta soggettiva fatta assieme di emozione e ragione, che sottolinea il tipo di posizione soggettiva che ognuno sente di avere nel mondo. Ai temi classici della psicologia individuale e delle sue applicazioni si aggiungono qui preziose indicazioni tecnicometodologiche. La prefazione di Francesco Parenti si preoccupa anche di rapportare il pensiero adleriano all'ambiente attuale.

### 3. INQUADRAMENTO SISTEMATICO DEL PENSIERO ADLERIANO

- Heinz and Rowena Ansbacher, *The Individual Psychology of Alfred Adler - A systematic presentation in selections from his writings*, Basic Books Inc., New York, 1956

Questa fondamentale opera, purtroppo non edita in Italia, ha tutte le doti per costituire il testo base di studio della psicologia individuale adleriana. E' un'antologia di scritti di Alfred Adler, scelti in modo assai felice con una finalità didattica. La disposizione è per argomenti e accomuna brani sullo stesso tema,

tratti da opere diverse, con accurata citazione delle fonti. Ogni tematica è spiegata e commentata con efficacia dai curatori. Di grande interesse sono le frequenti comparazioni con le altre scuole psicologiche.

- Francesco Parenti con la collaborazione di Gian Giacomo Rovera, Pier Luigi Pagani, Francesco Castello, *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano, 1975

E' una trattazione essenzialmente pratica ed esplicativa, che non ha corrispettivi neppure in lingua straniera. In realtà è qualcosa di più di un dizionario e qualcosa di meno di un trattato. Contiene, non solo definiti ma illustrati con una sintesi non troppo limitativa, i principali concetti della psicologia individuale. Ad essi sono state aggiunte numerose voci non strettamente individual-psicologiche (sia di carattere psicologico che psichiatrico), cui è stato applicato lo spirito adleriano. L'attualizzazione del pensiero di Adler al « dopo-Adler », senza alterarne lo spirito, è forse il pregio maggiore dell'opera. Il volume è corredata da un'esauriente bibliografia adleriana.

#### 4. PARTE SPECIALE

##### a) *Psicoterapia*

- B.L. Wolman e Coll., *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma, 1974

Nell'ambito di quest'opera encyclopedica, che comprende venti monografie originali, dovute ad autorevoli esponenti di scuole psicologiche diverse e dedicate appunto alla trattazione sintetica delle rispettive metodologie psicoterapeutiche, è contenuta un'autorevole parte adleriana, scritta da Kurt A. Adler. Il capitolo riesce a spaziare, pur nel limite di pagine assegnato all'Autore, su una cospicua gamma di temi. Il testo è sempre attendibile, chiarissimo, efficace, ma gli argomenti non possono ovviamente essere sviluppati a fondo (come d'altra parte quelli affrontati dalle altre scuole) appunto per il contenimento dello spazio. Il testo è comunque da ritenersi prezioso e da intendersi come stimolo per successivi approfondimenti.

- Raymond Corsini e Coll., *Current Psychotherapies*, F.E. Peacock Publishers Inc., Itaca, Illinois, 1973

Questo volume ha le medesime finalità e caratteristiche del precedente. Sul piano didattico lo preferiamo per la sua impostazione unitaria: ogni monografia, infatti, è impostata sugli stessi paragrafi, ossia definizione della scuola, storia, sviluppo attuale, dottrina, inquadramento della personalità, metodologia psicoterapeutica, applicazioni, impegno didattico. In complesso gli intenti tecnico-terapeutici prevalgono su quelli culturali. L'opera inoltre include alcune correnti da noi poco note e che sarebbe invece opportuno conoscere.

La parte adleriana è redatta da Rudolf Dreikurs e da Harold H. Mosak, due Autori tanto noti da non doverli presentare. Il capitolo, impostato come gli altri, è utilmente corredata da uno specchio di raffronto fra il pensiero di Adler e quello di Freud. Molto interessanti sono pure alcune innovazioni di metodologia e di tecnica qui proposte. La mancata traduzione italiana di quest'opera costituisce una grave carenza e non solo per i cultori della nostra scuola.

- Gastone Canziani e Fulvia Masi, *Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo alla età evolutiva*, Rivista di Psicologia individuale, Anno 7, N. 11, settembre 1979

E' il più importante lavoro pubblicato in Italia sulla tecnica analitica adleriana dei primi ricordi. L'impostazione è « dotta », di tipo universitario, ma consente anche l'acquisizione di efficaci indicazioni operative.

- Adaline Starr, *Psychodrama - Illustrated therapeutic techniques*, Nelson Hall, Chicago, 1977

Si tratta di un'opera monumentale, la cui importanza va oltre la limitazione tecnica del titolo. L'Autrice, adleriana, ha svolto negli Stati Uniti un ruolo pionieristico come ricercatrice e operatrice nel campo dello psicodramma. L'introduzione, colta, affronta anche i rapporti fra psicodramma e dramma tradizionale. Cospicua è la parte storica e teorica. Segue un'ampia esposizione delle tecniche, differenziate secondo le indicazioni applicative.

- Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani, *Il gruppo lombardo di studio sullo psicodramma adleriano - Primi risultati di una ricerca*, edito a cura della S.I.P.I., Milano, giugno 1979

Conduttori di un gruppo sperimentale per una nuova impostazione adleriana dello psicodramma, Parenti e Pagani riferiscono sui risultati della ricerca e delineano una nuova metodologia di psicodramma analitico. Lo scopo delle modifiche presentate nella breve trattazione è in primo luogo quello di prevenire i frequenti danni iatrogeni che possono derivare da questa forma di psicoterapia di gruppo. Maggiore risalto, rispetto alla tradizione, è dato qui alla componente analitica, che si configura come seduta a parte, sotto l'egida della reciproca solidarietà e della cooperazione fra i membri del gruppo.

Elenchiamo ora alcuni lavori su argomenti specifici, la cui tematica è chiaramente espressa dal titolo:

- Francesco Parenti, *Prospettive per una nuova psicoterapia di gruppo su base adleriana*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 2°, N. 2, marzo 1974
- Pier Luigi Pagani, *Correzione psicoterapeutica del comportamento materno nel trattamento delle nevrosi della prima infanzia*, Rivista di Psicologia Individuale, Anni 4-5, nn. 6-7, ottobre 1976 - marzo 1977
- Francesco Parenti, *Tecniche di decondizionamento di ispirazione adleriana nelle nevrosi fobico-ossessive*, Rivista di Psicologia Individuale, Anni 4-5, NN. 6-7, ottobre 1976 - marzo 1977
- Edmondo Pasini, *Importanza dell'insight nella terapia del bambino odiato*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 7, N. 11, settembre 1979.

b) *Principi teorici, Simbolismo, Sogno*

- Gian Giacomo Rovera, *La individual-psicologia: un modello aperto*, Rivista di Psicologia Individuale, Anni 4-5, NN. 6-7, ottobre 1976 - marzo 1977

E' un lavoro teorico di alto livello culturale che, dopo aver mostrato le analogie che sussistono fra alcune concezioni di Adler e la teoria generale del sistema in biologia, sottolinea come l'individual-psicologia, non impegnata in un assolutismo epistemologico né in un relativismo assoluto, rappresenti un modello aperto inseribile senza artifici nelle condizioni sociali storicamente date.

- Franco Maiullari, *Il concetto di teleologia in Adler*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 5, N. 8, dicembre 1977

Sul filo di documentati confronti con altri settori del pensiero scientifico e psicologico (soprattutto con la fenomenologia), l'Autore rileva come la dottrina adleriana abbia superato lo stretto determinismo delle scienze naturali, non applicabile alla psicologia dinamica, e abbia formulato un principio teleologico che non è né un vitalismo astratto né un finalismo metafisico, ma una capacità di progettarsi e di storicizzarsi dell'esperienza umana.

- Francesco Castello, *Considerazioni sulla metapsicologia adleriana*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 5, N. 8, dicembre 1977

L'articolo presenta una diversa, più pragmatica e talvolta non ortodossa, impostazione del confronto fra causalismo e finalismo, con maggiore attenzione ai suoi riflessi sulle metodiche psicoterapiche.

- Francesco Parenti, Giacomo Mezzena, Pier Luigi Pagani, *Simbolismo e psicologia individuale*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 5, N. 8, dicembre 1977

Il lavoro, per la sua estrema chiarezza, si presta ad offrire una piena comprensione introduttiva della dottrina adleriana dei simboli. Essa si differenzia dalla psicoanalisi poiché non consi-

dera simboli universali e monotematici, ma ne collega la formazione sia a influssi culturali storicamente mutevoli, sia al vissuto irripetibile dell'individuo. L'articolo è corredata dall'esposizione attenta di cinque casi.

- Franco Maiullari, *Simbolo e sogno nell'età evolutiva*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, N. 2, Milano, 1978

E' il solo volume pubblicato in Italia che affronti questo tema dal punto di vista adleriano. Il testo, che dà maggior rilievo alla parte teorica, è articolato in tre settori: un'introduzione sui principi di teleologia e di determinismo, un raffronto critico fra le concezioni di Freud e quelle di Adler e un'esposizione (meno estesa) di casi clinici. Il libro è consigliabile ai lettori con interessi più evoluti.

- G.G. Rovera, C. Cuminetti, F. Bogetto, *Individual-Psicologia, Antropologia Culturale e Transculturalismo*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 6, N. 9, settembre 1978

Secondo l'orientamento degli Autori, è un lavoro « colto », che conduce una comparazione acuta e ricca di citazioni fra la dottrina adleriana e la corrente cultural-antropologica.

- Maria D'Arrigo, *L'importanza della fantasia nella Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 1, N. 1, marzo 1973

E' un lungo lavoro con dignità di monografia, parte di una tesi di laurea. Abbina, cosa non frequente, la ricchezza e la documentazione degli apporti culturali a uno stile limpido e molto chiaro. E' articolato nei seguenti capitoli: La fantasia come compensazione - La fantasia come difesa - La fantasia come progetto - L'importanza della fantasia nelle nevrosi e nelle psicosi.

c) *Psicologia dell'età evolutiva, psicopedagogia*

- Alfred Adler, *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma, 1973

Dedicato a coloro che, nelle scuole e nelle istituzioni, hanno un diretto contatto con il bambino, e prezioso anche per i genitori, questo libro offre con immediatezza la voce « parlata » e ricca di umanità di Adler. Presenta, ricorrendo sempre alla casistica e persino alla vivacità del colloquio, ogni tipo di « bambino problema »: il ripetente, il falso ritardato mentale, il bambino viziato, il disturbatore, l'enuretico, il dissociale, il mitomane, ecc. A fattori per il riconoscimento e per l'interpretazione, fa seguire un valido indirizzo per la psicopedagogia e per il trattamento psicoterapeutico.

L'introduzione di Gastone Canziani vale assai più di una premessa al volume, poiché inquadra l'uomo Adler, il suo pensiero generale e le implicazioni sociali e cliniche della psicologia individuale.

- Alfred Adler, *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975

Completa l'opera precedente, rivolgendosi a un pubblico desideroso di una conoscenza più approfondita. L'opera si apre con un'illustrazione generale della dottrina di scuola e prosegue esponendo principi di psicopedagogia e di prevenzione. Lo sviluppo psichico del bambino, e le modalità per indirizzarlo correttamente contrapposte agli errori di educazione, fluiscono con efficacia nel volume. In appendice un interessante questionario di psicologia individuale.

Come sempre ricca di stimoli e vitalmente esplicativa la prefazione di Gastone Canziani.

- Alfred Adler, *La psicologia individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma, 1979

Il volume raccoglie una serie di lezioni tenute da Adler nel 1928 come docente dell'Istituto di Pedagogia della città di Vienna. Adler auspica, da precursore, una stretta collaborazione fra genitori, insegnanti e consulenti psichiatri. Le lezioni mirano

ad addestrare gli uni e gli altri a riconoscere i tratti dello stile di vita nell'infanzia. Contiene utilissimi appunti per l'analisi del bambino, ad esempio dei suoi ricordi e dei sogni. Il collegamento fra teoria e casistica è come sempre impeccabile.

La prefazione di Canziani è qui più ampia e offre notizie di grande interesse anche sugli ulteriori sviluppi della scuola adleriana.

- Rudolf Dreikurs, *I bambini: una sfida*, Ferro Edizioni, Milano, 1969

E' un libro indirizzato essenzialmente ai genitori, che sviluppa il pensiero autonomo dell'Autore, che non è mai incompatibile con quello del Maestro, ma per molti aspetti « neo-adleriano ». L'opera è strutturata come colloquio e ogni suo capitolo s'intitola con un incisivo e spesso anticonvenzionale consiglio.

- Rudolf Dreikurs, *Psicologia in classe*, Giunti-Barbera, Firenze, 1961

Di nuovo un testo di psicopedagogia, scritto con maggior rigore dottrinario e rivolto specialmente agli insegnanti. Dopo una breve parte teorica, il volume illustra lo sviluppo della personalità infantile sotto l'egida del finalismo adleriano. La parte speciale offre suggerimenti a chi insegna per la comprensione psicologica degli allievi e per avviare in loro sia l'apprendimento che il senso sociale. Appare anche il tema dell'incoraggiamento, che polarizzerà in seguito l'attenzione del Dreikurs.

- Don Dinkmeyer, Rudolf Dreikurs, *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbera, Firenze, 1974

E' la trattazione più sistematica e precisa di uno dei cardini della psicopedagogia e della psicoterapia adleriana, particolarmente curato dalla scuola del Dreikurs, appunto il processo di incoraggiamento. Dopo un'introduzione di psicologia dell'età evolutiva, l'opera espone le indicazioni e le tecniche, sia generali, sia nei confronti di particolari situazioni che presentano ostacoli. E' una lettura indispensabile per chi intenda conoscere la nostra scuola.

- Rudolf Dreikurs, Pearl Cassel, *Disciplina senza lacrime*, Ferro Edizioni, Milano, 1976

Può rappresentare un'utile integrazione del libro precedente. Presenta una linea di educazione democratica, che non coincide né con l'autoritarismo tradizionale, né con il nuovo permissivismo, talora matrice di dissocialità.

- Francesco Parenti, *Il prezzo dell'intelligenza*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano, 1977

Il libro tratta un problema psicopedagogico abitualmente e a torto trascurato: quello dei superdotati. La parte iniziale, più rigorosamente scientifica e psicologica, propone una nuova interessante definizione dell'intelligenza, descrive la metodologia psicodiagnostica per il riconoscimento dei superdotati e ne analizza i frequenti problemi conflittuali secondo la linea adleriana. Seguono una rassegna storica e un'inchiesta di costume centrata sul nostro paese, che oggi tende ingiustamente a frustrare la superdotazione. E' un'opera d'importanza anche civile.

#### d) *Sociologia*

- Francesco Parenti, *Assieme per uccidere - Psicologia della violenza di gruppo*, Armando Armando Editore, Roma, 1978

Il volume si apre con una rassegna critica delle più note teorie psicologiche sull'aggressività e pone in rilievo la validità di quella adleriana. Affronta quindi i fattori che inibiscono e quelli che incrementano la violenza di gruppo, di cui descrive le più frequenti e attuali modalità espressive. Effettua poi un'indagine sui fenomeni contingenti nel nostro paese. Il conclusivo « Discorso sui rimedi » ha risonanze socio-psicologiche e anche psicoterapeutiche.

- Anthony Storr, *L'aggressività nell'uomo*, De Donato, Bari, 1968

L'Autore è uno psichiatra inglese con formazione assieme adleriana (se pure personalmente intesa) ed etologica. Tutta la trattazione dell'aggressività è nel testo articolata alla luce di una

visione personale, non sempre accettabile, ma certo utilissima come termine di confronto.

- Francesco Parenti, Pier Luigi Pagani, *Protesta in grigio - Nel labirinto della depressione*, Editoriale Nuova, Milano, 1980

Il capitolo di questo libro che più interessa in questa sede è quello che s'intitola « Depressione e psicologia del profondo », in cui gli autori presentano un'accurata analisi comparativa delle teorie freudiana, kleiniana e adleriana sulla depressione. Il complesso dell'opera ha però un'impostazione culturale e sociale. La depressione come tema e come potenzialità di plagio è studiata con molte citazioni nella filosofia, nella letteratura e nell'arte. Due capitoli sono dedicati a un'inchiesta dei fattori depressivi nel nostro e in altri paesi. Ancora interesse specifico presentano la trattazione di un caso in psicoterapia e alcune proposte conclusive di prevenzione.

Elenchiamo ora, anche in questo settore, alcuni lavori su argomenti specifici, la cui tematica appare chiaramente dal titolo:

- Alberta Balzani, Giuseppe Paracchi, *Breve rassegna di aspetti e interpretazioni psicodinamiche del fenomeno droga*, Rivista di Psicologia Individuale, Anni 4-5, NN. 6-7, ottobre 1976-marzo 1977
- Francesco Parenti, Pier Luigi Pagani, Francesco Fiorenzola, *La droga: un plagio - Contributo alla revisione di alcuni luoghi comuni sulle tossicomanie giovanili*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 6, N. 9, settembre 1978
- Francesco Fiorenzola, *La sessualità nell'anziano*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 7, N. 10, luglio 1979
- Mario Fulcheri, *L'individualpsicologia e gli anziani*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 8, N. 13, dicembre 1980
- Alberto Mascetti, *Attualità della prospettiva psicosociale nella visione adleriana della sessualità*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 7, N. 10, luglio 1979

- Mario Fulcheri, *Analisi dei fattori socio-culturali che stanno incrementando le fobie di omosessualità*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 7, N. 10, luglio 1979
- Francesco Castello, *Proposta metodologica per l'avvio di una modalità di analisi istituzionale in termini adleriani*, Rivista di Psicologia Individuale, Anno 6, N. 9, settembre 1978.

## UN CONTRIBUTO ALLA CONTRO-DISINFORMAZIONE

*Ci è pervenuta copia di un numero arretrato dell'Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, sul quale un noto psicoanalista e docente universitario (ne omettiamo il nome per non personalizzare gli appunti) ha pubblicato un lavoro sulla crisi della psicoterapia, che analizzeremo in questa sede solo per la parte che si riferisce alla psicologia individuale. Riteniamo doveroso rettificare alcune errate informazioni contenute nel testo, poiché tali errori tolgono ogni attendibilità a un confronto fra scuole che sarebbe stato, su altre basi, costruttivo. Aggiungiamo che altri passi dell'articolo ci trovano consenzienti.*

*Partiamo da un'osservazione critica preliminare. Nel testo le tesi della psicologia individuale adleriana sono tratte da citazioni di vari Autori, nessuno dei quali è adleriano (Hautmann, Glover, Sandler, lo stesso Autore dell'articolo autocitato). Le fonti d'informazione non sono dunque dirette. Ciò rappresenta un drastico errore metodologico nell'ambito della ricerca, che dovrebbe essere invece, soprattutto a livello universitario, praticata e insegnata con correttezza. Il ricorso a fonti indirette è ammissibile solo in carenza di quelle dirette, che sono in questo caso cospicue e accessibili.*

*L'Autore, poi, assimila in un giudizio unico la psicologia individuale di Adler e l'analisi transazionale di Berne, due scuole non certo sovrapponibili. Si tratta di un altro errore di fondo, poiché non si possono ovviamente formulare valutazioni unitarie per due obiettivi che offrono marcate divergenze. Entriamo ora nel vivo dei contenuti.*

*L'articolista sostiene che nella psicoterapia adleriana il processo di guarigione « è generalmente sintomatico ed è paragonabile alle remissioni che si manifestano spontaneamente nel corso di molte nevrosi, causa un mutamento dell'ambiente fisico o sociale che ha reso possibile la loro comparsa ». Secondo l'Autore, dunque, nei trattamenti adleriani « il rapporto terapista-paziente è prevalentemente di natura energetica, cioè tende a pervenire, come nella ipnosi e nella suggestione, ad una migliore distribuzione delle energie interne del paziente, tramite il rin-*

*forzo delle sue strutture egoiche; ciò dipende essenzialmente dall'esito della serie di de-mozioni in atto e non dà luogo ad un vero cambiamento strutturale, ad una modificaione di fondo, stabile e duratura della personalità, come si ha nella psicoanalisi p.d. ».*

Tali sorprendenti affermazioni contrastano con tutta la letteratura adleriana, che propone la sua linea psicoterapeutica come diretta a smantellare, con una raggiunta autocritica, delle finzioni rafforzate in larga parte inconscie e successivamente mira a ri-strutturare su basi finalisticamente rinnovate l'intero stile di vita del paziente. Gli interventi suggestivi acritici sono pertanto rigorosamente preclusi agli analisti adleriani.

*La prospettiva di fare delle contro-citazioni ci pone in imbarazzo, poiché dovremmo riportare interi volumi. Consigliamo comunque a chi ha firmato l'articolo la lettura introduttiva del seguente libro, un'antologia commentata degli scritti di Adler: Heinz and Rowena Ansbacher, « The Individual Psychology of Alfred Adler » (A systematic presentation in selections from his writings), Basik Books, Inc., New York, 1956. Segnaliamo specialmente questi capitoli, di cui traduciamo il titolo: « La verifica della comprensione », « Aiutare l'insight », « Lo spiegare », « La cura reale ». Gli suggeriamo inoltre di leggere il volume di Herbert Schaffer « La psychologie d'Adler - Théorie et applications », Masson, Paris, 1976, con particolare riguardo al capitolo « La prise de conscience par le sujet de ses structures psychiques ».*

L'articolista prosegue nella sua disamina, sostenendo che il terapeuta (sempre adleriano e transazionalista, accomunati nella curiosa assimilazione) « ha scarsa conoscenza del proprio mondo interno, di conseguenza di quello del paziente » e « non ha i mezzi per leggere nel proprio controtransfert ». La sua reazione al transfert del paziente sarebbe quella di esercitare plagi di vario genere, ad esempio ideologico e sessuale. Com'è invece riportato in tutta la letteratura di scuola, l'analista adleriano è tenuto a un'approfondita interpretazione del proprio stile di vita, chiave valutativa del controtransfert. Egli è inoltre addestrato a un rapporto paritario con i soggetti in cura, tale da escludere ogni forma di plagio: tutta la terapia adleriana è per assunto autonomizzante.

Per assumere informazioni introduttive sul transfert e sul controtransfert adlerianamente intesi, consigliamo la lettura del

*capitolo « Il rapporto terapeutico » nel già citato volume degli Ansbacher, del capitolo « Le dialogue psychothérapique » nel menzionato libro dello Schaffer e del paragrafo « Resistenza e transfert » situato nella parte adleriana, scritta da Kurt A. Adler, del volume di B.L. Wolman « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche » (Edizione originale Basic Books, New York, 1967, edizione italiana Astrolabio, Roma, 1974).*

*E' paradossale che si impieghino, per una polemica anti-adleriana, argomenti già formulati da Autori adleriani. Così Kurt Adler, quattordici anni prima, definiva « tragico » che l'analista non sappia interpretare il suo rapporto con il paziente e che lo sfrutti per i suoi fini.*

*Più avanti l'Autore dell'articolo segnala giustamente i rischi connessi a una formazione insufficiente degli analisti. Ci sembra impossibile che qui egli si riferisca agli operatori ufficiali adleriani. E' nota da tempo la campagna promossa dalla nostra Società per una rigorosa formazione da training degli operatori psicoterapeutici di profondità. Un didatta della S.I.P.I., in un intervento congressuale cui presenziava il firmatario dell'articolo, ha dovuto difendere tale orientamento proprio in contrapposizione a uno psicoanalista, che sosteneva una formazione pubblica e collettiva, solo culturale. Nel regolamento della Società Italiana di Psicologia Individuale si prescrive tassativamente, per acquisire e mantenere la qualifica di Socio Analista, il superamento di un'analisi personale e di un training presso uno dei didatti della Società, seguito da una formazione permanente.*

*I dati bibliografici che abbiamo qui offerto valgono solo come esemplificazione. In altre pagine di questo numero, la nostra Rivista pubblica un più vasto e dettagliato piano di studi adleriano.*

*Tanto non per polemica, anzi come auspicio di futuri confronti costruttivi, sorretti però dalla garanzia reciproca di una corretta e ben dettagliata informazione.*

\* \* \*

LUIGI ZOIA

## INDAGINI SULLA FORMAZIONE DEGLI ANALISTI IN ALCUNI PAESI DELL'OCCIDENTE

*Per incarico del CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica) ho svolto una piccola ricerca sulla situazione giuridica delle attività analitiche nei principali paesi esteri. Da essa emerge che la necessità di una normativa è sentita ovunque con urgenza. In nessun paese si prevede di affidare alla laurea in medicina o a quella in psicologia il monopolio del settore; mentre ovunque ci si adopera per riconoscere come titolo centrale i tirocini (trainings) effettuati presso le società analitiche (private) che rappresentino le filiazioni nazionali di organizzazioni internazionali esistenti da un certo tempo e culturalmente accreditate.*

*Mentre inoltro questo documento alle Autorità Sanitarie, spero che la sua pubblicazione susciti qualche interesse nell'ambiente specializzato.*

### PRESENTAZIONE

Il seguente pro-memoria fornisce informazioni comparate sulle norme giuridiche (già in vigore o già discusse e di probabile prossima accettazione) intese a disciplinare l'attività analitica-psicoterapeutica nei principali paesi esteri.

L'esposizione è sintetica e si sofferma solo su quegli elementi che siano essenziali e possano fornire indicazioni per la situazione italiana: alla quale il riferimento è costante, anche se non sempre espresso.

Sono stati presi in considerazione:

- Gran Bretagna, Francia, Germania Occidentale, cioè i tre principali paesi della Comunità Europea.

- Stati Uniti: per l'enorme vastità che le attività psicoterapeutiche vi hanno assunto e per la presunzione che gli U.S. fornissero il polo estremo della normativa liberista (è noto infatti come il pragmatismo della legislazione americana si estenda tendenzialmente anche alle libere professioni, formulando vincoli non a priori ma solo quando pratiche esigenze li impongano: e, anche in tal caso, lasciando la precedenza alle normative locali).
- Svizzera: il paese che può vantare la più lunga tradizione di attività psicoterapeutiche (nate parallelamente a quelle austriache e tedesche, ma non interrotte dal nazismo) e che forse più ha influito culturalmente sulle generazioni di psicoterapeuti operanti ora in Italia.

Poiché la legislazione svizzera si presenta su base cantonale, sono stati presi in considerazione: il Cantone di Zurigo, cioè il maggiore e più progredito, e il Canton Ticino, italiano nella lingua e nel fondo culturale.

## INDAGINE COMPARATA DEI PAESI

Paesi privi di normativa o progetti di normativa ufficiale

(ma da cui si sono raccolti elementi che danno indicazioni su una possibile legislazione futura)

— Francia

— Stati Uniti

Paesi dotati di normativa o progetti di normativa

(già formulati e in avanzata discussione)

— Germania Occidentale

— Gran Bretagna

— Svizzera (ZH + TI)

*Paesi privi di normativa o progetti di normativa ufficiale*

### FRANCIA

Manca una legislazione sanitaria riguardante la psicoterapia. La psicologia non è citata dal *Code de la Santé Publique*, né

fra le attività mediche né fra quelle paramediche.

L'esenzione dalla TVA (= IVA) di queste è stata però esplicitamente estesa agli psicologi che esercitino attività terapeutiche. Dal punto di vista fiscale la psicoterapia viene dunque identificata di fatto, e considerata attività sanitaria, benché non medica né paramedica.

Tale orientamento, volto a riconoscere la psicoterapia senza però assimilarla all'attività medica, sembra confermato da una recente sentenza del Tribunale di Nanterre (9 febbraio 1978) che ha assolto uno psicanalista non medico, accusato dall'Ordine dei Medici di pratica illegale di medicina (informazione del Sindacato degli psicologi. Secondo altra fonte — Concours Méd. 102, 24, 3783, 1980 — su denuncia dell'ispettore sanitario regionale).

## STATI UNITI

Come si prevedeva, il legislatore americano ha lasciato finora che la materia fosse disciplinata dall'autorità locale e/o dalla normativa degli ordini professionali. Di fronte però al dilagare degli « psicoanalisti selvaggi » e al proliferare dei centri di formazione improvvisati (simile a quello che sta investendo l'Italia ultimamente) è sorto negli ultimi anni un movimento di opinione, favorevole a una regolamentazione più ufficiale. Ciò ha portato alla formazione (1972) del NAAP (*National Accreditation Association and the American Examining Board of Psychoanalysis*: il termine *psychoanalysis* ha in U.S. un uso ampio, più da assimilarsi al nostro psicoterapia che a psicoanalisi, in italiano indicante ancora l'indirizzo di stretta osservanza freudiana). Tale organismo esamina e, se il caso, « accredita » — cioè abilita — i singoli centri di formazione per psicoterapeuti che rispondano a determinati standards.

Esso — pur presiedendo alla valutazione dei centri di formazione analitica di tutti gli indirizzi in tutti gli Stati dell'Unione — non è di diritto pubblico. (E' noto del resto che gli stessi titoli universitari non hanno negli U.S. valore legale e che il loro prestigio riposa soprattutto sulle « accreditations » effettuate da organismi simili).

Sull'altro fronte il NAAP si mantiene in collegamento con gli ambienti politici per tenerli informati sui propri criteri di valutazione e abilitazione: nella pratica, infatti, se il legislatore decidesse di regolamentare la materia dovrebbe sostanzialmente rifarsi ai criteri e standards del NAAP.

#### *Paesi dotati di normativa o progetti di normativa*

#### GRAN BRETAGNA

Del testo *Statutory Registration of Psychotherapists, A Report of a Professions Joint Working Party* (1978), si allega non solo fotocopia ma anche traduzione.

La ragione è semplice.

Similmente a quella americana, la tradizione legislativa inglese ha tenuto a lungo lontana una regolamentazione della materia. Questa si presenta ora semplice, chiara, ampia nelle definizioni e poco restrittiva nella pratica. La legislazione italiana è tradizionalmente più esigente e meno pragmatica. Ma, al di là della diversa tecnica legislativa, la traccia inglese è forse la più realisticamente seguibile in una situazione ormai molto compromessa e caotica come quella italiana.

#### GERMANIA OCCIDENTALE

Benché non ci risulti che il Progetto di Legge sulla Professione Psicoterapeutica (*Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychoterapeuten*, 12 luglio 1978) sia a tutt'oggi (fine '80) approvato, la regolamentazione tedesca della psicoterapia è quella che più d'ogni altra funziona da un certo tempo con schemi assai chiari. La legge si propone infatti sostanzialmente di convalidare la situazione già in atto e creata dall'accordo nazionale tra le Casse Malattia (= Mutue) e la DGPPT (la società tedesca degli psicoterapeuti).

Tale accordo ha in pratica monopolizzato — e automaticamente generalizzato ed estremamente esteso — i trattamenti psicoterapeutici concedendone il rimborso: contemporaneamente

ciò ha obbligato a una rigorosa definizione dell'attività e della formazione psicoterapeutica.

## SVIZZERA

A) *Zurigo* - La normativa che sta entrando in vigore (*Verordnung über die Psychotherapeuten*) rappresenta una faticosa sintesi di criteri applicati da tempo presso i numerosi Istituti e Società private.

B) *Ticino* - Una lettura del *Regolamento* (1977) ticinese è interessante anche per il profano. Oltre a essere pratica e a non necessitare di traduzione, questa normativa ufficializza in un unico regolamento la figura dello psicologo e quella dello psicoterapeuta, differenziandoli con chiarezza.

## INDAGINE COMPARATA DEI REQUISITI RICHIESTI PER L'ESERCIZIO DELLA PSICOTERAPIA

Si prendono in considerazione le normative seguenti:

1. Gran Bretagna
2. Germania
3. Svizzera: Cantone di Zurigo
4. Svizzera: Canton Ticino
5. NAAP, nell'assunto che, conformemente alla diversa tradizione giuridica, i suoi regolamenti sostituiscano la normativa americana ufficiale o ne costituiscano l'eventuale base.

A) *Presupposti accademici per una successiva formazione psicoterapeutica*

Possesso di:

Laurea (o equivalente)	Solo laurea in medicina	Solo laurea in psicologia	Solo laurea in medicina o psicologia
tutti	nessuno	nessuno	Germania

N.B.: La *non obbligatorietà della laurea in medicina* è il primo dato importante fornito dall'indagine. Esso trova riscontro in tutti i paesi esaminati: si rammenta che anche la Francia, priva di progetti di legge specifici, ha però fornito elementi fiscali e giudiziari in questo senso.

B) *Abilitazione individuale alla professione psicoterapeutica*

*Prevista in alcuni casi,*  
ma prevalentemente sotto forma di  
norme transitorie riguardanti pro-  
fessionisti già in attività:

- Germania
- Gran Bretagna
- NAAP
- Zurigo

*Prevista come norma:*

- Ticino

C) *Abilitazione d'istituto*

(= riconoscimento alle istituzioni psicoterapeutico/analitiche che a loro volta curano la formazione)

E' la regola in tutte le normative: tranne per il Ticino dove, per la prevista esiguità numerica dei casi, è preventivata solo la via individuale.

Per l'ottenimento del riconoscimento alle Istituzioni si richiede prevalentemente:

1. che presentino una certa dimensione
2. che dimostrino di essere in funzione da un certo tempo
3. che non rappresentino un fenomeno isolato né neonato sotto l'aspetto culturale
4. che non rappresentino un fenomeno isolato sotto l'aspetto organizzativo (che siano cioè organizzazioni nazionali collegate ad una organizzazione internazionale). Solo in casi eccezionali si tratta di Istituzioni universitarie o comunque pubbliche.

D) *Requisiti principali della formazione psicoterapeutica post-universitaria*

1. Analisi didattica personale: almeno 300 ore durante almeno 3 anni (requisito centrale secondo ogni normativa)
2. Prevalentemente: pratica clinica in istituzioni e per 1-2 anni
3. Prevalentemente: partecipazione a lezioni e seminari su temi specifici, in media 500-600 ore  
(Per i punti 2. e 3. si riportano requisiti richiesti nella gran maggioranza dei casi: la normativa, rinviando a regolamenti specifici degli Istituti, è troppo frammentata per essere esposta analiticamente).
4. Proseguimento per almeno 2 anni di terapie di pazienti condotte sotto supervisione.

N.B.: Il riscontrare in ogni paese l'*obbligatorietà di un tirocinio centrato sull'analisi didattica* è il secondo risultato importante dell'indagine.

E) *Distinzione delle normative secondo i limiti pratici che impongono*

Può esercitare l'attività psicoterapeutica solo chi viene esplicitamente autorizzato:

— Svizzera (Zurigo e Ticino)

Può chiamarsi psicoterapeuta (e più specificatamente psicoanalista ecc.) solo chi è qualificato tale:

— Gran Bretagna (l'attività resta libera, ma deve avvenire sotto altra denominazione non registrata).

Svizzera e Gran Bretagna si presentano come casi di restrittività massima e minima. In Germania è prevista una libertà di esercizio simile a quella inglese, limitata però di fatto dal mancato rimborso mutualistico. Per gli U.S. il problema non si pone in quanto il NAAP, mancando di veste ufficiale, può imporre solo sanzioni morali.

*Raffronto dei dati con la situazione e la possibile normativa italiana*

In Italia, malgrado l'estrema anarchia del settore (si calcola che accanto a circa 500 persone che hanno ricevuto una formazione specifica operino alcune decine di migliaia di improvvisati: anche se, in molti casi, medici o psicologi) una normativa è totalmente assente.

Esistono ciononostante due gruppi di pressione tendenti a influenzare la materia:

1. Quello *medico*, che tende a ricondurre pienamente nel proprio ambito tutte le attività psicoterapeutiche valendosi di vecchie leggi già esistenti (l'esempio più noto è fornito dalla recente sentenza — dicembre 1980 — del pretore romano Cappelli).

2. Quello degli psicologi volto al riconoscimento del ruolo di essi anche come professione terapeutica. La determinazione delle funzioni dello psicologo è contemplata dalla proposta di legge 615 (già 1825) che molti vorrebbero ampliata con l'inclusione della psicoterapia fra le attività degli psicologi.

La semplice osservazione sia della situazione negli altri paesi, sia di ogni precedente nella storia dell'attività psicoterapeutica, segnala che l'affidare la psicoterapia di tipo analitico esclusivamente alla laurea in medicina o in psicologia:

1. è irrilevante: nessuna delle due contempla una preparazione al trattamento analitico di nevrosi e psicosi;

2. fa mancare completamente ogni requisito per una formazione analitica specifica, in totale antagonismo con le normative esistenti o previste in tutto l'Occidente, che sono in pratica quelle sin qui esaminate.

Non essendo compito di un pro-memoria informativo adentrarsi in questioni di fondo, ci si limita a ricordare come la netta separazione tra analisi e medicina sia già a suo tempo stata affermata da Freud (v. *Psicoanalisi selvaggia*, 1910 e *Il problema dell'analisi condotta da non medici*, 1926), medico e fondatore della psicoanalisi.

E' da segnalare come il Rapporto inglese (nelle Appendici e nel Cap. 5) non solo chiarisce l'attualità di tale distinzione, ma ammonisce sui rischi cui va incontro chi eserciti attività psicoterapeutica senza aver ricevuto una formazione specifica.

Tali rischi, legati allo stato di estrema dipendenza che nella maggior parte dei casi si instaura nel paziente, sono, mutatis mutandis, se possibile ancor maggiori di quelli in cui incorre un profano che improvvisamente si dia a un'attività medica.

Per quanto riguarda la distinzione radicale sia di compiti sia di formazione tra psicologo e psicoterapeuta un chiaro esempio può invece esser fornito dalla legge del Canton Ticino (v. pagine 1 e 2).

Segnalando ancora che le facoltà italiane di medicina e psicologia non adempiono a nessuno dei quattro requisiti (v. sopra al punto D) dappertutto richiesti per la formazione analitica, si ricorda alle autorità sanitarie come anche in Italia sono in fun-

zione da tempo Società o Istituti che attuano tale formazione con criteri di rigore.

Queste istituzioni, affiliate ai principali raggruppamenti internazionali di psicologia del profondo (freudiani, junghiani, adleriani) da tempo impartiscono una formazione rispondente ai requisiti segnalati e rispondono esse stesse ai criteri altrove adottati per le abilitazioni d'Istituto (v. sopra al punto C): e, oggi più che mai, si trovano affollate da medici e psicologi in cerca di formazione psicoterapeutica.

Nella eventualità di una normativa che regoli finalmente la materia, l'autorità sanitaria dovrebbe tener conto della loro esistenza.

Non appare forse né equo né — nella gran confusione attuale — realistico, auspicare una legislazione che restringa di fatto (come ad esempio nelle leggi svizzere) l'esercizio dell'attività psicoterapeutica a chi abbia completato una formazione in tali centri.

Ma si raggiungerebbe già un minimo di chiarezza richiedendo, secondo il modello inglese, che l'uso di certi appellativi professionali (ad esempio per le tre scuole citate: psicoanalista, psicologo analista, psicologo individuale) fosse riservato a chi abbia effettivamente completato la propria formazione presso l'istituzione corrispondente.

Milano, febbraio 1981

Pro-memoria compilato per incarico del  
Centro Italiano di Psicologia Analitica  
dal Dott. Luigi Zoja,  
Via Cerva 17 - 20122 Milano - tel. 02/794262

MARIA TRAMONTI \*

## FREUD E ADLER: DUE SCELTE DI RAGIONE E DI VITA IN UNA CULTURA

All'inizio del '900 la letteratura mitteleuropea presta orecchio e dà voce ai sinistri scricchiolii provenienti dal cedere del positivismo e della fede laica nel progresso. Molte sue pagine paiono testimoniare il deliquio della ragione scientifica e il dramma dell'uomo lasciato là, privo delle sue illusioni, ad elaborare il lutto; pagine che sono insieme frutto e matrice di una depressione che non occulta la propria tipica protesta accusatoria neppure sotto la cifra di quell'humour che anzi ne accentua lo sconforto.

Freud e Adler vivono in quella Vienna che pare tutta impegnata a consumare la coscienza della fine nella atmosfera bugiarda di « una gaia apocalisse ». Ma in Freud non c'è nulla di gaio ed in Adler nulla di apocalittico.

Accomunati dalla radice ebraica, dalla origine familiare modesta, dallo studio della medicina e dall'interesse per la psicologia, si incontrano perché un rancore senza remissione li separa più tardi. E se è la stessa la temperie spirituale del momento e del luogo ove operano, li divide però, caratterizzandoli come personalità del tutto diverse, la Weltanschauung che ciascuno dei due matura e sottende alla propria interpretazione dell'uomo.

All'uomo disorientato dell'inizio del secolo, Freud porge il corrimano del determinismo causale recuperato dalle ceneri del positivismo; a chi avverte le urgenze della razionalità, la scappatoia della razionalizzazione; a chi soffre la condizione umana scontata con la solitudine e la estraneità, Freud dà accoglienza per un verso nel grembo di una animalità nella quale rintracciare il suo passato biologico e, per altro e opposto verso, in un vivere sociale « bien rangé » edificato sulla repressione e sulla rassegnazione.

---

\* Analista della Società Italiana di Psicologia Individuale.

Già questo dice che, nonostante la ostilità accademica e la scandalizzata resistenza della pubblica opinione, Freud, in forza del suo pessimismo di sostanza e del suo puritanesimo di fondo, si inserisce bene nella ideologia borghese e conservatrice del primo periodo del secolo. Pessimismo e puritanesimo erano del resto presenti in tutta la linea della nostra civiltà e della nostra cultura, abituate a concepire il piacere come colpa ed il malumore come coscienza morale ed alle quali non erano mancate voci che, pur se diverse fra loro, le avevano confermate in queste equazioni portatrici di una morale di sacrificio e di repressione.

Se « L'interpretazione dei sogni » ed i « Tre saggi sulla sessualità » avevano fatto rabbrividire i benpensanti, l'opera « Il disagio della civiltà », molti temi della quale erano preannunciati in scritti precedenti, rimise tutto a posto: *l'accettazione* della esistenza di un mondo pulsionale non era troppo pericolosa se la *approvazione* andava invece a chi se ne difendeva e lo costringeva nel reticolo delle convenzioni sociali e si rassegnava a capire che l'unica libertà possibile non era nell'impossibile superamento delle repressioni ma nella razionalizzazione della loro necessità.

L'operazione della razionalizzazione è, come si sa, un meccanismo di difesa sorretto dalla capacità manipolatrice e di controllo dell'intelletto al quale veniva dunque demandato il compito di dominare la natura pulsionale dell'uomo, il quale soltanto a tale condizione poteva guadagnarsi l'adattamento nella società.

Al recupero dell'intelletto come facoltà di dominio su una natura a sé antitetica, Freud indubbiamente contribuì moltissimo, ma, riattivandone la accezione illuministico-positivistica che idealismo e romanticismo avevano contrastato, consegnò all'uomo una immagine di sé dicotomica e drammatica. L'uomo era teatro di conflitti intrapsichici in cui inconscio e consciente, piacere e dovere, pulsioni e ragione, per destino e per natura non potevano convivere se non l'uno a spese dell'altro. Da qui la affermazione freudiana secondo la quale « l'uomo sano non esiste ». Né potrebbe mai esistere, saremmo tentati di aggiungere se, « diviso » sempre, trascina la sua depressione tentato, ora dalla isteria, ora dalla paranoia.

E tuttavia, paradossalmente, questa nera diagnosi dell'uomo

priva del sollievo di una prognosi di speranza, parve, a tutta prima, confortante e non solamente per il mezzo gaudio che è frutto del mal comune, ma perché alleggerì da impegni eccessivi, come sempre accade di fronte a ciò a cui è d'obbligo rassegnarsi.

Adler a questa stessa umanità smarrita ed ansiosa del primo novecento, lungi dal proporre rassegnazione, addita il passato come sede di potenzialità non rettamente orientate ed il presente come tempo di coraggiosa rettifica e di sano progetto.

Per nulla nostalgico delle pseudo certezze offerte dal meccanicismo causale, Adler non tenta neppure di recuperarle ed anticipa anzi il clamoroso incontro della psicoanalisi con la filosofia proposto da Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty e dalla psichiatria esistenziale, sostituendo il concetto di causa con quello di fine, connesso più che al modello dell'equilibrio energetico, all'idea del modo di esistere. Sensibile come è ai temi profondi della filosofia, Adler ha l'aria di avere apprezzato e condiviso la lezione dell'idealismo tedesco tesa a segnalare che l'intelletto procede in modo astratto attraverso antinomie radicalizzate, incapace di superarle pur mantenendone l'essere, e pare condividere l'accezione hegeliana della ragione che, come attività autentica del pensiero, « toglie fissità e rigidezza alle determinazioni intellettuali e le fluidifica e relativizza ».

Da qui il fatto che Adler, considerata la ragione come capacità di « mediare » le antinomie e di proporsi il dominio della natura solo nel senso di imporsi come espressione più evoluta della naturalità stessa, e reperita nella teleologia la cifra dello « stile di vita » dell'individuo, lungi dal proporre una immagine dicotomica dell'uomo, ne offre anzi una « indivisibile ».

In essa anche l'inconscio va nella direzione del conscio e la pulsione di base, la volontà di potenza, non va negata per lasciare posto al sentimento sociale, ma orientata lungo la linea della razionalità, la quale non è estranea né alla prima né al secondo.

Queste considerazioni sarebbero di scarso rilievo se non potessero allargare la motivazione della apostasia di Adler da Freud e se non ci consentissero di considerare come le accezioni di intelletto e di ragione, sottese rispettivamente alle dottrine di Freud e di Adler, abbiano indotto due diverse maniere di conce-

pire il rapporto individuo-società, e di constatare — infine — con rammarico che tanto Freud quanto Adler siano poco presenti nella società odierna, deserta sia di rassegnazione che di ragione.

Nella società odierna la dottrina freudiana appare vittima non incolpevole di quello stesso intellettualismo al quale ridiede voce allorché oppose in una tensione sostanzialmente ostile l'individuo a se stesso e l'individuo alla società. Freud non previde infatti che dalla sua etica della repressione e della rassegnazione sarebbe sortito l'esatto contrario della stessa. Non previde che, concepite la cultura e la civiltà come negazione delle originarie pulsioni, sarebbe stato del tutto coerente l'antitetico e liberatorio riconsegnarsi da parte dell'uomo al principio del piacere senza le fastidiose remore del principio della realtà. Né previde che il « disagio della civiltà », più spesso citato che letto, avrebbe potuto dare alibi a chi oggi provoca in noi il disagio della sua ferinità.

Paradigmatica a questo proposito l'avventura di Marcuse che diede la più clamorosa prova dell'esito mortifero dell'intellettualismo che congela in opposti: egli infatti, passato attraverso la prima fase di una acuta critica della società tecnologica moderna, arrivò infine, in contrasto assoluto con Freud e con la sua civiltà rassegnata, a farsi paradossole apologeta dello scatenamento indiscriminato degli istinti. E fu tardivo il ravvedimento maturato negli ultimi anni di vita.

E' interessante notare che Marcuse apparteneva alla Scuola di Francoforte fra i cui adepti vi furono figure di eccezione, Horckheimer, Adorno, Fromm, Benjamin, alle quali si deve l'inserimento, nell'albero genealogico della Scuola, di Hegel, di Marx e di Freud.

E' legittimo supporre che forse nessuno dei tre si sarebbe troppo compiaciuto di questi legami di parentela, ma certamente la figura più spuria è quella di Freud, con la cui dottrina persino coloro che lo avevano invocato a maestro entrarono in lite. Se è paradigmatico infatti il caso Marcuse, significativa pare la fine di Benjamin che avviò il fenomeno di quei suicidi da Durkheim chiamati « anomici », che si verificano allorché « caduta la vincolatività delle leggi, esplode il contrasto fra desideri individuali ed esigenze sociali ».

Diverso l'ipotizzabile esito sociale delle tesi esposte da Adler, il cui Io compatto e duttile può vivere con la stessa cordialità la sua natura e la sua cultura. Il « principio della realtà » per Adler non si edifica sul silenzio coatto del « principio del piacere », ma anzi gli dà altitudine, sicché cultura e civiltà rappresentano il terreno nel quale l'uomo può gioiosamente ospitare la propria « volontà di potenza », consentendole di maturare nelle espressioni di quel « sentimento sociale » che ha lo spessore e la misura della ragione e che della ragione ha il carattere più proprio: l'emancipazione dalla paura.

Il famoso « ama il prossimo tuo come te stesso » era stato discusso e negato da Freud il quale, coerentemente alla malnata affermazione « amare indebolisce », aveva trovato il comandamento « irrealizzabile » e propositivo di un amore inflazionato e scaduto. Adler può invece farlo proprio.

Consapevole che l'amore non si riduce alla sessualità e che è lontano tanto dalla autoinfatuazione narcisistica e dalla cupidigia dell'egoismo quanto dalle finzioni a cui ricorre l'astuzia prevaricatrice dei nevrotici capaci, pur di conseguire il fine, di addobbarsi di comportamenti generosi e disponibili, Adler sa che l'amore ha gli stessi connotati della ragione: responsabile, rispettoso, coraggioso e libero, lungi dall'impoverire chi lo esercita, ne irrobustisce la fibra. A questo proposito la sa lunga il linguaggio popolare per il quale « perdere la ragione » equivale a « perdere il sentimento ».

Questa antropologia seria e serena è difficile da accettare: essa, come non apprezza la tetra virtù dei rassegnati ed il loro cattivo umore, come si ribella a che un Super-Io sociale soggioghi l'individuo, così leva alibi alla violenza, alla pigrizia, alla droga, al « carpe diem », alla maleducazione, all'odio verso la scuola, alle accuse alla società, alle distruzioni e alle fughe regressive di ogni tipo. Né consente che si possano far passare per legittime e liberatorie proteste il proprio sottosviluppo e la propria inferiorità.

Questo basta già a spiegare perché di Adler pochi sappiano e molti impediscono che si sappia, il che è tanto più sospetto se si pensa ai molti problemi che, ben presenti nelle sue pagine e nella sua vita, sono agitati nell'oggi.

La sua natura non gregaria fece sì che simpatizzasse col

socialismo in un periodo in cui non era conformistico farlo; che sostenesse la parità dei sessi allorché lo stereotipo della femminilità era rappresentato assai meglio dalla mite Marta Freud che dalla battagliera e colta Raissa Adler; che individuasse il ruolo che le relazioni interpersonali giocano nel costituirsi della personalità; che si battesse per dare una preparazione psicologica agli insegnanti; che segnalasse il valore del lavorare in gruppo e così via.

Eppure questo Adler stranamente sfugge alla coscienziosa ricerca che la adattata classe culturale odierna opera per cercare nel passato modelli di impegno e di sensibilità sociali. E sfugge al riconoscimento ed alla riconoscenza di quei cosiddetti neofreudiani che, impegnatissimi a notomizzare grandezza e limiti di Freud, disinvoltamente attribuiscono a se stessi il superamento di questi ultimi, come se già Adler non avesse aperto le piste della loro contestabile originalità.

Valga per tutti il nome di Fromm che, formatosi egli pure alla Scuola di Francoforte, si guadagnò fama anche per i molti temi che chiese in prestito ad Adler e si dimenticò poi di restituirgli.

FRANCESCO CASTELLO \*

## OSSERVAZIONI SUL NARCISISMO

Dalla leggenda mitologica di Narciso, ucciso dall'amore per l'immagine di se stesso, alle prime scoperte di Freud, che ritrovò in pazienti omosessuali la tendenza a desiderare se stessi come oggetti sessuali ed a ricercare altri, che assomiglino a loro, per poterli amare come la madre ha amato loro stessi (Laplanche e Pontalis) e dagli sviluppi successivi delle acquisizioni riguardanti questo tema, si è venuta via via delineando tutta una serie di teorizzazioni interpretative, che hanno finito per presentare il « fenomeno narcisismo » come una sorta di entità reale e concreta, con la quale sembrerebbe che i vari casi pratici dei pazienti e dei soggetti si debbano, in qualche modo, misurare.

Ciò riproporrebbe, tra l'altro, l'esigenza di verificare prontamente se ogni persona che viene a contatto con l'analisi sia o non sia narcisista, dal momento che sulla base di tale differenziazione diagnostica dovrebbe poi venir impostato il progetto terapeutico.

Credo che un tale modo di procedere non sarebbe corretto per l'analista, anche se può affascinare chi, desideroso di fare dell'analisi, sia però assillato dal bisogno di avere sicure indicazioni di orientamento e di procedura e quindi vittima di problemi personali disturbanti.

Ritengo importante sottolineare come sia frequente, da parte di psicoterapeuti di varie scuole, il ricorso alle più complicate costruzioni speculativo-filosofiche, quando si parli di narcisismo, come se fosse necessario opporre strumenti difensivi complessi ed agguerriti, per fronteggiare istanze e modalità, che derivano dalle fasi più primitive della vita dei soggetti e che quindi hanno alla base contenuti della massima semplicità, tanto da dover essere interpretati col ricorso a modelli associativi, analogici, prelogici.

---

\* Analista e Didatta della S.I.P.I.

Un discorso sul narcisismo e sulle sue implicanze sullo stile di vita può contenere anche concetti generali, ma deve soprattutto passare attraverso la esposizione di casi clinici, il coinvolgimento emotivo di chi parla e di chi ascolta, la verifica critica. Credo valga la pena di rammentare che ogni discorso senza possibilità di verifica può sottendere le istanze narcisistiche e onnipotenti di colui che lo fa.

Compan descrive, in un suo recente lavoro, alcuni aspetti del narcisista, che individua soprattutto in funzione della carenza di sentimento sociale: si può ritrovare la presenza di brusche variazioni di recettività all'analisi, la tendenza a manipolare l'analista ed a mettere in dubbio le possibilità di miglioramento; si rileva frequentemente il bisogno di eliminare le stesse regole dell'analisi. I pazienti hanno situazioni sociali talora brillanti, ma relazioni sociali fragili. Si nota una capacità di intuire le intenzioni altrui, che talvolta sconfina nella paranoja, senza però la diffidenza e la suscettibilità che caratterizzano questa ultima (notiamo che l'autore fa riferimento a pazienti ritenuti nevrotici, senza elementi psicotici o dissociativi prevalenti). La benevolenza e la tolleranza sono bene accette:

« I nostri soggetti hanno bisogno di essere amati, apprezzati, e persino idealizzati dal curante: idealizzati come un bambino può desiderare di esserlo dalla madre ».

Si nota il bisogno di avere un sostituto materno che funga da attivatore dei desideri e la continuazione del bisogno infantile di soddisfare la madre.

Compan riferisce di un paziente, arrivato in cura da lui « dopo aver seguito per sei anni un trattamento psicoanalitico, in conseguenza del quale si era orientato alla ricerca delle perturbazioni delle sue fasi libidiche, aveva tentato di vivere in una comunità e si era costruito lo scopo di raggiungere una vita sessuale perfetta..... Partiva dal principio, assorbito (durante la precedente analisi, n.d.r.) che, essendo la relazione con la madre, sin dalla nascita, una relazione sessuale », anche le sue altre relazioni avrebbero dovuto essere di ordine sessuale e procuratrici di piacere. « Dallo scontro con le costrizioni e le frustrazioni della vita quotidiana, che deludeva le sue aspettative, nasceva per lui la convinzione di trovarsi ad un bivio: la droga o il suicidio ».

Il persistere di una modalità di rapporto esclusivamente duale, isolata dal resto del mondo, è in contrasto con lo sviluppo del sentimento sociale. Ciò si manifesta frequentemente attraverso la tendenza ad allacciare, senza fine, nuove relazioni, nel quadro di una strategia di disinvestimento e reinvestimento, con funzione di ricatto affettivo e di plagio.

Compan cita l'apparente ipersocializzazione e, addirittura, la fuga nel successo; la coazione ossessiva a realizzare il proprio sé ideale e ad evitare la depressione, collegata al non gradimento da parte altrui. Per quanto riguarda gli aspetti sessuali, l'insuccesso ed il sentirsi rifiutato comportano il ripiegare su altri oggetti di attenzione; come compensazione, possono trovare avvio relazioni omosessuali. Compan tiene a sfatare il concetto di tendenza omofila, e sottolinea invece quello di reattività compensatoria. A questo riguardo, afferma: « Al cardine della terapia dobbiamo collegare il sentimento di sicurezza e non i problemi della libido, poiché questa contribuisce alla costruzione dei meccanismi di difesa. Lo scopo della terapia è quello di allargare l'ambito relazionale, limitato alla sfera madre bambino ».

Le problematiche narcisistiche sono presenti in ogni persona ed in ogni rapporto interpersonale; questo è un motivo che può dar ragione dell'avvio di rapporti terapeutici accettanti e tesi alla comprensione, nei confronti di persone che di esse siano portatrici, in quantità tali da preponderare nel campo della loro esistenza. Tali problemi, che hanno, come sopra accennato, una modalità di compensazione tradizionalmente nota nell'omosessualità, ne presentano attualmente altre, come indicato nel caso citato da Compan: il suicidio e la droga.

Tuttavia, sino ad oggi, nessuno di noi si è ancora trovato ad impegnarsi ad affrontare un lavoro sistematico, ad esempio con soggetti tossicodipendenti, sulla base di questi elementi.

Le espressioni a contenuto narcisistico fin qui descritte hanno tutte un elemento comune sul piano fenomenologico: la difficoltà di rapporto con la realtà delle persone e delle cose e del proprio mondo intrapersonale. Secondo i punti del quadro in cui si situano le carenze prevalenti, possiamo riconoscere i vari sviluppi dello stile di vita, che si può presentare caratterizzato in senso semplicemente nevrotico, con più o meno gravi problemi di adattamento verso l'esterno, o in senso francamente psicotico.

I fenomeni fondamentali, che stanno alla base del problema, sono rappresentati dal peso che il bisogno di sicurezza gioca sui processi di individuazione e sulla acquisizione del sentimento sociale.

In tutti gli stili di vita narcisistici riscontriamo una dissociazione dei momenti maturativi, con persistenza di metà di sicurezza arcaiche, assolute, e quindi fittizie, che vengono ad assumere la funzione di invalidare i progetti dell'individuo, naturalmente orientato a raggiungere la superiorità, garantendo la sopravvivenza delle disarmonie ed ostacolando l'emergere del sentimento sociale.

Le enormi potenzialità della psiche umana permettono la coesistenza di vaste e varie escursioni di livelli maturativi nel medesimo soggetto, in un arco biologico e temporale che va dal momento della nascita a quello della morte. Ne può derivare, e l'esperienza clinica lo conferma, che il distacco, maturabile con lo sviluppo autonomo o con l'aiuto dell'analisi, del soggetto dall'immagine simbiotica della madre, non corrisponda (come i pazienti temono) ad un trauma, ma all'avvio di un mutamento processuale del modo di realizzare i sentimenti di sicurezza. Possiamo, d'altra parte, rilevare come, nel corso di rapporti analitici, abbiano occasione di emergere modalità e istanze narcisistiche, in concomitanza alla sperimentazione di cose nuove o all'impatto con cose nuove.

Il tema del narcisismo si connette strettamente al rapporto analitico, all'interno del quale emerge. In questo senso possiamo spiegarci il frequente richiamo alle « resistenze narcisistiche », rilevabili nella letteratura psicoanalitica, che trova un riscontro parallelo nella enunciazione, in termini di « stile di vita narcisistico » proposta dalla psicologia individuale. L'analista adleriano rileva però l'esigenza di inquadrare il fenomeno, che indubbiamente corrisponde al mantenimento di legami simbiotici cristallizzati con la figura della madre, non già in termini di significato sessuale (da questa interpretazione derivano gli sviluppi che stimolano le elaborazioni sempre più complesse prima citate e che non trovano sbocco in soluzioni praticabili, ma finiscono per spostare all'infinito i problemi) ma in termini di senso di sicurezza, perseguito attraverso modalità infantili e pertanto non praticabili nel corso della vita adulta (che è soprattutto vita con gli

altri e non solo con un altro) perché ostacolanti il sentimento sociale (Compan).

Ritengo importante, non solo al fine di dare un contributo allo studio del problema, ma anche per assolvere ai compiti propri di chi si assume funzioni didattiche all'interno della Società Italiana di Psicologia Individuale, puntualizzare alcuni concetti, elaborati nel corso dell'analisi di alcuni casi. La maggior parte degli autori di formazione psicoanalitica sembra affrontare il narcisismo secondo modalità controtransferali selvagge, sostenute da una grande messe di teorizzazioni, anche farraginose, che possono far intravvedere un bisogno di difesa. Il problema sarebbe irrilevante per la nostra scuola, che si fonda su altri concetti, se non accadesse di notare come tali elaborazioni vengano frequentemente riprese negli scritti di analisti adleriani, che sacrificano alla loro esposizione importanti principi di coerenza teoretica, di correttezza analitica e di efficacia terapeutica. Si corre il rischio che le affermazioni dei « grandi nomi » finiscano per sovrastare i dati e le valutazioni critiche ed autocritiche di chi è seriamente ed umilmente impegnato in esperienze analitiche difficili, per le quali i sostegni teorici e culturali sono esigui e talora fuorvianti.

Il narcisismo comporta un approccio semplice a pazienti ed a rapporti che sempre appaiono complessi, e per la quantità di contenuti verbalizzati, e per la qualità e la sistematicità delle sofferenze mostrate. Inoltre, la frequente presenza di momenti narcisistici nel corso di trattamenti con pazienti nevrotici, richiama l'esigenza di una notevole chiarezza di idee e della disponibilità, da parte di ogni analista, ad impegnarsi su una via connotata da coraggio.

La dominante narcisistica dello stile di vita può emergere sin dal primo incontro, come nel caso di M., una giovane donna di 26 anni, venuta a consultarmi in quanto ero l'analista di un suo amico, ponendomi, quale prima richiesta, quella di essere aiutata a trovare il modo per venire completamente accettata dagli uomini senza essere considerata una donna; oppure nel caso di G., un uomo di 30 anni, venuto lamentando impotenza sessuale, perché, in qualche occasione, gli era accaduto di provare, dopo un rapporto, senso di stanchezza fisica; oppure nel caso di S., una donna che mi chiedeva di suggerirle il modo di separarsi dal marito, per andare a vivere con un altro uomo,

che le consentisse di far considerare, anche giudizialmente, il marito in torto; oppure come B., un giovane ventottenne che da tre anni viveva con un partner dello stesso sesso e si sentiva turbato dalle spinte di acceso interesse che avvertiva nei confronti delle donne. Il paziente, nel corso della prima seduta, aveva chiesto il mio aiuto per riuscire a vivere, in piena serenità, un rapporto omosessuale che si imponeva, con lo scopo di sfuggire all'ansia che accompagnava ogni contatto, anche superficiale, con giovani donne.

Può invece accadere che pazienti portatori di problemi assai complessi, esprimenti stili di vita connotati nevroticamente sulla linea della insicurezza e del senso di colpa (primi dati emergenti dall'analisi) mostrino, durante l'evolvere di questa, spunti narcisistici profondamente radicati, tali, ad esempio, da indurli ad allontanarsi da persone per cui provano intensa attrazione, per rifuggire dall'ansia, che si collega a timori, quali la nascita di un figlio in conseguenza di un rapporto sessuale svoltosi in pieno accordo con una partner desiderata, o addirittura, per la sofferenza collegata ad una sensazione di non pieno possesso della persona amata. Citerò tra questi A., studente universitario di 21 anni, venuto da me 5 anni fa per propormi i problemi della sorella maggiore e col quale mi sono trovato ad avviare il rapporto più lungo della mia carriera di analista; infatti, A. è ancora in analisi. Dopo avere insieme scoperto che i problemi della sorella, per quanto lo turbassero, non erano la principale fonte della sua ansia, iniziai con lui un lungo lavoro di raccolta di primi ricordi e del vissuto. Intanto, A. acquistava il coraggio per confessarmi un grosso timore che da tempo lo assillava: quello di avere tendenze omosessuali.

I primi ricordi erano rappresentati da:  
un'emorragia nasale, mentre si trovava sull'automobile del padre;  
un forte senso di disagio, la volta che la madre di un suo coetaneo lo aveva esortato a salutare il figlio dandogli un bacio;  
la paura delle malattie;  
da bambino gli piaceva molto portare la cravatta, come il padre e lo zio.

Durante le sedute, A. tendeva ad affrontare gli argomenti attraverso un'ottica molto complessa, che nonostante l'intelligenza nettamente superiore alla media, raramente gli consentiva

di pervenire a soluzioni abbastanza semplici da poter essere praticabili. Potremmo dire che soleva complicare le cose, al fine di non trovare concrete soluzioni su cui impegnarsi per la realizzazione; in effetti, la elaborazione di progetti in termini di soluzioni gli faceva paura, nel momento in cui, essendo padrone del risultato, avvertiva il suo coinvolgimento pratico rivolto all'attuazione, come un obbligo proveniente non già da lui, ma dall'esterno, anche se il tema in questione era il soddisfacimento di un suo desiderio. A. aveva notevoli difficoltà nei rapporti con gli altri, sia con i familiari che con i coetanei, ed in particolare con le persone dell'altro sesso. A questo suo maggior disagio, cui corrispondeva un disagio minore quando si trovava con persone del suo sesso, collegava il timore dell'omosessualità. Al bisogno di sfuggire alle sue paure, si associa, ed ancor oggi, pur avendo raggiunto importanti conquiste nei settori in cui più si era, da sempre, considerato inferiore, si associa la tendenza ad esporre sogni e fantasie ad occhi aperti. Si rivela in questo una spinta ambivalente a nascondere a se stesso cose che gli fanno paura ed a parlarmi di sé, col risultato di pervenire a meglio conoscersi, attraverso l'esposizione di contenuti e di dinamiche (sogni, fantasie) di cui non si sente responsabile, così come, da bambino, nei confronti dei genitori non si sentiva responsabile delle sue malattie, mentre si sentiva colpevole dei suoi sentimenti e desideri.

I genitori, la madre in particolare, con i loro atteggiamenti ansiosi, di debolezza di fronte agli eventi e di richiesta di un affetto esclusivo verso di loro, in un clima che appariva già saturo di ansie e di difficoltà (si trattava, per altro, di una famiglia alto-borghese senza problemi pratici di sopravvivenza) avevano contribuito a coltivare in lui sentimenti di colpa, per ogni suo interesse o trasporto verso qualcuno o qualcosa che fosse al di fuori della cerchia familiare. Tutto ciò avveniva in un ambito domestico impregnato di rigido moralismo, poco aperto al mondo esterno e timoroso di ogni novità.

Il terreno dei sogni e delle fantasticerie, su cui il paziente aveva iniziato a sviluppare un'attività creativa (disegno e pittura) ha rappresentato il veicolo di elaborazione della maggior parte della conoscenza di sé. La sua attività onirica, ad esempio, era assai frequentemente connotata da contenuti erotici

eterosessuali, che si accompagnavano a polluzioni. Nel contenuto manifesto dei sogni, per i primi due anni di analisi, non è però mai apparso l'atto sessuale, nonostante fossero presenti l'oggetto o gli oggetti d'interesse. Il paziente viveva, in sogno, i vari momenti precedenti la situazione del rapporto, che però, nella fase conclusiva, erano rappresentati da immagini, del tipo essere travolto da una valanga, essere trascinato da un'ondata gigantesca, o essere al centro di un'esplosione, svenire, eccetera. Il risveglio, che frequentemente anche se non sistematicamente interveniva dopo la ejaculazione, era sempre accompagnato da angosce di morte ed A. avvertiva la necessità di controllare se ciò che era passato per la sua mente fosse vero o no, per cui balzava sul letto ed accendeva la luce. Il ritrovarsi sano e salvo nella sua camera lo tranquillizzava solo in parte e il paziente non attribuiva molta importanza al trovarsi bagnato del suo sperma.

L'analisi in serie di questi sogni ha rappresentato un elemento decisivo per il riconoscimento dell'identità sessuale del soggetto e per la graduale elaborazione delle sue paure di morte associate all'immagine dell'orgasmo. Le figure femminili presenti nei suoi sogni, in molti casi, subivano metamorfosi che andavano dall'immagine della ragazza vestita in modo comune, o svestita, a quelle di donne paludate in abiti regali, che assumevano atteggiamenti indicativi di grande prestigio e potere. Ciò ha consentito di portare in luce i suoi intensi sentimenti di inferiorità nei confronti delle donne e, in particolare, di quelle che più gli piacevano, alle quali finiva per attribuire una doppia identità: quella della persona verso cui si sentiva attratto e quella della persona che suscitava invidia ed ostilità perché in possesso di un qualcosa che a lui piaceva e che non aveva. Questo problema assumeva il significato nucleare di una modalità psicotica, in quanto momento capace di determinare sviluppi di tipo perverso, secondo uno schema diametralmente opposto a quello della direzione del sentimento sociale.

Il rapporto terapeutico è sempre stato improntato alla accettazione. Questa, che nelle prime fasi è stata accettazione indistinta (del paziente come persona e del contenuto delle sue immagini) col procedere della individuazione di A. ha potuto evolvere in un processo che consentisse di sviluppare anche il senso critico, senza per questo condurre ad angosce intollerabili. L'iter

dell'analisi si è svolto secondo un lavoro terapeutico che ha potuto pervenire ad un quadro analogo a quello che Erikson definisce « dimensione della tolleranza-indignazione », che consente di liberare il paziente dal ricatto affettivo del doppio messaggio che, durante l'infanzia, la famiglia gli proponeva: « se non fai così non ti vorrò bene », e per aiutarlo a sentirsi individuo definito, in rapporto ad altri individui definiti. A questa evoluzione, nel corso dell'analisi che ha portato alla individuazione dello stile di vita di A., al riconoscimento delle sue metà fittizie, che ancor oggi tende, anche se non più sistematicamente, a riproporsi, corrispondono i mutamenti della sua vita pratica: l'avvio di esperienze di attività politica, al cui interno ha collaudato i suoi rapporti con gli altri, l'avvio di relazioni sentimentali eterosessuali, i primi rapporti sessuali, il completamento degli studi con il conseguimento della laurea in modo molto brillante, l'acquisizione della capacità di farsi accettare, la scoperta, anche conflittualmente vissuta, di amare una donna, pur sapendo e constatando di continuare ad amare molto se stesso.

L'analisi ha comportato e tuttora comporta uno stato di dipendenza. All'insegna di questa, A. ha potuto e saputo fare, nel mondo, delle cose da cui inizia a trarre elaborazioni di esperienza.

La relazione terapeutica ha proceduto, da parte del paziente, da vissuti soggettivi di rifiuto, a momenti di bisogno di accettazione simbiotica, ad altri di crisi « adolescenziale ». La fase odierna è, forse, paragonabile ad un momento post-adolescenziale (Sullivan) con degli spunti adulti. Talvolta accade che A. si dichiari incapace di leggere chiaramente tra le righe dei suoi sentimenti e delle sue azioni e che senta molto faticoso sforzarsi di comprendere un'altra persona. Questo senso di fatica non compare quando egli mette le sue capacità al servizio dello scopo di conquistare qualcuno. In questi casi, mostra di saper esercitare la comprensione e se ne compiace. La sua attuale maturazione non è perciò esente da spunti egocentrici ed onnipotenti, che talvolta danno origine a comportamenti con note sadiche.

L'analisi ha contribuito alla evoluzione della personalità globale; ha favorito la chiarificazione degli elementi più arcaici, che pur essendo oggetto di elaborazione, rimangono sempre

meno avanzati rispetto ad altre componenti del soggetto. Viene da chiedersi come valutare, nell'insieme, il cambiamento: direi che ciò che in precedenza era un handicap narcisistico, inserito in uno stile di vita nevrotico, si è trasformato in una personalità che ha una certa tendenza a prevalere sugli altri, e che di questo è consapevole, come sa anche di poter attingere aiuto dall'analista (dimensione della dipendenza) che discute criticamente con lui le proposte e le richieste, cercando di comprendere cosa stia o no dal lato utile della vita.

Osserviamo che il narcisismo può essere un ingrediente avvertibile in ogni persona, oppure prevalere al punto di rappresentare la caratteristica principale dello stile di vita; allora, l'amore infantile di un soggetto per se stesso è la direzione su cui si articolano le sue mète. Tutto questo può valere, sia per quadri di personalità turbate da modalità psicotiche grossolane, sia per altri, in cui l'amore per sé si insinua in modi più sottili e concomita con delle buone capacità di rapportarsi agli altri ed all'ambiente e con la presenza di scopi e di compensazioni riferiti al bisogno di ottenere gratificazioni dirette e di evitare (in modo massimizzato) momenti frustranti, anche transitori. Nell'insieme, il narcisismo rappresenta una compensazione al sentimento di inferiorità ed un aspetto della volontà di potenza riflessa sul soggetto.

Queste considerazioni portano a rivalutare concetti fondamentali, quali la concezione freudiana del processo primario, assimilabile, sul piano fenomenologico, alla concezione adleriana della inferiorità e della sua compensazione attraverso l'onnipotenza. Le divergenze interpretative tra la psicologia individuale e la psicoanalisi sono relative ai diversi sviluppi che tali concezioni hanno subito; la psicoanalisi ha teso a dare al quadro dei contenuti (quelli libidici); la psicologia individuale ha maggiormente approfondito lo studio dei fenomeni, riservandosi di affrontare i « contenuti » in modo individualizzato, rifiutando ogni generalizzazione confusiva. Questo produce, ovviamente, uno sviluppo più ampio, più aperto, che consente all'analisi maggiori quantità e qualità di riconoscimenti e di elaborazioni. Per la psicologia individuale, il narcisismo è un fenomeno processuale, non una etichetta, così come la dipendenza non è sempre un problema drammatico, purché il lavoro analitico si svolga

correttamente ed abbia il suo epilogo in quella fase di ricostruzione e di collaudo che rivaluta e conclude le precedenti, verificando anche la praticabilità dei prodotti dell'analisi stessa. La ricerca di compensazioni valide e positive si inserisce in uno stile di vita orientato al sentimento sociale, che trova espressione nel clima del rapporto terapeutico. E' come il raggiungimento di un modello, non precostituito, derivante da una sintesi elaborata con una maggior ricchezza di elementi e, per la quale, analista e paziente sono impegnati in una alleanza.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Über der nervosen charakter.* Bergmann, Monaco, 1912.
- ADLER A.: *Praxis und théorie der individual psychologie.* Bergmann, Monaco, 1920.
- ADLER A.: *Menschenkenntnis.* Hirzel, Lipsia, 1926.
- CASTELLO F.: *Il contesto relazionale come base di lettura della realtà. Note per un approccio antropologico, sociologico, psicologico e biologico globale.* Atti dell'Accademia Ligure di Scienze e Lettere, XXXV, 1978.
- COMPAN F.: *Narcissisme et sens social.* Bulletin de la Société Française de Psychologie Adlérienne, octobre, N. 35, 1979.
- ERIKSON E.H.: *Childhood and society.* W.W. Norton & Co. Inc., New York, 1954.
- FURLAN P.M., ROVERA G.G.: *Indicazioni e risultati in psicoterapia; contributi delle teorie sul narcisismo,* dal vol. *Indicazioni e valutazione dei risultati della psicoterapia,* a cura di V. Volterra, Patron, Bologna, 1980.
- HARTMANN H.: *Ego psychology and the problems of adaptation.* Int. Un. Press, New York, 1958.
- KERNBERG O. (1975): *Sindromi marginali e narcisismo patologico.* Boringhieri, Torino, 1978.
- KOHUT H.: *Le soi.* Puf, Paris, 1974.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.: *Vocabulaire de la Psychanalyse.* Presses Univ. de France, Paris, 1967.
- PARENTI e Coll.: *Dizionario ragionato di psicologia individuale.* Cortina, Milano, 1975.
- SPOTNIZ H.: *Tecniche per la risoluzione della difesa narcisistica,* da Volman B.L. (1967): « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche », Astrolabio, Roma, 1974.
- SULLIVAN H.S.: *The psychiatric interview.* W.W. Norton & Co. Inc., New York, 1963.
- WATZLAVIC P. e altri: *Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes.* W.W. Norton & Co. Inc., New York, 1967.

CHIARA MAROCCHI MUTTINI \*

## A PROPOSITO DI UN'ESPERIENZA DI GRUPPO ETEROCENTRATO

L'U.I.C.C. (Unione internazionale contro il cancro) ha attuato in vari paesi del mondo (Canada, Australia e Italia) un « progetto pilota » sull'argomento della prevenzione del cancro. Il progetto si rivolgeva ai medici generici per sensibilizzarli, nell'ottica che il momento dell'interesse e dell'attenzione rivolta alle malattie neoplastiche possa costituire di per sé un elemento favorevole alla prevenzione oltre che condurre a nuovi contributi tecnico-scientifici.

Il progetto è stato condotto per l'Italia a Torino attraverso il reclutamento volontario di medici generici i quali si riunivano settimanalmente in piccoli gruppi (10-15 partecipanti al massimo). Il gruppo era diretto da un « conduttore » e un co-conduttore, entrambi medici, con specialità in neuropsichiatria e « training » psicoterapeutico di scuola adleriana (Amerio, 1975; Kadis, ecc., 1975).

L'argomento di discussione del gruppo era quello, genericamente presentato, della « prevenzione al cancro » in tutti gli aspetti ed accezioni interpretabili. La presenza di un compito era quindi costitutiva di un gruppo « eterocentrato » (Lai, 1976; Scilligo, 1973; Yalom, 1974) e compiti dei conduttori erano sia di dirigere e sollecitare la produttività, sia di far osservare la consegna intervenendo nei casi di tendenza all'autocentramento. Il metodo seguito pertanto si rifà come matrice ad esperienze psico-formative di scuola europea, che sulla traccia di Balint (1957 e 1961) hanno messo a punto tecniche di apprendimento in campo relazionale indirizzate a operatori sanitari (Rusconi, 1975; Rovera, 1972; Starr, 1977; Rovera, 1979; Sapir, 1972; Schutzenberger, 1970).

---

\* Assistente ordinario presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino.

Il presente lavoro nasce come analisi dell'esperienza, nella quale io avevo la funzione di conduttore di uno dei gruppi. Mentre in un'altra pubblicazione si traccia un consuntivo dei risultati in base ai questionari compilati al termine (Rovera e altri, 1979), qui è mio scopo descrivere nel suo svolgimento quanto è avvenuto nella situazione di gruppo, cercando di osservare e interpretare i fenomeni osservati.

Ogni incontro settimanale per la durata di 11 settimane era suddiviso in due sedute, separate da un breve intervallo. Pubblico a titolo di esempio la sintesi dello svolgimento di due sedute, scelte come particolarmente significative, mentre delle altre riferisco i momenti più rilevanti, cercando di evidenziare la presenza di un filo conduttore.

Alla prima seduta emerge che nessuno dei partecipanti ha precedenti esperienze di partecipazione ad un gruppo. Tutti si dimostrano interessati al tema e dicono di aver aderito all'iniziativa per curiosità oltre che per il desiderio di aggiornarsi e essere informati di novità in campo diagnostico e terapeutico.

Si aspettano di ricevere tale aggiornamento nel gruppo come se i conduttori fossero « esperti di oncologia ». Manifestano un certo disorientamento e delusione nell'apprendere meglio le finalità e modalità del progetto.

Un altro elemento di delusione viene denunciato nel riconoscimento che ogni sforzo e risultato sarà comunque vanificato da una realtà sociale in cui ogni aspetto (organizzazione sanitaria come politica, burocratica come economica) è degradato.

Proprio in queste prime frustrazioni vissute insieme sembra che il gruppo trovi una sua identità: i vari partecipanti mettono a confronto le loro esperienze deludenti, i tentativi mal riusciti per tenersi informati, l'isolamento culturale nel quale i medici generici sentono di trovarsi, la mancanza di collaborazione con gli specialisti, la difficoltà di gestire il malato di cancro, la sensazione che gli operatori e le strutture sanitarie agiscano a « compartimenti stagni » senza una fattiva collaborazione.

Per la prevenzione sarebbe necessario modificare queste situazioni, migliorare la relazione di comunicazione sia tra medici a vari livelli, sia tra medici e pazienti.

Della seconda parte del primo incontro si offre la sintesi dettagliata perché appare come uno dei momenti essenziali per

cogliere l'espressione del significato del gruppo. Il medico si dibatte tra molteplici difficoltà, sia per quanto riguarda la propria formazione professionale e in particolare l'aggiornamento, sia per la pratica quotidiana della sua attività. Le carenze dei servizi di diagnosi causano al medico gravi sensi di colpa ogni volta che il suo paziente si ammala: quale opera di prevenzione si può fare, quando non è possibile tecnicamente eseguire screening di massa? Si osserva che attraverso una migliore informazione e consapevolezza dei pazienti, i medici stessi potrebbero migliorare la loro prestazione professionale, volgersi ad un'opera di educazione, non solo di somministrazione di pillole. Un miglior rapporto medico-paziente è auspicabile sia per la soddisfazione del medico che per la salute dell'utente ed ogni opera di prevenzione non può prescindere dal rapporto di fiducia tra medico ed assistito. Il medico ha bisogno di essere tecnicamente preparato, per saper fornire risposte motivate agli interrogativi e non lasciarsi vincere da istanze emotive di scoraggiamento. Ecco l'esigenza per il medico di trovare direttive di comportamento soddisfacenti nel trattamento dei pazienti cancerosi, comportamenti in cui la preparazione culturale e la corretta partecipazione emotiva siano i due momenti significanti.

La formulazione di questo codice di comportamento richiederebbe di continuare la discussione, che viene interrotta con espressioni di rammarico dei partecipanti.

Nel *secondo* incontro si osserva che i partecipanti sono tornati al pessimismo iniziale, per la delusione di non trovare nel conduttore uno specialista oncologo e di non avere possibilità di far poi pesare le proprie conclusioni. Si osserva però una rapida risoluzione della tendenza al pessimismo, come un superamento quasi immediato della posizione mantenuta durante l'incontro precedente e tutti ritornano alla volontà di collaborare e alla utilità delle discussioni come mezzo di comunicazione e di collaborazione.

Durante le due sedute si assiste a una fluttuazione ripetuta tra il pessimismo passivo e la volontà di agire. Si viene organizzando un contributo creativo sul tema delle cause dei tumori, tema sul quale ognuno vuole portare il suo punto di vista (fumo, inquinamento, stress, ecc.) e sul tema del comportamento deontologico col malato canceroso. Il gruppo cerca nella discussione

di trasmettersi informazioni, il che sembra indicare un bisogno di rassicurarsi attraverso delle posizioni analoghe.

Risulta come il gruppo vada svolgendo dei quesiti, a cui cerca di dare proprie risposte, come quindi l'atteggiamento sia diventato attivo e creativo. Si arriva ad alcune considerazioni:

1) cancro = morte è un'equazione inesatta che deriva da una informazione irrazionale;

2) l'equazione ha valore presso il paziente, al quale non si può quindi parlare del male quando è già presente;

3) si può invece svolgere un'azione di prevenzione presso il paziente in due modi:

a) facendo accertamenti periodici sulla sua salute;

b) cercando di educarlo a limitare le esposizioni a noxae patogene;

4) l'educazione del paziente può compiersi attraverso il sussidio di mezzi quali giornali, cartelli esplicativi da porre negli ambulatori, ed è proprio il medico generico quello che gode del maggiore spazio educativo per il suo ascendente su paziente e famiglie.

Nel *terzo* incontro è evidente come l'iniziale passività sia ormai superata e come il gruppo abbia acquistato fiducia sia nelle proprie risorse creative, sia nell'importanza che, in quanto struttura, può acquistare all'esterno.

Sono proposte varie iniziative sia a livello di educazione sanitaria dei pazienti, come già era stato avanzato nelle sedute precedenti, sia agendo come gruppo che si rivolge ad altre strutture sociali (Ordine dei Medici, Comuni, ecc.) per sensibilizzare alla difesa dai principali agenti patogeni riconoscibili (quelli già considerati nelle riunioni precedenti e altri che via via sono individuati).

E' da segnalare come venga valorizzato il gruppo come modalità di approccio ai problemi, sia per quanto riguarda l'informazione del pubblico, sia l'aggiornamento professionale, il che indica da parte dei partecipanti una soddisfazione personale e un sentimento di coesione e partecipazione prima non ancora identificati.

Nel *quarto* incontro si confermano alcuni dati acquisiti nei precedenti, come il significato positivo che la professione medica ha, il senso di compiere una funzione sociale determinante, anche sul versante educativo, non solo terapeutico. La funzione educativa potrebbe venire svolta mediante la costituzione di piccoli gruppi di pazienti, il che è dimostrazione ulteriore della validità che l'esperienza del gruppo ha assunto per i partecipanti stessi. Viene privilegiata questa modalità di apprendimento rispetto ad ogni altra (mass media, giornali, libri divulgativi) che sono talora considerati persino negativi perché veicolo di possibili travisamenti e distorsioni dell'informazione. Esiste oggi una richiesta da parte dell'utente, alla quale il medico deve saper rispondere in modo adeguato, informando senza allarmare, approfondendo l'indagine sulla salute senza creare bisogni inutili a cui le strutture sanitarie esistenti poi non potrebbero far fronte.

Nella *quinta* riunione vengono ulteriormente approfonditi alcuni temi di prevenzione, già presi in esame:

- 1) le noxae patogene;
- 2) l'educazione sanitaria;
- 3) gli screening di massa.

I sanitari presenti si scambiano informazioni e opinioni in un clima di collaborazione, di interesse reciproco, di partecipazione emotiva, che testimoniano il perdurare della disposizione creativa.

Viene riaffermata da molti la disponibilità personale a far da tramite fra il gruppo e la società, testimoniando all'esterno con iniziative condotte in prima persona i risultati raggiunti col lavoro di gruppo.

L'unica nota pessimistica rilevata è ancora quella circa le carenze delle strutture sanitarie pubbliche, le quali non sosterranno adeguatamente le iniziative dei medici. Anche in questo caso sembra però che il gruppo si sforzi di trovare delle soluzioni concrete al problema, assumendosi quindi in proprio le responsabilità piuttosto che demandandole ad altri.

Nella *sesta* riunione vengono dibattuti in prevalenza problemi tecnici legati alle modalità di interventi nei vari casi, tenendo conto delle differenze di diagnosi, di decorso, di prognosi nei vari tumori a seconda del sesso, della localizzazione, dell'età di

sorgenza. Di nuovo si ripropongono oscillazioni tra la passività, che consiste nel demandare ad altre organizzazioni (fabbriche, ecc.) i dépistages di massa, e l'attività che si traduce nella cerca dei comportamenti che il medico generico, e quindi il gruppo che lo rappresenta, possa adottare. Ancora il senso di appartenenza al gruppo e la fiducia che tale sentimento contribuisce a infondere nel singolo portano a una soluzione: nel rapporto fiducia tra medico e paziente, e tra medico e famiglia, si gioveranno caso per caso le soluzioni più idonee, si prenderanno i provvedimenti più opportuni, nei quali ancora la cultura scientifica sia temperata dalla sensibilità umana.

All'inizio della *settima* riunione sembra nuovamente prevalere un atteggiamento passivo. Altri prendono iniziative, alle quali si può aderire, in forma di spettatori più che di attori. E spettatori i medici continuano a sentirsi di fronte a vari fenomeni che vedono insolubili, soprattutto quello delle carenze del sistema sanitario, che rischia di vanificare ogni sforzo e di gettare anzi discredito sulle iniziative in campo di prevenzione. Il pessimismo par quindi dominare la prima seduta, mentre nella seconda riprende lo sforzo per aggirare gli ostacoli burocratici e trovare soluzioni positive. Rispetto ai gruppi di sedute precedenti si può osservare il prevalere di un atteggiamento che potrebbe essere positivo ma temperato da una coscienza dei propri limiti. Il medico non è onnipotente » è già stata l'osservazione di uno. « Non reclamizziamo un prodotto (la prevenzione) che poi non siamo in grado di fornire (i dépistages di massa) ». Essere utili, agire con responsabilità per salvaguardare in primo luogo il rapporto di fiducia con l'utente.

Lo stesso atteggiamento di autocritica e di moderazione viene riproposto nell'*ottava* riunione nella quale è riaffermato il principio della utilità di una educazione sanitaria condotta sia rettamente sia attraverso mezzi audiovisivi, educazione che riguarda però su un piano generale per non sollecitare richieste oppure specifiche alle quali non è poi possibile rispondere. L'educazione sanitaria deve quindi far parte di un programma di istruzione alla quale ogni cittadino ha diritto, e che la popolazione è già matura per accettare. Non è corretto distinguere la prevenzione del cancro da ogni altra forma di protezione della salute; ogni intervento in campo preventivo deve essere portato sulla

salute in generale, solo così non susciterà nel paziente quelle ansie che l'argomento « cancro » potrebbe produrre. Una prevenzione mirata solo al cancro rischia di tradursi in un aumento dell'ansia o di essere rifiutata. Il medico stesso, identificandosi nel paziente, scopre che anche in lui le ansie sul tema cancro non sono risolte; eppure fra i suoi compiti vi è quello di fornire sostegno e speranza al paziente, compito nel quale il rapporto psicologico e la relazione interpersonale sono privilegiati sull'aspetto tecnico della pratica medica.

Nella *nona* riunione si pone l'accento sui riflessi sociali che l'educazione sanitaria e la prevenzione attuata sul singolo possono comportare. La cura della propria salute ha anche il significato di senso di responsabilità e di rispetto per gli altri, il che si traduce in un vantaggio per la collettività.

La funzione del medico quindi si esercita anche nei riguardi della società in genere e proprio a questo livello il lavoro svolto dai gruppi può acquistare una risonanza e un significato primari.

L'opera di prevenzione deve attuarsi quindi a due livelli, nel rapporto col singolo e come discorso generale condotto a livello di organizzazioni (Ordine dei Medici, ecc.) e attraverso i mezzi di informazione.

Si è assistito così ad un ritorno a un maggiore ottimismo, alla consapevolezza che una fattiva collaborazione da parte dei medici del gruppo può essere attuata.

Della prima parte della *decima* seduta viene presentata una sintesi dettagliata perché si ritiene particolarmente significativa. Viene innanzitutto osservato che se gli incontri di gruppo finissero a questo punto darebbero pochi frutti, mentre questi dovrebbero essere la prima di una serie di iniziative a carattere e frequenza periodici, volte a scambiare idee, esperienze, informazioni.

La partecipazione al gruppo ha fatto prendere coscienza dell'isolamento nel quale i singoli sanitari operano e della opportunità che l'isolamento sia superato, anche attraverso riunioni informali, autogestite. Viene anche puntualizzata la richiesta di divulgare i risultati del « project pilot » attraverso riunioni di consuntivo e pubblicazione della documentazione. Il medico si trova in una posizione chiave riguardo alla prevenzione; di qui

la necessità di essere sensibile egli stesso al tema per poterlo affrontare nel suo lavoro e trovare le soluzioni possibili nonostante le difficoltà tecniche di attuazione.

L'esperienza in gruppo può servire per sensibilizzare altri colleghi e l'opinione pubblica. E' stata utile e piacevole, è servita ad allargare la sfera degli interessi, ad aprire nuovi sentimenti, a far sorgere affetti. « Abbiamo guadagnato qualcosa sul lato umano, non solo scientifico », conclude un medico.

Il medico agirà meglio non come privato cittadino ma sentendosi parte di una struttura pubblica per avviare un discorso di protezione dell'ambiente, di osservanza di norme di sicurezza in campo di lavoro nocivo, che appaiono come le principali forme di tutela della salute.

Anche nella seconda parte della decima seduta riemergono il sentimento di appartenenza al gruppo, inserito a sua volta in un contesto sociale più vasto, nel quale è necessario e auspicabile agire.

*L'undicesima* e ultima riunione sollecita ad un ulteriore bilancio dell'esperienza che viene giudicata in modo nettamente positivo. I medici si dicono disponibili ad altre esperienze analoghe, si chiedono perché questa stessa abbia avuto un numero di adesioni piuttosto modesto. Ritengono che il metodo del gruppo sia stato « proficuo » e individuano alcuni risultati raggiunti:

- 1) una maggiore sensibilità al tema del cancro, che verificano giorno per giorno nella loro attività professionale;
- 2) una maggiore attenzione e disponibilità psicologica ai problemi dei malati, sia specifici del cancro, sia altri;
- 3) una accresciuta tendenza ad informare i malati in tema di prevenzione delle malattie in genere e del cancro in particolare;
- 4) una disposizione genericamente più ottimistica seppure moderatamente » riguardo alle possibilità concrete per il medico di agire in modo efficace.

Nell'ultima riunione viene letta da un partecipante una monografia conclusiva, stilata con la collaborazione di tutti, scritta in questa della seduta congiunta con gli altri gruppi e gli organizza-

tori del Pilot Project, dove le varie esperienze sono poi state messe a confronto e discusse. Tale mozione viene presentata in Appendice.

### *Considerazioni e conclusioni*

Non interessa in questa sede entrare nel merito dei contenuti emersi nel corso del lavoro del gruppo, per quanto questo aspetto sia interessante e possa essere in altra occasione preso in esame anche in vista di un proseguimento del progetto pilota.

Voglio invece considerare alcuni elementi di carattere psicologico emersi, che appaiono verosimilmente legati alla situazione di gruppo come tale.

All'inizio nessuno tra i partecipanti pone l'accento, tra i motivi della propria adesione, allo stimolo a condividere l'esperienza del gruppo di per sé. Eventuali esigenze di carattere psicologico profondo rimangono quindi inespresse o inconsapevoli. E' l'apprendimento stesso, l'informazione, ciò a cui mirano, mentre non ha importanza la modalità per raggiungerla. Il tema è considerato interessante, in qualunque modo venga offerto: conferenza, seminario, congresso, gruppo. Non viene privilegiata alcuna di queste forme di informazione rispetto alle altre. Le persone si ritengono quindi all'inizio spettatori di qualcosa che si viene svolgendo davanti a loro. Si aspettano anzi che siano i conduttori a giocare la parte attiva, a informarli. Quando divengono chiare le regole e gli scopi dell'esperienza si mostrano delusi: i conduttori non sono dei tecnici, degli esperti che distribuiscono il sapere, e appaiono quindi come figure « inutili ». L'abitudine a recepire in modo passivo delle informazioni, probabilmente risalente a un condizionamento offerto dal sistema scolastico, disorienta quando il gruppo è paritetico, democratico, e quindi il conduttore non ha una posizione « autoritaria » (cfr. Kadis, 1975; Anzieu, 1972).

Un altro elemento di delusione viene subito denunciato nel convincimento che ogni sforzo o risultato sarà comunque vanificato dalla realtà sociale, poco suscettibile di cambiamenti in meglio ma piuttosto degradata in ogni manifestazione del vivere

(l'organizzazione sanitaria come la burocrazia, l'economia, la politica, ecc.).

Il gruppo inizia quindi il lavoro su una posizione di passività e di pessimismo circa il significato del suo costituirsi e operare.

Viene però individuato attraverso la discussione che alcuni punti di delusione o di malcontento sono comuni ai vari partecipanti. Emerge un sentimento di isolamento, di mancanza di comunicazione tra medici e tra medico e paziente. Proprio nella esigenza di comunicazione si viene quindi a individuare un punto di contatto fra i partecipanti, un loro scopo comune che può permettere di superare le frustrazioni iniziali. Si comincia così a delineare una organizzazione del gruppo. Lo scopo non pare più irraggiungibile o vano: attraverso gli incontri si possono confrontare esperienze, scambiare nozioni, individuare regole di comportamento, superare angosciosi sentimenti di impotenza di fronte alla malattia. Il medico non è più un passivo esecutore di terapie o di esami ma diventa protagonista, ritrova un suo ruolo nella società.

La comunicazione vuol dire scambio di informazioni ed anche partecipazione emotiva con gli altri, sia fra medici, sia nel rapporto col paziente. L'intervento del medico torna ad avere un significato positivo: attraverso una maggiore conoscenza tecnica e un migliore controllo emotivo il medico può intervenire nella relazione interpersonale col paziente, spesso vissuta dal medico come insoddisfacente e frustrante rispetto alle sue motivazioni e aspirazioni (Castello, 1975).

L'organizzazione del gruppo si attua quindi intorno alla rivalutazione della figura del medico; ognuno partecipa di questa nuova fiducia che il gruppo ha nel significato del ruolo del medico e la posizione passiva e pessimistica iniziale si volge in una collaborazione attiva.

Il successivo andamento degli incontri dimostra come, anche se persistono fluttuazioni tra le opinioni di vanità degli sforzi e la volontà di agire, la conquista di una nuova consapevolezza del proprio ruolo e di un nuovo atteggiamento tanto nei confronti della fiducia in se stessi, quanto nell'apertura verso il mondo esterno, sia una acquisizione stabile. Questo risultato

conferma l'opinione di molti sulla opportunità di una formazione psicologica del medico (Balint, 1961; Castello, 1975).

L'analisi dell'andamento delle varie sedute offre quindi argomenti a sostegno della scelta metodologica del gruppo eterocentrato come modalità di apprendimento. L'esperienza viene infatti giudicata soggettivamente proficua e oggettivamente ha fornito un contributo creativo non trascurabile. Ha quindi risposto in modo pienamente soddisfacente alle aspettative dei partecipanti e ai progetti degli organizzatori.

L'esperienza risulta particolarmente significativa sotto l'aspetto psicologico-terapeutico. A conferma di quanto la letteratura concordemente afferma (Scilligo, 1973; Lai, 1976; Yalom, 1974), nel gruppo si compiono movimenti psicologici importanti, anche quando non vengano ricercati come finalità. Il gruppo in oggetto, ad esempio, come già osservato all'inizio, non presentava consapevolmente delle richieste di carattere psicologico. I membri erano stati riuniti dal caso e non presentavano esigenze di carattere psicologico più di qualsiasi individuo considerato « ben adattato ».

Quando l'insieme dei medici è venuto a costituirsi in gruppo strutturato, si sono rivelati dei sentimenti che possiamo considerare come « sentimenti del gruppo »: bisogno di rassicurazione, passività da un lato, entusiasmo, partecipazione emotiva dall'altro lato, dapprima con fluttuazioni e instabilità; sentimenti che via via sono evoluti ad una situazione di emotività controllata definita nel gruppo stesso come « moderato ottimismo ».

Il fenomeno si riflette evidentemente sulla creatività del lavoro di gruppo, che dà luogo a determinate conclusioni riferite nella sintesi elaborata dai partecipanti (Appendice), ma ha conseguenze anche di tutt'altra portata. Infatti i singoli partecipanti sentono avvenuta una trasformazione nel loro atteggiamento emotivo: « abbiamo guadagnato qualcosa sul lato umano », sintetizza uno di loro. Questo mi pare uno degli aspetti più significativi a conclusione dell'esperienza, che risulta positiva proprio in quanto contribuisce ad un arricchimento affettivo personale, ad un migliore adattamento agli altri, ad una integrazione della personalità, ad un più alto livello di sentimento sociale, che costituisce la finalità che la psicologia individuale si propone di perseguire (Adler, 1971 e 1975; Orgler, 1970; Parenti, 1974).

## *Appendice*

### SINTESI CONCLUSIVA SUI RISULTATI DEL LAVORO DI GRUPPO ELABORATA DAI PARTECIPANTI

I componenti del suddetto gruppo, dopo molteplici dibattiti sul tema della prevenzione del cancro, e dopo aver vagliato numerosi e complessi aspetti del problema, che riveste importante interesse individuale e sociale, unanimemente ritengono di dover fissare alcuni punti che sono emersi e che a loro parere sembrano rivestire maggiore importanza. I punti fondamentali sono i seguenti:

- 1) propongono una mozione scritta da inviare all'Ordine dei Medici della provincia di Torino e, se del caso, agli organi ordinistici superiori in sede nazionale;
- 2) propongono di studiare in collaborazione con le Autorità competenti, per ora in sede loco-regionale, la migliore utilizzazione delle strutture ospedaliere e non ospedaliere nell'opera di prevenzione contro il cancro;
- 3) sensibilizzare e coinvolgere gli Enti Pubblici, o per lo meno sentire il parere sulla possibilità dell'utilizzazione degli Uffici d'Igiene e Profilassi locali, provinciali e regionali;
- 4) sollecitare riunioni al vertice fra Ordine dei Medici e vari Istituti che possano collaborare ed eventualmente preparare gruppi di medici già sensibilizzati al problema (siano essi a carattere universitario che nell'ambito degli Ospedali d'insegnamento);
- 5) promuovere una maggiore collaborazione fra medici di base e non, e Autorità Sanitarie (es.: Ordine dei Medici ed eventualmente CPA);
- 6) prendere contatti, ai fini di una preparazione dei medici e, per lo studio a carattere eziologico, con l'Istituto di Patologia Generale dell'Università;

7) riunioni periodiche almeno due volte all'anno del gruppo che si è rivelato anche dal punto di vista del rapporto interpersonale denso di contenuti umani; i componenti di esso sentono quindi l'esigenza di rafforzare tali contenuti;

8) per i riflessi sociali che il problema ha rivelato, da alcuni è stato proposto il contatto con la Società di Medicina Sociale;

9) promuovere opera di persuasione, in quanto la prima forma di prevenzione per il cancro è di agire in senso ecologico, cioè di tutela fisica dell'ambiente;

10) trovare i mezzi più idonei per la informazione corretta e alla portata dei cittadini, utilizzando tutti i canali possibili, senza però cedere a un'eventuale strumentalizzazione del potere politico ed economico.

## RIASSUNTO

*L'autrice descrive un'esperienza di conduzione di un gruppo eterocentrato, costituito da medici generici, nell'ambito di un progetto pilota promosso dall'U.I.C.C. (Unione internazionale contro il cancro), a proposito della prevenzione delle malattie neoplastiche.*

*Vengono descritti e commentati i principali contenuti considerati dai partecipanti durante le sedute di gruppo, e vengono rilevati alcuni aspetti psicologici emergenti nello svolgimento dell'esperienza.*

*Si sottolineano gli aspetti positivi del tipo di metodo scelto soprattutto per quanto riguarda lo sviluppo del sentimento sociale.*

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Il temperamento nervoso*. Newton Compton It., Roma, 1971, trad. Di Piazza-Cervini.
- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*. Newton Compton It., Roma, 1975, trad. F. Parenti.
- AMERIO P., BORGOGNO F.: *Introduzione alla psicologia dei piccoli gruppi. Teoria e sperimentazione clinica*. Ed. Giappichelli, Torino, 1975.
- ANZIEU D.: *Dynamique et processus de groupe*. Da: Pratique de la Psychothérapie de groupe, a cura di Schneider P.B., Giunti e Barbera, Firenze. Presse Univ. de France, Paris, 1972.
- BALINT M.: *The doctor, his patient and the illness*. Ed. Witman, London, 1957. Trad. ital.: « Medico, paziente e malattia », ed. Feltrinelli, Milano, 1961. Trad. di C. Ranchetti.
- BALINT M., BALINT E.: *Psychotherapeutic techniques in medicine*. Ed. Tavistock Publications, London, 1961. Trad. ital.: « Tecniche psicoterapiche in medicina », ed. Einaudi, Torino, 1970, trad. di L. Schittar.
- BOGETTO F., ANGELINI G., FASSINO F., ROVERA G.G., TORRE E.: *Lo psicodramma: indicazioni nella pratica psicoterapeutica*. Atti del Convegno di Psicoterapia, Perugia, 1979 (in stampa).
- CASTELLO F.: *Rapporto medico-paziente e medicina mutualistica*. Riv. Psicol. Individuale, Milano, III, n. 3, 39, 1975.
- KADIS A.L., KRASNER J.D., WINICK C., FOULKES S.H.: *Manuale di psicoterapia di gruppo*. Ed. Feltrinelli, Milano, 1975. Trad. ital. di Ceccarelli e Viviano.
- LAI G.: *Gruppi di apprendimento*, ed. Boringhieri, Torino, 1976, 2<sup>a</sup> edizione.
- ORGLER H.: *Alfred Adler e la sua opera*. Astrolabio, Roma, 1970. Trad. di M. Montanari.
- PARENTI F.: *Prospettive per una psicoterapia di gruppo su base adleriana*. Rivista Psicologia Individuale, n. 2, 15, 1974.
- ROVERA G.G.: *Aspetti formativi e operativi dell'infermiere psichiatrico*. Il Lavoro Neuropsichiatrico, Roma, 3, 1, 1973.
- ROVERA G.G., ANGELINI G., BOGETTO F., MUTTINI C., ZUCCOLIN M.: *Ricerca pilota dell'U.I.C.C. Gruppi eterocentrati su medici di base*. Minerva Psichiatrica, ed. Minerva Medica, 1979.
- RUSCONI S.: *I processi di identificazione all'addestramento psicologico*. In: Luban Plozza B., Antonelli F.: « Introduzione ai gruppi Balint ». Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.

SAPIR M.: *La formation psychologique du médecin*. Ed. Payot, Paris, 1972.  
Trad. ital.: « La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi ».  
Ed. Etas Libri, Milano, 1975.

SCHUTZENBERGER A.A.: *Précis de psychodrame*. Ed. P.U.F., Paris, 1970. Trad.  
ital.: « Lo psicodramma ». Ed. Martinelli, Firenze, 1975. Trad. di M.  
Fiore e L. Micati Zena.

SCILLIGO P.: *Dinamica dei gruppi*. Ed. S.E.I., Torino, 1973.

STARR A.: *Psycodrame: rehearsal for living*. Ed. Nebon Hall, Chicago, 1977.

YALOM I.D.: *The theory and practice of group psychotherapy*. Ed. Basic Books,  
New York, 1970. Trad. ital.: « Teoria e pratica della psicoterapia di  
gruppo ». Ed. Boringhieri, Torino, 1974. Trad. di A. Ravazzolo.

FRANCESCO CASTELLO \*

LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE  
COME STRUMENTO DI VERIFICA  
DI INIZIATIVE SOCIALI.  
CONSIDERAZIONI ANALITICHE  
SULLA RIFORMA SANITARIA

La teoria individualpsicologica, per la specifica attenzione da essa rivolta alle finalità ed alle mète, consapevoli o inconsce, reali o fittizie, può dare un notevole contributo alla verifica di congruenza di programmi e di progetti riguardanti la collettività, sia come elaboratrice che come oggetto dei medesimi.

Un campo di enorme interesse, anche in rapporto alla importanza dei contenuti che lo contraddistinguono, è rappresentato, tra gli altri, dal processo della Riforma Sanitaria, avviata con l'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978.

Il provvedimento è la traduzione in pratica di alcuni principi della Costituzione Repubblicana, dalla quale discende con notevole coerenza, ma con un altrettanto notevole distacco cronologico. Nel lungo periodo intercorso tra le due promulgazioni si era infatti venuta a creare, nelle varie componenti politiche e sociali interessate, una problematica relativa al tentativo di imporre addirittura, come proveniente da iniziative autonome e non già vincolate dal dettato costituzionale, la propria tesi sul fare o non fare la Riforma, in totale dispregio alla stessa legge su cui la collettività nazionale si fonda.

Tale disputa è tuttora aperta, tanto che la legge 833 è stata accusata di « incostituzionalità » ed è tuttora pendente un procedimento in seno alla Corte Costituzionale. L'accusa è riferita non alla legge nel suo insieme, ma ad alcuni dettagli, nei quali

---

\* Analista e Didatta della S.I.P.I.

determinate persone o categorie hanno ravvisato potenziali capacità di ledere i propri interessi.

E' sufficientemente noto a tutti che la legge di riforma sanitaria ha carattere progettuale; il testo definisce un programma che, per grandi linee, si articola sui seguenti punti:

- a) la Repubblica tutela la salute dei cittadini;
- b) tale attività deve trovare svolgimento in un sistema democratico e pertanto coinvolgere i cittadini e tutte le componenti sociali;
- c) per assolvere a questo compito viene istituito uno strumento operativo, il servizio sanitario nazionale, con una determinata organizzazione, che in coerenza col principio del decentramento istituzionale, si articola nelle Unità Sanitarie Locali;
- d) il Servizio Sanitario Nazionale deve avere una certa omogeneità di strutture, articolazioni e mezzi, allo scopo di assicurare uno standard minimo di livelli prestazionali, che dovrà comunque corrispondere alle indicazioni dei piani sanitari.

Il periodo precedente l'emanazione della legge 833 è stato caratterizzato da una serie di problemi, legati sia alle carenze via via sempre più vistose delle strutture deputate all'assistenza sanitaria, sia all'avvio di iniziative anticipatorie della riforma, difficilmente realizzabili nel vecchio contesto giuridico-istituzionale, che non poteva fornire i necessari mezzi di attuazione.

Abbiamo assistito al nascere di tentativi, ispirati da leggi di settore (come ad esempio quelle riguardanti la tutela della salute dei lavoratori), rivolti ad obiettivi importanti, in assenza di strumenti operativi indispensabili, ed abbiamo constatato un notevole sviluppo di conflittualità tra gli innovatori, che ricercavano la collaborazione delle vecchie strutture sanitarie e queste ultime, che per corrispondere avrebbero dovuto stravolgere e rivoluzionare la loro identità formale e sostanziale.

Oggi, a oltre due anni di distanza dalla emanazione della legge, osservando i fatti accaduti, gli atteggiamenti e le azioni dei responsabili della sanità ai vari livelli, da quello governativo a quelli delle Unità Sanitarie Locali, si ricava la impressione che l'attuazione della riforma, da aspirazione generalmente condivisa, si sia trasformata in una specie di imposizione di un qualcosa da procrastinare il più a lungo possibile. Basti pensare alle

proroghe, agli slittamenti, ai provvedimenti dilazionanti il previsto scioglimento degli enti (E.N.P.I., A.N.C.C., Ispettorato del lavoro) e la loro confluenza nel nuovo sistema.

Esistono indubbiamente difficoltà pratiche, disomogeneità culturali e ideologiche, carenze ed emergenze economiche, legislative ed organizzative, che contribuiscono a creare un'atmosfera complessa ed irta di spinosità ostacolanti e non agevolmente superabili.

La messa in crisi istituzionale produce reazioni, tendenti a far sopravvivere le vecchie strutture attraverso la dimostrata irrinunciabilità delle funzioni dalle stesse svolte; i conflitti sembrano spostarsi dai gruppi umani alle cose, ed emerge una spinta all'esercizio egocentrico o gruppocentrico di una volontà di potenza, che appare la metà fittizia ostacolante lo sviluppo di un cambiamento che richiede maturità e sentimento sociale.

Su questo quadro generale possiamo fare alcune riflessioni:

1) Il cambiamento (riforma sanitaria) è stato avvertito da vari soggetti, sul piano emotivo, come un qualcosa che riguarda prevalentemente l'esterno: gli « altri » e le strutture.

2) In molti casi, i singoli soggetti (individui o gruppi) non hanno mutato i loro stili di vita, in armonia col mutamento istituzionale.

3) La metà di mutamento può essere, per molti o per alcuni, associata a bisogni di volontà di potenza, ed assumere, sul piano simbolico, funzione e significato di metà fittizia.

4) La ipervalorizzazione delle difficoltà burocratico-amministrative, al di là e contemporaneamente alla loro reale esistenza, sembra lasciare poco spazio alla maturazione del sentimento sociale e della solidarietà fra i gruppi e fra gli individui.

5) La spinta sulla quale si è inserito il fenomeno della riforma è ricca di spunti conflittuali, che continuano a riproporsi in termini di finalità.

6) Si viene a costituire una situazione, in cui la metà esplícita, esteriormente condivisa dalla maggior parte della gente, trova il tranello del bisogno di conflitto permanente, alimentato anche da ostacoli reali. L'orientamento delle dinamiche appare, in parte, discordante, rispetto al verso delle cose che stanno « dal lato utile della vita » e si delineano fenomeni di « distan-

za » tra mete esplicite e stili di vita di individui e di gruppi sociali, che sembrano tendere a procrastinarne all'infinito il raggiungimento.

Questo abbozzo di analisi schematica, che non entra nel merito del valore della riforma sanitaria, mette in evidenza la presenza, all'interno della collettività, di istanze mal conciliabili con l'avvio di collaborazioni positive, che richiederebbero un approccio ricco di sentimento sociale.

La riforma si presenta come un modello cognitivo, o costrutto di apprendimento, che si propone come progetto di modificazione di comportamento. I limiti di un modello cognitivo, intesi nel senso della realizzabilità e della praticabilità, sono collegati alla portata ed ai contenuti delle dinamiche profonde che concomitano all'avvio ed alla conduzione dell'impresa attuativa, oltre che alla attitudine del modello a produrre il soddisfacimento delle aspettative per le quali è stato elaborato.

Uno degli obiettivi fondanti del modello è rappresentato dalla prevenzione primaria, che può essere attuata se esiste o si sviluppa la volontà dei cittadini a intervenire nella progettazione e nell'esercizio delle attività riguardanti la tutela della salute, come bene di importanza non solo individuale, ma anche sociale.

I contenuti e le dinamiche presenti nel processo di attuazione ormai avviato, richiedono una costante ed approfondita analisi, per mantenere un adeguato livello di consapevolezza di ciò che accade e di contatto con la realtà da parte di tutti.

Vediamo, infatti, come il coacervo di istanze esplicite, concretamente esistenti in ogni ambito sociale, finisce per delineare orientamenti, tendenze, atteggiamenti, opinioni, credenze, enfatizzazioni, negazioni, che nel loro insieme fanno parte dello stile di vita di quell'ambito. Basti pensare ai vari significati che per ogni soggetto assumono termini come: libertà, autonomia, partecipazione, prevenzione, educazione sanitaria, gestione democratica dei servizi ed amministrazione democratica delle risorse. Ogni momento individuale o collettivo, di reale confronto con questi termini, mostra caratteristiche analoghe a quelle suscite dalla presentazione di testi proiettivi e le enunciazioni esplicite delle persone che si impegnano in questi campi esprimono le proiezioni di specifici vissuti e di specifici stili di vita.

La difficoltà a tradurre la riforma in azione di tutela della salute deriva, tra l'altro, da un fattore di grande peso: la generale tendenza dei gruppi a contrapporre le ideologie alla loro pratica o, quanto meno, a non riuscire ad armonizzare i criteri astratti nella vita concreta.

Un fenomeno, che si ha occasione di notare vivendo negli ambienti dove si lavora a programmare la realizzazione della riforma, è tra gli altri costituito dal costante senso di delusione che consegue ad ogni emanazione di provvedimenti riguardanti i vari, specifici aspetti per cui un tale atto è richiesto. Ogni provvedimento sembra frustrare molte aspettative, e ciò corrisponde in gran parte, già a livello di elaborazioni normative, al conflitto presente tra modelli ideali ed i vincoli correlati al raggiungimento di obiettivi definiti e concreti. In questo insieme si registra la non sempre voluta tendenza a procrastinare, spesso nell'intento di ricercare condizioni più favorevoli, la realizzazione dei vari momenti di trasformazione strutturale ed operativa. Ne consegue un frequente ricorso ad alibi strutturali, che esprimono la resistenza psicologica dei singoli e dei gruppi ad apportare mutamenti nel proprio stile di vita. A questo riguardo, l'analisi non può certo arrestarsi a livello dei comportamenti esteriori, poiché, in tal caso, si darebbe il via ad un gioco di interazioni sado-masochistiche; essa deve scendere in profondità per fare emergere l'insieme delle finzioni e controfinzioni fittizie di cui singoli e gruppi subiscono la pressione. I momenti di « fluidità istituzionale » insiti in un processo di riforma possono essere visti, in analogia ai momenti di crisi individuale e collettiva, che un lavoro analitico contribuisce a creare, per favorire e promuovere sviluppi maturativi ed equilibri più armonici. Per lo psicologo adleriano, ciò corrisponde al raggiungimento della capacità di sentimento sociale.

Queste note di primo approccio sono sostenute dalla speranza di contribuire a promuovere un maggior diretto interesse degli psicologi individuali al tema; una pluralità di contributi potrà consentire di maturare, anche scientificamente, metodologie ed esperienze analitiche in grado di aiutare i soggetti ed i processi di sviluppo che li riguardano, a mantenersi orientati verso il lato utile della vita.

## RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

SILVANO ARIETI e JULES BEMPORAD: *La depressione grave e lieve - L'orientamento psicoterapeutico*, Feltrinelli, Milano, 1981.

Un nuovo e così impegnativo libro dell'Arieti assume un vero e proprio ruolo di « avvenimento » nell'ambito della cultura psichiatrico-psicoanalitica. Per gli adleriani che operano nel nostro paese, e da tempo vanno auspicando un incontro e una collaborazione attiva fra le correnti post-psicoanalitiche d'ispirazione socio-culturale, quest'opera è una ragione di conforto. Essa infatti documenta un nuovo corso, già consolidato negli Stati Uniti e in alcune nazioni d'Europa, e segna il definitivo superamento dell'istintualismo dogmatico. In Italia, paese di uomini geniali destinati alla frustrazione per l'immobilismo della cultura di base, questo rinnovamento sta prendendo corpo a livello clinico-psichiatrico, ma trova davanti a sé ancora la barriera di una élite umanistica irrimediabilmente ortodossa, specie nell'insegnamento.

Non ci soffermiamo sulla prima parte del volume, per altro assai utile sul piano informativo, che passa in rassegna le nozioni fondamentali e la sintomatologia della depressione. Segue una parte, ancora informativa ma anche creativa, sulla psicodinamica. Nell'esposizione delle varie teorie, le citazioni individualpsicologiche sono per la verità modeste, limitate a Kurt Adler e a un Alfred Adler dignitosamente riflesso negli scritti di Heinz Ansbacher. Le scelte critiche degli Autori si collocano però decisamente nello stesso nostro filone. Le teorie psicoanalitiche originarie sulla depressione, legate alla rimozione libidica, sono considerate come una pura premessa storica. In una tabella che sintetizza i principali fattori psicodinamici della depressione nell'età evolutiva, Arieti e Bemporad danno rilievo esclusivo a una realistica conflittualità intrafamiliare riferita a problemi di sicurezza, di approvazione-disapprovazione, d'inferiorità organica, di gradi di adeguamento ai modelli parentali.

La terza parte del libro è dedicata specificamente alla psicoterapia e articolata in dutili adattamenti alle varie situazioni depressive, secondo la gravità, l'età, le modalità di rapporto umano del paziente, le fasi del trattamento. Le coincidenze con il modello adleriano, anche se questo non è citato, sono frequentissime, se pure non costanti. Si pensi che un paragrafo è dedicato alla « depressione rivendicativa » e che in esso si consiglia al terapista un rapporto di colloquio libero e paritario e si afferma che le parole dell'analista sono vissute dal paziente come « doni d'amore ».

Ancora più clamorosamente le concezioni finalistiche adleriane, sempre non citate, appaiono nel paragrafo dedicato alla depressione che segue il mancato raggiungimento di uno scopo dominante, il cui carattere di finzione è bene descritto nel testo. Il tipo di insight individual-psicologico si staglia, ad esempio, in queste parole, che ribadiscono una collaborazione quanto mai adleriana: « Terapista e paziente devono arrivare alla comprensione piena di quanto fosse importante la realizzazione fantastificata ». La necessità di smascherare le finzioni ricorre più volte, ad esempio quando si consiglia di chiedere al paziente « di rinunciare non alla sua identità, ma piuttosto a qualunque menzogna o valore impossibile che siano collegati a un'identità inauthentica ».

Il sentimento d'inferiorità come fattore profondo della depressione è chiaramente individuato dagli Autori ed esposto con termini direttamente adleriani: « Interiormente il depresso crede nella sua inferiorità e si sente veramente incapace di far fronte alle richieste della vita ». Arieti e Bemporad coincidono ancora con la psicologia individuale quando propongono che questa situazione sia superata con un graduale processo d'incoraggiamento, condotto con pazienza dal terapeuta e articolato nella strutturazione di nuove finalità, con partenza da quelle meno impegnative: « Il paziente dovrebbe essere incoraggiato ad avventurarsi in nuove strade di soddisfazione, per quanto insignificanti o banali possano sembrare tali attività ».

Nella sua quarta parte, che affronta gli aspetti sociologici e letterari della depressione, il volume mostra interessanti parallelismi con l'indagine sulla società e sulla cultura contenuta in un recente libro adleriano sulla depressione, scritto da Autori

italiani: « Protesta in grigio » di Parenti e Pagani. Creativa e del tutto originale è infine la parte conclusiva dell'opera, dedicata a un'ulteriore analisi della cognizione e della depressione. La correzione delle deviazioni cognitive originate nell'infanzia che vi si propone persegue il raggiungimento di un insight realistico e credibile, assai lontano dalle elaborazioni a sorpresa di alcuni settori oggi superati della psicoanalisi.

Adler manifestò e scrisse il suo compiacimento per gli apporti costruttivi di altri studiosi, orientati verso un aiuto all'uomo analogo a quello offerto dalla psicologia individuale, anche se questi Autori prendevano in superficie distanza dal suo pensiero e dalla sua terminologia. D'accordo con lui, consigliamo vivamente il libro di Arieti e Bemporad, che merita diffusione per l'incentivo che può dare a una psicoterapia « in favore del paziente » e immune dagli esibizionismi ad effetto.

\* \* \*

G.G. GIACOMINI: *Psicologia sistematica e metodo dialettico - Lezioni propedeutiche per una epistemologia della psicologia*, La Nuova Scienza, Genova, 1980

L'autore si propone di affrontare il compito di sistematizzare le conoscenze psicologiche in un quadro razionale che veda la problematica dell'essere umano pur nella molteplicità delle sue manifestazioni ed implicazioni (filosofiche, pedagogiche, storiche, patologiche, ecc.) affrontata attraverso una metodologia unitaria, tendente a superare le varie formulazioni dottrinarie e le corrispondenti tecniche attuative, che appaiono sovente in netta contrapposizione l'una all'altra. La strada per arrivare alla meta è rappresentata da un esame critico dei fondamenti teorетici inerenti ai diversi sistemi psicologici (associazionismo, gestaltismo, strutturalismo, funzionalismo, operazionismo, fenomenologia, vitalismo, comportamentismo, psicoanalisi, ecc.). Secondo l'autore, tali sistemi si sono dimostrati incapaci di superare il dualismo metodologico che già caratterizzava l'opera del primo fondatore della psicologia moderna, il neoempirista W. Wundt.

Questo dualismo metodologico, che tende a dividere i sistemi psicologici in due grandi, opposte categorie (del riduzionismo naturalistico e dell'integrazionismo umanistico) è considerato fonte di equivoci e confusioni, che non consentono alla psicologia contemporanea di pervenire ad una teoria coerente e significativa dell'Io e della Personalità.

L'autore sviluppa nella sua opera una metodologia dialettica attualistica, che viene proposta sia come superamento del perdurante dualismo metodologico della psicologia, sia come forma logica per l'interpretazione sistematica dell'Io e della Personalità. Nello stesso contesto metodologico, viene studiato il rapporto tra la psicologia e le diverse scienze umane (pedagogia, linguistica, logica, sociologia, storia, filosofia, ecc.).

L'opera presenta un indubbio interesse per lo psicologo adleriano, soprattutto per i suoi caratteri di una psicologia personologica che intende affermare l'autonomia formale del principio dell'Io e che, come tale, si mantiene immune dai facili riduzionismi delle psicologie delle pulsioni biologiche, mantenendo nel contempo il pregio di non precostituire simbolismi fuorvianti di rango ontologico-metafisico (ci riferiamo, soprattutto, alle acute analisi critiche della psicoanalisi di S. Freud e della psicologia di C.G. Jung).

(f.c.)

*Nuova pubblicazione ricevuta:*

IPNOSI - Rassegna Internazionale di Ipnosi Clinica e Sperimentale - Redazione: Piazza Missori 3 - 20122 Milano.

## NOTIZIARIO

### **2° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale**

*Sarà tenuto a Camogli presso l'Hotel Cenobio dei Dogi, nei giorni 9 - 10 - 11 ottobre 1981.*

*I temi congressuali saranno i seguenti:*

1. *Psicologia Individuale e Società  
(Prevenzione - Analisi delle strutture - Formazione degli operatori - Dissocialità - Tossicomanie)*
2. *Metodologie e tecniche psicoterapeutiche e d'intervento nell'ottica adleriana.*

*Il Comitato Scientifico è costituito dal Collegio dei Didatti Ufficiali della S.I.P.I.*

*Sono ammessi al Congresso medici, psicoterapeuti, psicologi e studenti universitari, iscritti o non iscritti alla S.I.P.I., interessati all'orientamento adleriano o a un confronto critico con i suoi principi.*

*Tutte le informazioni sulle modalità d'iscrizione e sui dettagli del programma dovranno essere richieste alla Segreteria della Società Italiana di Psicologia Individuale, via Giasone del Manno 19/A, 20146 Milano.*

### **XV Congresso Internazionale di Psicologia Individuale**

*La Società Austriaca di Psicologia Individuale, che curerà l'organizzazione, ci ha già trasmesso il primo annuncio del XV Congresso Internazionale Adleriano, che si terrà a Vienna dal 2 al 6 agosto del prossimo anno.*

*Tema della manifestazione sarà « Incontro fra la psicologia adleriana e le altre forme di psicoterapia ».*

*Il Congresso sarà presieduto dal Prof. Walter Spiel, 1° Vice Presidente dell'Associazione Internazionale.*

*La Segreteria Scientifica sarà diretta dal Dr. Anton Reinelt.  
Ogni informazione dovrà essere richiesta alla Segreteria del  
Congresso, con il seguente recapito:*

*MONDIAL CONGRESS  
A - 1010 Wien - Bösendorferstrasse 4*

---

*Il Presidente della S.I.P.I. Prof. Francesco Parenti:*

- E' stato fra i relatori nel Convegno su Fenomenologia: Filosofia e Psichiatria 1981, tenuto a Milano il 17 marzo 1981 a cura dell'Istituto di Clinica Psichiatrica, della Cattedra di Filosofia Teoretica 2<sup>a</sup> e del Goethe Institut. Il suo intervento è stato sul tema: « Analisi dei rapporti fra fenomenologia, psicoanalisi e psicologia individuale comparata adleriana ».
- E' stato nominato, per l'anno accademico 1980-81, docente di Psicoterapia Generale presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Milano.

*Il Consigliere della S.I.P.I. Prof. Gian Giacomo Rovera:*

- Ha tenuto un seminario su « La psicoterapia secondo la psicologia individuale » nell'ambito di una serie di incontri di aggiornamento sulle psicoterapie per medici e psicologi dei Servizi di Salute Mentale organizzati dalla Regione Piemonte, Assessorato alla Sicurezza Sociale e Sanità.
- Il 30 gennaio 1981, su invito della Regione Autonoma Valle d'Aosta, ha condotto un seminario su « Esperienze con i tossicomani ».
- Nell'ambito del Corso Superiore di Ipnosi Clinica e Sperimentale, terrà una lezione su « L'individualpsicologia e l'ipnosi ».

---

Pubblichiamo qui le informazioni pervenute in tempo utile alla Rivista.