

ANNO 8

N. 13

Dicembre 1980

RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

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

RIVISTA

DI

PSICOLOGIA

INDIVIDUALE

Anno 8

N. 13

Dicembre 1980

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

« Ancora sulla formazione dello psico- terapeuta »	GIACOMO MEZZENA
pag. 5	« La figura di Adler come padre, vista nella sua coerenza psicopedagogica e sociale dalla figlia Alexandra »
FRANCESCO PARENTI PIER LUIGI PAGANI	pag. 46
« Depressione e psicologia del pro- fondo »	« Incontro sulle psicoterapie » (Relazioni di EUGENIO FERRARI, GIAN- NINO PICELLO, GIUSEPPE A. TAMBUR- RO, GIOVANNI DELLO RUSSO, MARIO FIORE, ANTONIO MICCOLI)
pag. 8	pag. 50
MARIO FULCHERI	
« L'individual psicologia e gli anziani »	
pag. 18	
CHIARA MAROCCO MUTTINI	
« A proposito di motivazioni e strut- tura di personalità in operatori psico- pedagogici »	Rassegna bibliografica
pag. 25	pag. 66
M. FULCHERI L. PINESSI G. DE MARTINI	
« Counseling secondo l'indirizzo adle- riano in etilisti »	Notiziario (Attività dei Soci)
pag. 40	pag. 70

ANCORA SULLA FORMAZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA

(In margine al Convegno Autunnale della Società Italiana di Psicoterapia Medica)

Nei giorni 8 e 9 novembre 1980 si è tenuto a Firenze il Convegno d'Autunno della Società Italiana di Psicoterapia Medica. Non possiamo che formulare elogi per la parte scientifica della manifestazione, sulla quale non ci tratteniamo in questa sede. Rileviamo comunque che il succedersi delle relazioni e delle comunicazioni, quasi tutte di alto livello dottrinario e metodologico, ha riconfermato la vitalità indispensabile del pluralismo degli orientamenti psicoterapeutici. I temi proposti (segnaliamo anche la presenza adleriana) hanno dimostrato indirettamente nella loro varietà creativa e realizzatrice come sia impossibile compendiare in un corso pubblico di formazione collettiva l'insegnamento della teoria e l'addestramento alla prassi anche solo delle più importanti fra le scuole. Ne deriverebbe infatti un coacervo nozionistico senza un addestramento reale ben collaudato (garanzia ovvia per i pazienti) in qualsivoglia degli indirizzi.

L'implicito omaggio al pluralismo, sviluppato nella parte scientifica del convegno, non ha trovato purtroppo conferma nella successiva assemblea dei soci, che aveva all'ordine del giorno l'esame di una proposta del Consiglio Direttivo per la regolamentazione della formazione e della pratica psicoterapeutica. La discussione ha dimostrato una cospicua tendenza a subordinare la formazione degli psicoterapeuti ad una scuola di specializzazione universitaria obbligata. L'immediato avvio del progetto è stato bloccato da un intervento polemico del Presidente della S.I.P.I., ma il rinvio potrebbe essere solo a breve termine.

Poiché le motivazioni di chi proponeva una formazione pubblica obbligata dell'operatore psicoterapeutico invocavano la tutela del paziente, invitiamo il Consiglio Direttivo della Società di Psicoterapia Medica a meditare quanto segue, prima di ogni decisione:

1) E' ormai clinicamente provato che alcune forme morbose d'interesse psicopatologico e alcune problematiche individuali di fondo sono efficacemente risolvibili solo con un intervento psicoterapeutico non superficiale e metodologicamente bene impostato.

2) E' altrettanto provato che solo chi abbia avuto una formazione personale da training con supervisione è in grado di trattare in modo non avventato i quadri di cui al punto precedente.

3) Da una selezione e da una formazione non personalizzate, come ovviamente sono costrette ad essere quelle collettive e pubbliche, possono derivare operatori in grado di effettuare interventi di sostegno, ma non di profondità. La selezione pubblica, inoltre, potrebbe eliminare proprio gli elementi più idonei all'esercizio della psicoterapia in profondità.

4) Un progetto stilato a tutela dei pazienti potrebbe di conseguenza risolversi a loro danno.

Non contestiamo il ruolo essenziale delle scuole di specializzazione universitarie e il loro diritto a formare operatori di superficie. Ribadiamo però che il training personale è la sola garanzia per l'accurata preparazione degli operatori di profondità o comunque dediti a particolari metodologie. Rileviamo poi che il problema è stato ben compreso in altra sede. Un sindacato di psicologi e psicoterapeuti, cui non apparteniamo e di cui non conosciamo di persona alcun esponente, si è già fatto promotore di un disegno di legge, con largo sostegno politico, improntato « alla realtà delle diverse scuole di formazione e alla necessità di attribuire a queste piena libertà e dignità operativa, sulla base di criteri di funzionalità rispondenti a requisiti di serietà ».

La nostra Rivista intende farsi promotrice di una larga campagna per la difesa, a tutela del paziente, della libera formazione da training e della libertà di accesso degli aspiranti operatori all'una o all'altra corrente teorico-metodologica nell'ambito della psicoterapia, fra quelle che offrano garanzie di affidabilità.

Invitiamo tutti coloro che intendano collaborare a questa azione di grande significato sociale e scientifico a inviare la loro adesione alla nostra Rivista. Sarà ovviamente gradita la collaborazione degli studiosi e degli operatori di psicoterapia, prescindendo dalle coincidenze o dalle diversità d'indirizzo.

* * *

FRANCESCO PARENTI

PIER LUIGI PAGANI

DEPRESSIONE E PSICOLOGIA DEL PROFONDO

(Dal volume « *Protesta in grigio* », Editoriale Nuova, Milano, 1980, per gentile concessione della Casa Editrice)

La psicoanalisi

Freud, padre padrone della psicoanalisi, anche per quanto riguarda la depressione aveva preso le mosse, nell'inquadrarla, da uno dei suoi acutissimi avvertimenti, per inserire poi la sua geniale intuizione primaria in un castello elegantissimo e perverso di elaborazioni intellettuali, che peccava però purtroppo, a parere dei suoi critici e nostro, di scarsa aderenza con la realtà.

Nella sua opera *Tristezza e melanconia* (*Trauer und Melancholie*, 1917) egli aveva notato la fondamentale analogia che esiste fra il quadro depressivo patologico e la situazione obiettiva di « lutto », conseguente perciò alla perdita di una persona amata. Il passaggio a ipotesi analitiche era però ostacolato dal fatto che la sindrome depressiva, salve alcune situazioni particolari reattive, poteva largamente non collegarsi a vere situazioni di lutto. Freud ideò allora la teoria che il depresso viva un senso di perdita non per una persona reale, ma per un oggetto introiettato puramente fantasmatico. Cerchiamo di spiegare meglio il concetto psicoanalitico dell'introyezione, che proprio qui prese corpo. Esso comincerebbe nella prima fase evolutiva della sessualità, quella orale, in cui il bambino proverebbe un piacere libidico succhiando il capezzolo materno. Il concetto di perdita, che potremmo definire pseudoluttuosa, è complicato da ipotesi di ambivalenza, ossia di odio-amore per l'oggetto introiettato, così che nella depressione l'individuo sarebbe spesso in sofferta contraddizione fra l'idea di aver distrutto l'oggetto introiettato e l'inca-

pacità di sopravvivere senza di esso. Questa, in sintesi, l'origine della depressione (cfr. Charles Rycroft, *Dizionario critico di Psicoanalisi*, Roma, 1970).

Il difetto di questa teoria sta nella scarsa scientificità dell'ipotesi totalmente soggettiva dell'introiezione e ancora nel suo dogmatico collegamento con temi esclusivamente erotico-libidici. Per noi, più concretamente clinici e attenti a quanto accade nella vita, è doveroso constatare che la depressione insorge come risposta patologica a un'infinita gamma di stimoli personali e ambientali, in cui la sessualità vive relazioni non preminenti di buon vicinato con situazioni di orgoglio frustrato, di affettività non appagata, di rapporto interpersonale e sociale traumatico e così via. Resta però valida, lealmente lo riconosciamo, la constatazione del senso di perdita, sfrondata del suo dogmatismo sessuale e resa duttile da un grandangolare psicologico.

S'inserisce nella tematica depressiva anche l'ipotesi freudiana, elaborata più tardivamente, dell'istinto di morte, contrapposto alla vitalità dell'eros. Per quanto ci riguarda, non ci sembra coerente avvertire l'autodistruzione fra le spinte istintuali, che riteniamo protese verso la conservazione del singolo e della specie. Il suicidio, ossia la più drastica manifestazione autodistruttiva quasi sempre inquadrabile nella depressione, è interpretato dagli psicoanalisti appunto come derivante dal *thanatos*, l'istinto di morte, o come un attacco rivolto contro l'oggetto introiettato (vedasi il già citato *Dizionario critico di Psicoanalisi* di Charles Rycroft). Parleremo più avanti, in contrapposizione, dell'analisi adleriana del suicidio, inteso come artificio di dominio indirizzato verso l'ambiente, con precise e variabili finalità.

Melanie Klein è un personaggio affascinante, che desta in noi risonanze di partecipazione emotiva per la sua vita anche sofferta. La dottrina di questa psicologa oggi molto seguita specie dai neuropsichiatri infantili, che prosegue con radicali innovazioni creative la linea di Freud, desta però in noi perplessità ancora più profonde. Le sue ardite e ben concatenate ipotesi intellettuali ci richiamano infatti alla mente certe lucide invenzioni dell'antica filosofia greca, che tentavano d'imbrigliare aspetti della natura ancora sconosciuti in un casellario puramente teorico di categorie, poiché mancava loro il supporto della futura impostazione sperimentale della scienza. Vediamo in sintesi alcuni concetti della Klein che includono anche i fenomeni depressivi.

La prima fase dello sviluppo psichico infantile, come era stata ipotizzata da Freud sulla traccia del divenire libidico, fu frammentata ulteriormente da Melanie Klein in due successive sottofasi, definite « posizioni ». Secondo l'Autrice, ben citata e riassunta dall'*Enciclopedia della Psicoanalisi* di Laplanche e Pontalis (edizione italiana, Bari, 1973), nei primi tre o quattro mesi di vita il bambino si troverebbe in una « posizione schizo-paranoide », distinta dai seguenti tratti: « ... le pulsioni aggressive coesistono immediatamente con le pulsioni libidiche e sono particolarmente forti; l'oggetto è parziale (principalmente il seno materno) e scisso in due, l'oggetto buono e l'oggetto cattivo; i processi psichici prevalenti sono l'introiezione e la proiezione; l'angoscia, intensa, è di natura persecutoria (distruzione da parte dell'oggetto cattivo) ».

Sempre secondo la Klein, alla precedente seguirebbe una « posizione depressiva », di cui riprendiamo le caratteristiche ancora dall'*Enciclopedia della Psicoanalisi*: « ... il bambino è ormai capace di percepire la madre come oggetto totale; la scissione tra oggetto buono e oggetto cattivo si attenua, mentre le pulsioni libidiche e ostili tendono a riferirsi allo stesso oggetto; l'angoscia, detta depressiva, è rivolta verso il pericolo fantasmatico di distruggere e di perdere la madre a causa del sadismo del soggetto; questa angoscia è combattuta con diversi modi di difesa... ed è superata quando l'oggetto amato è introiettato in modo stabile e rassicurante ».

Qui, come si vede, alcune caratteristiche delle malattie mentali maggiori sono inserite come processo normale, fisiologico, nello sviluppo del bambino. A noi, naturalmente, interessa soprattutto la posizione depressiva, nella cui analisi la Klein si ricollega a quanto dice Freud circa il timore di perdere l'oggetto introiettato. Secondo molti psicoanalisti odierni, traumi scatenanti della vita adulta potrebbero far ripiombare l'individuo nella depressione infantile, esasperandola.

La concezione morbosizzante kleiniana dello sviluppo infantile è tale da sconcertare persino coloro che, per obiettività psicologica, hanno superato l'immagine angelica, edulcorata, del bambino inteso dalla tradizione. Il principio che turba di più il nostro indirizzo basato sull'osservazione è l'ipotesi della dissociazione da parte del bambino del seno materno, assorbito invece della personalità della madre. Il ruolo determinante del seno è

stato ormai da anni detronizzato dall'avvento del poppatoio, senza che ciò abbia determinato grosse variazioni nei tratti della psiche infantile. Ci sembra che il bambino anche piccolissimo, pur se capace solo di percezioni parziali, subisca influssi essenziali dal « comportamento » materno, reagendo non tanto agli oggetti, quanto alla tenerezza, alla durezza, all'indifferenza, all'alternanza delle dinamiche emotive. Non abbiamo poi ravvisato particolari aspetti depressivi nei piccoli dai quattro mesi in poi, che anzi mostrano segni di gradimento verso gli stimoli piacevoli e di opposizione o difesa solo verso gli stimoli dolorosi o frustranti. Comincia forse a intuirsi, in queste nostre parole, il ben diverso concetto di un bambino finalisticamente indirizzato verso la conquista del mondo in tutti i suoi aspetti, aiutato o invece ostacolato da intermediari a lui vicinissimi, fra cui campeggia la figura della madre, che si prospetta sin dalle prime fasi come « persona ». Torneremo fra poco sull'argomento.

La visione adleriana

Ci sembra più efficace sul piano della documentazione, prima di illustrare secondo la psicologia individuale i processi dinamici che conducono alla strutturazione di uno stile di vita depressivo, offrire la citazione diretta di alcuni brani, tratti dagli scritti di Alfred Adler, che affrontano i più significativi aspetti della depressione.

Un paragrafo della fondamentale opera di Adler dedicata alla conoscenza dell'uomo (*Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Roma, 1975) sviluppa un tema tipicamente depressivo: quello del pessimismo. Leggiamone alcuni passi.

[*i pessimisti*] passano tutta la vita cercando di provare di essere colpiti dalla sfortuna e non riescono a portare a termine nulla di ciò che intraprendono. A volte sembrano compiacersi del proprio fallimento, come se questo derivasse da una forza soprannaturale [...]

Queste forme di esagerazione sono tipiche di chi si considera il centro dell'universo. E' una fissazione persecutoria che potrebbe essere confusa con la modestia. In realtà è un aspetto più

clamoroso dell'ambizione. I pessimisti, infatti, pensano che le forze ostili trascurino gli altri per occuparsi esclusivamente di loro [...]

[...] sono uccelli di cattivo augurio, capaci di rovinare la propria vita e quella altrui. Tutto ciò cela costantemente la vanità, si configura di nuovo come una forma di esibizionismo.

E' facile avvertire in queste parole, scritte con lo stile asciutto e immediato caratteristico dell'Autore, che la formazione dei concetti psicologici nasce qui direttamente dall'osservazione e dall'analisi del comportamento e segue perciò un criterio sperimentale, il che si differenzia dall'intellettualizzazione astratta della psicoanalisi. Appare anche, nei brani citati, l'orientamento finalistico che distingue tutta la psicologia adleriana. Affiora infatti la preoccupazione di comprendere « lo scopo », a volte inconscio, verso cui si dirigono i sintomi e i tratti comportamentali e di pensiero devianti: in questo caso un appello sofferto e caparbio rivolto all'ambiente, da cui il soggetto esige il massimo di attenzione e cui rivolge le proprie accuse.

In un altro paragrafo dello stesso libro, che si occupa della tristezza, l'analisi della depressione ribadisce i medesimi spunti e si fa più precisa e approfondita. Eccone alcuni passi.

[...] La tristezza presenta alcune analogie con l'ira; essa però si manifesta in circostanze diverse, si serve di altre disposizioni e di altri metodi. Possiamo ravvisare comunque anche qui la medesima aspirazione alla superiorità e alla valorizzazione [...]

[...] Chi è triste si pone infatti essenzialmente come accusatore. Se questo sentimento giunge alla sua massima intensità comporta sempre un certo grado di ostilità e un certo impulso di distruzione verso l'ambiente.

[...] E' possibile riconoscervi [*nella tristezza*], come tratto caratteristico, l'esigenza. L'ambiente è dunque sempre di più chiamato in causa. La tristezza è infatti un'argomentazione che tende a coinvolgere gli altri, una forza che si propone di piegarli.

E' interessante paragonare gli spunti analitici di Adler con quelli di Freud e della Klein. Per i due psicoanalisti la depressione si ricollega sempre a un rapporto, puramente istintuale, sen-

soriale, parziale, con oggetti, resi ancora più improbabili dal concetto teorico dell'interiorizzazione. Per Adler il fenomeno nasce dal rapporto fra l'individuo e altri individui, già intesi come « persone » sino dalle prime fasi della vita. La psicoanalisi è costantemente ripiegata verso il passato, anche quando analizza il presente, e si preoccupa in modo limitativo di risalire ad ag-ganciamenti con processi molto ristretti, racchiusi nel singolo. Nella psicologia individuale affiora invece la concezione di un in-dividuo proteso a esercitare una pressione, a volte artificiosa e improduttiva, sull'ambiente umano. La sua deviazione da uno stato di armonia e felicità si manifesta quando le relazioni inter-personali, influenzate da esperienze negative, divengono conflit-tuali, non sono in grado di strutturare quella compartecipazione emotiva che costituisce, in equilibrio o in urto con il bisogno di affermarsi, una delle due esigenze fondamentali dell'uomo.

L'argomento « suicidio », che si trova all'acme della feno-menologia depressiva, è trattato con efficacia da Alfred Adler nel suo volume *Il temperamento nervoso*, (Roma, 1971). Ne esporremo alcuni fra i passi più incisivi.

Ho già avuto modo di dire che il suicidio rappresenta una delle forme più intense della protesta virile, una disposizione di difesa contro l'umiliazione e la svalorizzazione e una vendetta del-l'uomo nei confronti della vita [...]

[...] Uno dei tratti di carattere più frequenti in questi can-didati al suicidio è il desiderio di affermarsi mediante uno stato morboso permanente o transitorio e la soddisfazione che provano nel pensare al dispiacere dei genitori nel caso essi dovessero mo-rire. E' per questo che il nevrotico giunge a identificare il suici-dio con l'unico mezzo a sua disposizione per evadere da una situa-zione umiliante e per vendicarsi della famiglia che non condivi-de, a suo avviso, il suo amore. Egli passa dall'idea all'azione quan-do il sentimento di umiliazione e di svalorizzazione ha raggiunto un grado così elevato da impedire al soggetto di vedere la con-traddizione esistente tra il gesto che egli medita di compiere e il suo scopo [...]

Che anche questi concetti di Adler nascano da acquisizioni sperimentali e non da ipotesi soggettive è provato, fra l'altro, da

una nostra ricerca personale. Abbiamo raccolto, in un reparto psichiatrico d'urgenza, le fantasie raccontate e preliminari al gesto autodistruttivo di alcune persone che avevano effettuato tentativi di suicidio. Ebbene: nei loro sogni ad occhi aperti campeggiava il compiacimento aggressivo di prefigurare la punizione e il rimorso dei familiari o di altri individui a loro vicini, da cui ritenevano di non aver ricevuto sufficiente affetto o protezione o attenzione. In altri casi abbiamo ascoltato fantasie di tipo « eroico-autodistruttivo » nelle quali l'immaginario suicida si valorizzava per così dire *post mortem*. Il confronto con l'interpretazione psicoanalitica del suicidio, basata sulla distruzione di ipotetici oggetti introiettati o su di un presunto piacere istintuale di morire, suggerisce valutazioni intuitive tanto evidenti, da non richiedere corollari esplicativi.

*La formazione dei dinamismi depressivi:
il ruolo dell'individuo, della famiglia e dell'ambiente*

Il bambino, inteso come il cucciolo dell'uomo, affronta il mondo esterno e il processo di maturazione psichica nel suo ambito in condizioni di particolare inferiorità rispetto ai piccoli di altre specie. E' debole, indifeso, funzionalmente immaturo, privo di protezioni fisiche contro gli agenti atmosferici, insomma è quanto di meno autonomo si possa immaginare. Il suo lento cammino verso l'autonomia richiede di necessità l'aiuto di intermediari, il primo dei quali è d'abitudine la madre, la quale provvede a nutrirlo (che lo faccia con il proprio seno o con altri mezzi non ha per noi particolare importanza), a coprirlo, a proteggerlo dai pericoli, ad allontanare da lui gli stimoli spiacevoli e a procurargliene altri gratificanti. Da tutto ciò deriva che il bambino avverte un primitivo senso d'inferiorità del tutto fisiologico, suscettibile di essere superato con maggiore o minore efficacia in rapporto a due ordini di fattori che sempre interagiscono: la propria dotazione organica di base e il comportamento di chi lo cura.

In particolari situazioni di sfavore, il naturale sentimento d'inferiorità si accentua in modo abnorme sino a divenire « complesso d'inferiorità ». Esaminiamone alcune. Se il bambino è fisicamente menomato (per qualche malformazione, perché frequen-

temente malato o gracile, perché esteticamente sgradevole e così via) finisce per sentirsi inferiore nel confronto con i suoi simili, a meno che la madre prima e un numero crescente di persone poi collaborino con lui per aiutarlo a superare l'handicap di partenza. La psicologia individuale definisce quella che abbiamo descritto come « inferiorità d'organo » e le attribuisce un valore relativo, in quanto soggetto a minimizzazione o esasperazione secondo gli influssi dell'ambiente umano. Il complesso d'inferiorità può manifestarsi però anche in soggetti fisicamente ben dotati, a causa dell'apporto negativo scaturito dalla madre e da altre persone. Se l'affettività e la protezione, concesse in giuste dosi, sono elementi essenziali per la formazione di un armonico stile di vita, esse divengono paradossalmente fattori d'inferiorità quando peccano per eccesso o per difetto o quando si alternano nella loro intensità secondo dinamismi imprevedibili. Il bambino viziato si scontra di necessità con i comuni ostacoli ambientali che non è stato allenato a superare. Analoghe frustrazioni riceve chi non è stato guidato con amore e chi è stato costretto a paventare con ansia le reazioni illogiche di chi lo cura.

Grande importanza hanno per la psicologia individuale i rapporti tra i fratelli, trascurati invece dalle altre scuole. Nel loro ambito si dipanano scontri e confronti che a volte, appunto, ribadiscono e morbosizzano l'inferiorità. La palestra di collaudo della scuola e altre circostanze fortuite della vita agiscono in modo variabile, consolidando soluzioni già provate o invece neutralizzandole o addirittura rovesciandole. La vita sessuale è uno dei capitoli d'azione e d'emozione più significativi ma non ha, secondo noi, un ruolo autonomo, in quanto resta sempre condizionata dallo stile di vita già strutturato con cui l'individuo l'affronta. Sesso e affetti, nella loro normale espressione, sono sempre un rapporto fra persona e persona e scandiscono perciò una estesa gamma di temi: tenerezza e odio, solidarietà e competizione, subordinazione e prepotenza, piacere e dolore.

La psiche del singolo è adlerianamente sempre proiettata in avanti come matrice di ipotesi, progetti, azioni, ripiegamenti di fuga. Così, quando un complesso d'inferiorità ha ormai preso corpo, la volontà di potenza non si rassegna e cerca di creare artifici per restare a galla o almeno per fingere una sopravvivenza, secondo un inquadramento di se stesso e degli altri che è quasi sempre un « come se », ossia una visione condizionata da certi scopi.

Gli artifici di compenso a volte riescono in effetti a trovare rimedi per l'inferiorità e riescono a riequilibrare la persona nei suoi rapporti con il mondo. Altre volte invece i trucchi compensatori sono delle finzioni improduttive e peggiorano addirittura la situazione di partenza. Son questi i casi in cui nascono le nevrosi e persino le psicosi.

La depressione non sfugge a questo inquadramento, almeno quella reattiva e nevrotica. Si tratta insomma di un artificio sbagliato, con cui il singolo esige, protesta e condanna, seguendo l'assurda illusione, in gran parte dei casi inconsapevole, che la sua autodistruzione serva a sensibilizzare l'ambiente, mentre invece, purtroppo, provoca quasi sempre negli altri risposte di rifiuto. Gli accusatori, infatti, i giudici, i grilli parlanti, le cattive coscienze sono avvertiti come insopportabili, il che aumenta ancora di più la distanza patologica fra il depresso e il resto dell'umanità.

Può essere interessante un'esplorazione psicologica diretta ad appurare quali siano le situazioni capaci di sollecitare con maggior frequenza vie di compenso depressive. Un'analisi accurata non consente conclusioni semplicistiche. Se il depresso è colui che esige e giudica, frustrato perché non ottiene quasi mai nulla, perché non è amato né ammirato, si può comprendere che giungano alla depressione soprattutto i figli che ricevono poca attenzione, i « capri espiatori » che fanno da parafulmine alle tensioni familiari, per cui la scelta della protesta in grigio rappresenta l'ultima risorsa dopo una serie più o meno variata di fallimenti. Però la scelta depressiva insorge talora anche in chi abbia avuto occasione di osservarla in altri componenti della famiglia o in persone vicine nel corso della vita, nei rapporti amorosi, di lavoro, di amicizia. Essa costituisce allora una modalità di compenso fondata sull'imitazione, processo che condiziona non solo questo, ma molti tratti dello stile di vita. Abbiamo visto che diverse scuole della psicologia del profondo concordano nel riferire la depressione a un senso di « perdita »: la psicoanalisi, ad esempio, chiama in causa il timore di perdere un oggetto sessuale introiettato, mentre la psicologia individuale è disposta a recepire con ampia libertà elementi perduti di ogni genere: sessuale, affettivo, intellettuale, lavorativo, sociale. R. Spitz ha coniato il termine di « depressione anaclitica » (vedasi, fra gli altri scritti dell'Autore: *La première année de la vie de l'enfant*,

Paris, 1953) per definire i sintomi depressivi che si manifestano nel bambino che sia privato di una madre ben vissuta durante i primi sei mesi di vita. La forma può essere ammessa degli studiosi di ogni indirizzo: alcuni la vedranno come perdita di un oggetto sessuale, altri, fra cui ci collochiamo, come perdita di affetto, protezione, garanzia di sicurezza. L'ambiente, infine, fornisce modelli depressivi con particolari impronte culturali plagianti, che abbiamo esaminato in un precedente capitolo, e ancora mediante trasformazioni, specie se drastiche e rapide, influisce sulle strutture sociali e sul costume. Pensiamo che l'argomento meriti una sua evidenza.

Il ruolo storico dei mutamenti e delle perdite

Che i cambiamenti delle situazioni economiche in senso peggiorativo determinino reazioni depressive in una parte talora notevole della popolazione è un fatto largamente riconosciuto, specie nella nostra epoca in cui il marxismo è un indirizzo culturale dominante: si pensi alla grande crisi finanziaria del 1929, matrice di un'epidemia di suicidi, e a tutte le circostanze storiche in cui si estende la disoccupazione. Può apparire invece un'affermazione assurda e polemica che anche i mutamenti in senso progressista inducano sensibili incidenze della protesta in grigio. Ma il fenomeno sussiste e ci sentiamo in dovere di rilevarlo, senza che ciò implichi genericamente una condanna del progresso sul piano politico. Pensiamo che forse sollecitino scoraggiamento nelle minoranze attive le modalità iniziali, a volte ingenuamente e poco logicamente fanatiche, delle trasformazioni.

Alcuni esempi sono stati forniti nel capitolo iniziale sullo stile depressivo. Chi ha raggiunto con fatica un ruolo sociale di prestigio, con un'ascesa a volte scorretta, ma a volte invece sostenuta da indubbi meriti, tende oggi a reagire con la depressione al proprio declassamento, già in atto o solo esposto nei programmi a breve scadenza. Ancora l'ascesa culturale, politica e consumistica delle nuove generazioni, abbinata alla contestazione e alla derisione delle precedenti, può generare nelle persone mature ed anziane un calo del tono emotivo, un lasciarsi andare precocemente alla senilità, che sono tipiche espressioni della protesta in grigio.

MARIO FULCHERI

L'INDIVIDUALPSICOLOGIA E GLI ANZIANI

Da qualche tempo le problematiche della terza età attirano un'attenzione crescente: inchieste, convegni, dibattiti televisivi analizzano i vari aspetti — psicologici, sociologici, economici — della condizione anziana, nel tentativo di darne una spiegazione e al tempo stesso sottolineando le difficoltà di trovare soluzioni operative. Quest'atteggiamento, per così dire, pessimista e rinunciatario, si ritrova anche nella maggior parte delle scuole di psicoterapia e di psicoanalisi, il cui interesse teorico solo raramente è accompagnato da concrete proposte di intervento.

Viceversa l'individualpsicologia, oltre all'interpretazione della crisi psicologica determinata dall'invecchiamento, si propone anche di operare un intervento terapeutico (di psicoterapia, di counseling, di gruppo, ecc.) con l'intento di ovviare, almeno parzialmente, agli effetti di tale crisi. Infatti per noi l'età avanzata non rappresenta, di per sé, un fattore limitante per un approccio psicoterapeutico, purché le facoltà intellettuali e la disponibilità mentale alla comprensione del processo analitico non siano compromesse.

La complessità e le dimensioni attuali del problema « anziani » nonché le allarmanti previsioni per il futuro⁽¹⁾, e il fatto che in esso si intrecciano fattori individuali e collettivi, ci sembrano ragioni sufficienti per affermare l'utilità e l'urgenza di mettere a punto tecniche di intervento rivolte anche al singolo individuo, accanto alle misure di tipo sociale, pure indispensabili, su cui forse in modo troppo esclusivo oggi si insiste.

L'interpretazione adleriana del fenomeno dell'invecchiamento si basa sulla constatazione che i tre compiti vitali che costitui-

(1) Il numero degli anziani è in rapido aumento: nel 2000 la loro percentuale passerà dall'attuale 15% al 20%, e il cosiddetto baby-boom del dopoguerra si trasformerà in un gerontology-boom.

scono per l'uomo le principali forme di realizzazione, e cioè il lavoro, gli affetti e le relazioni sociali, subiscono con l'età senile profonde modificazioni, caratterizzate nella maggior parte dei casi da un restringimento e da un impoverimento. Tali cambiamenti, che spesso colgono gli individui impreparati, provocano uno sconvolgimento esistenziale improntato ad una generale sensazione di inutilità, di finitezza e quindi di inferiorità da un lato, e di esclusione sociale dall'altro. Ad intensificare questo tipo di vissuto soggettivo contribuisce l'atteggiamento della società, effettivamente indifferente ed emarginante nei confronti dei suoi membri più anziani, cosa che Adler stesso, già ai suoi tempi, criticò duramente.

Mantenendo, per comodità espositiva, la suddivisione fra lavoro, affetti e relazioni sociali, vediamo come l'invecchiamento influisca su ognuno di essi, premettendo che alla separazione teorica corrisponde, nella realtà, una stretta interdipendenza, per cui gli effetti negativi nei tre settori si rinforzano a vicenda.

Il settore occupazionale è forse il primo, in ordine di tempo, ad entrare in crisi: anche se l'andare in pensione ha il significato teorico di godere un meritato riposo dopo una vita dedicata al lavoro, con una ricompensa anche economica, in pratica esso si traduce in una sanzione ufficiale e definitiva di incapacità, inefficienza e inutilità accompagnata (ci riferiamo soprattutto al nostro paese) assai spesso da un disagio economico. Nella nostra società industriale, ispirata a valori efficientistici e produttivi, volta al futuro, gli anziani non trovano un loro spazio e ruolo. Il venir meno della possibilità di realizzazione nell'ambito lavorativo, non essendo compensato, come in passato, da un aumento di prestigio e quindi di potere, in virtù dell'esperienza acquisita, ha un effetto inferiorizzante, tanto più intenso quanto più il lavoro ha rappresentato una meta primaria per l'individuo. Ciò è dimostrato dal fatto che il pensionamento fa scattare manifestazioni di crisi più gravi e consistenti soprattutto in coloro che hanno svolto attività di un certo livello (dirigenti, imprenditori, ecc.), mentre, inversamente, le persone che si sono occupate di arte, politica, letteratura, musica, risentono meno dell'avanzare degli anni, perché in questi settori una vera messa a riposo non esiste, anzi a una certa età è possibile svolgere un ruolo di guida

e modello quanto mai gratificante⁽²⁾.

La crisi nel settore affettivo si collega sia al tipo di rapporti familiari prevalenti nella società contemporanea, sia in particolare al modo in cui viene vissuta la sessualità.

La trasformazione del modello familiare da patriarcale a nucleare, determinata dal processo di industrializzazione e dall'urbanesimo, ha fatto sì che la famiglia contemporanea non sia più una co-vivenza, basata sulla collaborazione, bensì soltanto una co-abitazione.

Per quanto riguarda gli anziani ciò significa che mentre un tempo avevano un proprio status e ruolo all'interno del gruppo familiare, quali dispensatori di saggezza ed esperienza, oggi essi non possono più svolgere alcuna funzione positiva, e anzi spesso vengono allontanati dal nucleo familiare, con gli ovvi sensi di isolamento e di nullità che ciò comporta⁽³⁾.

Anche con il partner il rapporto si complica, specialmente per quanto concerne la sessualità, elemento indispensabile per la buona riuscita di una coppia, a qualunque età. Il problema della

(2) Condividiamo a questo proposito quanto afferma Umberto Morelli sull'urgente necessità di adottare delle misure adeguate a fronteggiare il fenomeno del pensionamento: «... l'età pensionabile vigente in Italia è scandalosamente bassa. Il pensionamento, invece che obbligatorio, dovrebbe avere caratteristiche di "flessibilità", cioè si dovrebbe lasciare libero l'individuo di scegliere, a partire da un'età minima stabilita, se continuare o meno l'attività lavorativa. E' stato calcolato che gli effetti di provvedimenti del genere sulla disoccupazione sarebbero irrilevanti: negli USA l'aumento dell'età pensionabile da 65 a 70 anni provocherà un aumento della disoccupazione dello 0,2%. Si potrebbe inoltre superare l'alternativa lavoro-inattività assoluta mediante il graduale passaggio dal primo alla seconda attraverso fasi intermedie di lavoro a part-time, e attraverso la progressiva riduzione delle ore settimanali di lavoro e l'aumento progressivo delle ferie annuali negli ultimi anni di lavoro. Ciò permetterebbe di preparare psicologicamente al pensionamento; sarebbero utili anche opportuni corsi di riqualificazione professionale espressamente dedicati ai lavoratori anziani, per superare l'emarginazione di fatto che questi subiscono nei confronti dei più giovani ».

(3) Una interessante ricerca sulle Case di Riposo svolta nella provincia di Piacenza (dove la percentuale degli ultrasessantenni sull'intera popolazione è del 21,67%, con il 3,43% degli anziani in Casa di riposo) ha messo in evidenza che il ricovero non è stato quasi mai una scelta libera degli interessati. Le motivazioni più frequenti invece sono: inabilità o malattia cronica; insufficienza di mezzi economici o del minimo di assistenza domiciliare; rifiuto dell'anziano da parte della struttura familiare trasformata; condizione abitativa molto scadente. Per approfondimenti vedasi « *Ricerca a Piacenza sulle case di riposo* », in « *Esperienze di pastorale degli anziani* », n. 4, 1977.

sessualità nell'anziano, da sempre oggetto di pregiudizi negativi, è stato solo recentemente affrontato scientificamente, tanto è vero che la Società Italiana di Gerontologia se ne è occupata per la prima volta nel 1976. D'altra parte oggi più che mai esso è fonte di tensioni, proprio perché i modelli culturali in tema di sessualità insistono pesantemente nell'esaltazione del suo valore. Errate convinzioni riguardo al declino delle funzioni sessuali, la mentalità comune che tende a sottovalutare le esigenze sessuali degli anziani, e a reagire con ironia e compatimento alle loro manifestazioni affettuose, fanno sì che la sessualità venga vissuta non come momento realizzante e compensatorio positivo (da qui il bisogno di artifici compensatori sostitutivi⁽⁴⁾), ma come ulteriore motivo di inferiorità e di diversità sociale.

La sfera delle relazioni sociali, infine, non presenta un quadro molto diverso: i rapporti interpersonali subiscono anch'essi un impoverimento e una limitazione, dovuti all'azione emarginante che la società attua nei confronti degli anziani, per la loro inadeguatezza a certi criteri di efficienza e produttività già visti, e dovuti anche all'autoemarginazione che molti anziani mettono in atto come reazione, astensionistica e passiva, di compenso del sentimento di inferiorità maturato negli altri campi. La scarsità di relazioni sociali è accentuata pure, in molti casi, dalle ristrettezze economiche, che non permettono di sfruttare appieno la grande disponibilità di tempo libero (uscire, coltivare hobbies, frequentare amicizie, ecc., comportano talvolta costi non indifferenti); un peso considerevole è da attribuirsi inoltre ad una vera carenza di sentimento sociale, trascurato nella maturità perché sopraffatto dagli impegni lavorativi e familiari. Ci sembra significativo il risultato di una ricerca⁽⁵⁾ condotta su un campione di

(4) Fra questi alcuni più frequentemente osservati sono:

- assunzione di un atteggiamento moralistico, o addirittura polemico, tendente a sminuire il valore dell'erotismo e perciò a trasformare la carenza di attività sessuale in una superiorità etica;
- la ricerca di vie devianti di appagamento della sessualità (voyeurismo, esibizionismo, pedofilia, ecc.);
- la totale rinuncia ad ogni forma di appagamento che culmina in soluzioni depressive e talvolta nel suicidio.

Per un esame più dettagliato vedi F. Fiorenzola « *La sessualità nell'anziano* », Atti del I° Congresso Nazionale della S.I.P.I., 1978.

(5) Condotta dal Prof. Fontana, titolare della cattedra di Medicina Preventiva al Magistero siciliano di Servizio sociale di Catania. Cfr. « *Giornale di Gerontologia* », n. 4, 1977.

ultrasessantenni, di ambo i sessi e di svariate condizioni socio-economiche, a proposito dell'esperienza comunitaria e dei rapporti di amicizia da loro vissuti: anzitutto è risultata la marcata soggettività con cui queste persone affrontano l'incontro con gli altri; è emerso pure come la generosità, che magari prima avevano, sia sostituita da dubbio, incertezza, delusione. Il 37% di essi si è dichiarato pessimista riguardo a possibili amicizie, il 34% scettico, il 18% indifferente.

Il discorso fin qui fatto vale per entrambi i sessi; per le donne però è necessaria qualche nota aggiuntiva. Per loro infatti il pensionamento non coincide quasi mai con l'inattività assoluta: la conduzione della casa, che non consiste sempre e solo nel disbrigo materiale delle faccende domestiche, consente di trovare qualche tipo di compensazione alla mancanza di occupazione esterna e di esercitare un ruolo, vissuto in qualche modo come indispensabile e perciò gratificante. Talvolta anzi si assiste al sorgere di un vero e proprio « potere matriarcale », per lo più esercitato su altri soggetti femminili più giovani (ad esempio le nuore).

La crisi nel settore affettivo e sessuale è spesso anticipata, rispetto all'uomo, dall'insorgere del climaterio, che segna l'inizio del declino estetico e l'esaurirsi della funzione riproduttiva. Queste conseguenze sono entrambe motivo di inferiorità e di depressione: ma ultimamente si assiste a modi insoliti di affrontarli, specialmente in alcuni contesti socio-economici. Una donna intelligente, colta e con disponibilità economiche, ha sia la possibilità di mantenere attraente l'aspetto esteriore attraverso trattamenti di bellezza, attività sportive, la scelta di un abbigliamento di classe, sia la capacità di esercitare un certo fascino servendosi di altri mezzi, ad esempio una brillante conversazione sostenuta da interessi culturali e intellettuali; se poi è inserita in uno di quei microsettori culturali che concedono alla donna anziana più ampie libertà anticonformiste, potrà anche avere una completa attività sessuale, spesso accanto ad un partner più giovane (mentre il caso inverso, un uomo anziano con una compagna molto più giovane, sta diventando sempre meno frequente).

Da quanto detto emerge che secondo l'individual psicologia il trattamento psicoterapeutico con individui anziani è possibile, dato il tipo di dinamismi psichici che sottendono le loro crisi. Fermo restando che i criteri di idoneità alla psicoterapia saranno

necessariamente più selettivi, in quanto il grado di cultura e il livello di intelligenza hanno, nell'età avanzata, un peso maggiore ai fini della ricettività, pensiamo che l'obiettivo del trattamento debba essere quello di ricostruire gli elementi dello stile di vita, analizzando e facendo comprendere al soggetto le modalità di compenso negative e le mete fittizie che hanno orientato la sua esistenza, e procedendo ad un'azione di recupero basata sull'introduzione di nuove compensazioni. Queste dovranno per lo più sfruttare le potenzialità creative del paziente (fantasia, intuizione), in quanto esse non subiscono gli effetti deleteri dell'invecchiamento (diversamente ad esempio dalla memoria a breve termine o altre funzioni intellettive). Nel suggerire nuove vie di compenso non si dovrà temere di incoraggiare un aumento di attività: il riposo infatti, soprattutto psicologico, non è salutare, ma favorisce una perdita più rapida delle funzioni intellettuali, ed è talvolta fonte di reazioni depressive.

E' evidente che una terapia analitica con soggetti anziani richiede tempo e sforzi maggiori, da entrambi i partecipanti alla relazione terapeutica, rispetto a quella con soggetti più giovani: uno stile di vita collaudato a lungo oppone inevitabilmente maggiori resistenze al cambiamento. Questo fatto induce a sottoporre a terapia analitica solo gli anziani per i quali l'intensità e la drammaticità della crisi raggiungano livelli, per così dire, di guardia. Per gli altri invece, e sono la maggior parte, potrebbero essere vantaggiose delle esperienze di gruppo, non intese come vere e proprie terapie, ma piuttosto come momenti di reintegrazione sociale.

I successi ottenuti dai recenti tentativi di organizzare le « Università della terza età » paiono confermare la validità di queste iniziative, passibili di ulteriori sviluppi e miglioramenti.

Anche un intervento di counseling può essere proficuo in certi casi di lieve crisi negli anziani: esso andrà condotto, come sempre secondo l'ottica adleriana, abbozzando un'interpretazione dei disturbi che tenga conto delle compensazioni riuscite e di quelle fallite, e incoraggiando il paziente ad imboccare nuove vie di compensazione, a considerare non esaurita la possibilità di formulare progetti e di appagare la curiosità esistenziale.

Per concludere vogliamo accennare all'importanza degli aspetti preventivi: la ricerca costante, lungo l'intero arco della vita e fin dalla gioventù, di uno sviluppo armonico in tutti i set-

tori esistenziali è il modo migliore per assicurarsi contro i rischi dell'invecchiamento. Tale armonia è frutto di applicazione, impegno, fantasia, fortuna e molti altri ingredienti ancora, perché vivere, e invecchiare, sono un mestiere e un'arte.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Il temperamento nervoso* (1912). Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo* (1927). Newton Compton, Roma, 1975.
- AA. VV.: *Il collocamento a riposo: problemi attuali e prospettive future*. Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1978.
- BARACCO L.: *I problemi degli anziani*, in « *Aggiornamenti sociali* », n. 5, 1978.
- FIORENZOLA F.: *La sessualità nell'anziano*, in « *Prospettive adleriane in psico-sessuologia* », Atti del I° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale, 1978.
- LANGS R.: *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*. Boringhieri, Torino, 1979.
- PARENTI F. e coll.: *Dizionario ragionato di psicologia individuale*. Cortina, Milano, 1975.
- POST F.: *The clinical psychiatry of late life*. Pergamon Press, London, 1965.
- WOLMAN B.: *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*. Astrolabio, Roma, 1974.

CHIARA MAROCCO MUTTINI

A PROPOSITO DI MOTIVAZIONI E STRUTTURA DI PERSONALITA' IN OPERATORI PSICOPEDAGOGICI

Il problema della formazione degli educatori è un campo delicato e complesso, in modo particolare nel caso di operatori specializzati verso minori handicappati o disadattati.

Se si considera lo spontaneismo con il quale il lavoro in campo educativo è spesso affrontato, spontaneismo nel quale vengono a sovrapporsi tanto motivazioni positive come conflittualità personali quando non esigenze di carattere puramente economico, si vede come è importante riflettere sulla funzione formativa che ogni intervento di carattere pedagogico o anche semplicemente relazionale comporta (Flores d'Arcais, 1959). Oggi che in ogni campo tende ad affermarsi una specializzazione, talora persino troppo parcellizzata, nel campo pedagogico spesso continua a regnare l'improvvisazione, come se fosse vocazione di tutti o dote connaturale quella di educare. Tale compito sembra tra i più complessi perché accanto ad un aspetto di preparazione tecnica richiede all'educatore di fornire una disponibilità affettiva (Witty, 1947; Grasso, 1954; Zavalloni, 1961; Saraz, 1966; Radaelli, 1966) e un modello di identificazione (Reymond-River, 1970), che coinvolge l'intera personalità dell'educando in fase evolutiva, contribuendo a determinarne le caratteristiche strutturali (Adler, 1975; Parenti, 1970). Basti pensare ad un settore di educazione specifico come è il campo psicosessuologico per considerare preminente addirittura il momento formativo su quello informativo-tecnico. Ma direi che questa considerazione può essere fondatamente allargata ad ogni intervento educativo (Rovera e coll., 1976), sia coi minori in genere sia specificatamente con quelli problematici (Busnelli, 1960; Radaelli, 1967; Rovera-Verгани, 1967; Mathis, 1967).

Mentre svolge la sua opera, all'educatore è richiesta non solo la riflessione ma anche una revisione di vissuti personali (Metelli, 1966) e in questa direzione si sono avviate negli anni più re-

centi molte esperienze di gruppo per la formazione dei vari operatori (Lai, 1970; Scilligo, 1977).

Il fine di tali tecniche è quello di apprendere ad affrontare in modo più adeguato le difficoltà dei rapporti interpersonali propri di ogni situazione educativa (Rovera, 1976; Rovera-Vergani, 1967).

L'educatore talora assume atteggiamenti difensivi che hanno una motivazione psicologica profonda e si possono configurare con reazioni di controtransfert, intendendo questo termine nell'accezione più ampia, Balint, 1965), o di distorsione parassica (Sullivan, 1970).

Si svolgono quindi nell'ambito della relazione educatore-discente delle dinamiche di carattere psicologico, le quali richiedono forse certe prerogative di personalità da parte dell'educatore, nel senso di una buona integrazione affettiva personale e di presa di coscienza delle proprie motivazioni profonde. Tale conoscenza di sé, peraltro già difficile come Adler aveva sottolineato (1975) è condizione preliminare verso il compito tanto più arduo di guidare i bambini; per questo Adler aveva auspicato l'istituzione di consultori per insegnanti, che egli vedeva come cardine di una educazione terapeutica (Ellenberger, 1972).

La preoccupazione verso un intervento terapeutico nell'ambito dell'azione pedagogica diviene preminente nei confronti di ragazzi handicappati (Woods, 1977) i quali più facilmente di altri possono presentare problematiche personali e relazionali (Adler, 1971) che vengono a riflettersi nel rapporto con gli educatori (Orgler, 1970).

L'argomento in questione divenne per me oggetto di riflessione in un periodo nel quale prestavo lavoro di consulente neuropsichiatra presso istituti per minorati sensoriali e venivo spesso a conoscenza di difficoltà nel rapporto interpersonale fra i giovani assistenti e i ragazzi ricoverati. Talora erano gli stessi assistenti che sollecitavano il mio intervento, o richiedevano consigli sugli atteggiamenti da tenere; altre volte il mio intervento si rendeva necessario per i piccoli incidenti che nel rapporto si verificavano.

Mi venne così l'idea di osservare, durante la selezione dei candidati al posto di assistente, quali erano le motivazioni sottese alla richiesta di assunzione. Volli studiare quali istanze inconscie

spingessero i giovani verso un lavoro irto di difficoltà, nemmeno molto gratificante sotto il profilo economico o del prestigio. A livello esplicito ritrovavo uniformemente la motivazione altruistica del desiderio di aiutare i ragazzi. Mi chiesi allora se a livello inconscio la scelta corrispondesse ad un obiettivo buon adattamento affettivo e propensione al rapporto interpersonale.

Scelsi il Rorschach come strumento per effettuare la mia ricerca, e lo somministrai ai candidati presentandolo come un test a cui si sottoponevano volontariamente, e che nessuna conseguenza avrebbe avuto sulla loro assunzione al lavoro, né in senso positivo né negativo. Nessuno rifiutò di sottoporsi al reattivo, anzi tutti si mostrarono interessati all'iniziativa, tanto più che in una successiva seduta io davo ad ognuno dei partecipanti un breve resoconto dei dati emersi al suo test.

I soggetti sottoposti alla prova furono 13. Si trattava di ragazzi e ragazze di età compresa tra i 18 e i 27 anni, tutti forniti di diploma magistrale, alcuni studenti universitari.

Ognuno di loro si presentava apparentemente ben compensato sul piano di rapporto con la realtà e gli altri. Dato che la sede di effettuazione del test era quella stessa del lavoro, giudicai del tutto inopportuno procedere ad una anamnesi clinica che, anche se fosse stata positiva, sarebbe stata verosimilmente taciuta dai candidati. Nessuno segnalò spontaneamente problemi personali di ordine psichiatrico, al più difficoltà di carattere esistenziale. Erano le stesse difficoltà economiche o familiari che avevano spinto i candidati verso un lavoro che li allontanava precocemente dalle famiglie e spesso dai luoghi di provenienza.

Di ogni soggetto vengono quindi forniti sesso, età, livello di studi, e un riassunto schematizzato dell'interpretazione del test di Rorschach.

1) *Giovanna* - a. 23 - maestra elementare.

Ideazione rallentata, con blocchi. Scarsa produttività.
Fattori intellettivi scadenti.

Pensiero privo di dinamismo profondo, molto automatizzato, iterativo, poco aderente all'opinione comune perché l'angoscia disturba il contatto col reale.

Contatto con gli altri inesistente per il disadattamento affettivo, né ricercato.

T.R.I. extratensivo puro nelle due formule, con affettività impulsiva, egocentrica.

Spiccati shocks al nero e al rosso.

Struttura di personalità neurotica con caratteristiche marcatamente fobiche. Numerosi contenuti patofobici.

Identificazione sessuale corretta.

Io debole.

Meccanismi di difesa: rimozione, rifiuto.

2) *Rita* - a. 22 - maestra elementare - specializzata in scuola ortofrenica.

Ideazione fluida, buona produttività.

Fattori intellettivi di buon livello.

Pensiero dinamico, ma con notevoli note regressive, normalmente automatizzato, con sufficiente adesione all'opinione comune, ma anche anticonformista. Rapporto col reale discreto, in qualche caso turbato dalla affettività.

Contatto con gli altri non realizzato, per il disadattamento affettivo e la posizione narcisistica.

La figura umana è svalorizzata come difesa.

T.R.I. extratensivo, con inversione nella formula secondaria.

Affettività molto labile, con aggressività pronunciata e solo in parte strutturata (DbI; C).

Shocks al rosso, al nero, al colore.

Struttura di personalità neurotica con caratteristiche prevalenti fobico-isteriche. Numerosi contenuti patofobici.

Identificazione sessuale corretta.

Io valido per i poteri razionali, ma debole per la labilità affettiva.

Meccanismi di difesa: rimozione, razionalizzazione, svalorizzazione.

3) *Roberto* - a. 19 - maestro - studente in pedagogia.

Ideazione fluida, ampia produttività.

Fattori intellettivi potenzialmente buoni, ma con difficoltà di rendimento.

Pensiero dinamico, ma con prevalente componente regressiva, labile, con scarsa adesione all'opinione comune.

Contatto col reale sufficientemente mantenuto. Contatto con gli altri non realizzato, non desiderato, anzi temuto, ostacolato dal disadattamento affettivo.

T.R.I. extratensivo con inversione della forma a livello profondo, indice di mancata evoluzione affettiva.

Affettività impulsiva, con forte componente aggressiva, anche strutturata.

Shocks al rosso, nero, colore. Identificazione sessuale non corretta.

Struttura neurotica con caratteristiche prevalenti fobico-isteriche. Qualche contenuto patofobico.

Io debole, con scarsa tenuta sia sul piano razionale che emotivo.

Meccanismi di difesa: razionalizzazione poco efficiente, rimozione.

4) *Andreina* - a. 25 - maestra - studentessa in pedagogia.

Ideazione fluida, ma scarsa produttività.

Livello intellettivo ai limiti inferiori della norma, soprattutto per la scarsa creatività.

Pensiero poco dinamico, abbastanza efficiente sul piano della precisione e degli automatismi.

Il rapporto col reale si compie attraverso una adesione conformistica all'opinione di tutti.

Il contatto con gli altri è abbastanza desiderato e ricercato.

T.R.I. extratensivo a livello superficiale, coartato a livello profondo, quindi vita emotiva poco evoluta.

Shock al rosso discretamente superato. Shock al colore e al nero (con fenomeno di interferenza VIII).

Identificazione sessuale corretta.

Personalità poco evoluta, con note neurotiche di tipo fobico-isterico.

Io fragile, soprattutto per le scarse risorse dinamiche.

Meccanismi di difesa: rimozione, rifiuto.

5) *Elena* - a. 18 - maestra d'asilo.

Scarsa produzione, fornita in un tempo molto rapido.

Intelligenza nella norma, poco creativa. Pensiero con importanza preponderante, molto preciso, eccessivamente automatizzato e stereotipato, molto conformista.

Contatto col reale mantenuto attraverso l'adesione all'opinione comune, altrimenti disturbato dall'angoscia.

Contatto con gli altri scarsamente attuato, non desiderato.

Affettività impulsiva, egocentrica.

T.R.I. extratensivo, poco controllato.

Shocks al rosso, al nero, al colore (con fenomeno di interferenza VIII).

Identificazione sessuale corretta.

Struttura neurotica a carattere prevalente fobico-ossessivo.

Io piuttosto fragile per la tendenza all'irrigidimento.

Meccanismi di difesa: rimozione, razionalizzazione con irrigidimento.

6) *Maria* - a. 25 - maestra elementare.

Produttività molto scarsa, con blocchi ideativi. Livello intellettuale nettamente inferiore alla media.

Pensiero privo di dinamismo, scarsamente preciso, molto automatizzato, con stereotipia.

Contatto con la realtà turbato dalla forte insicurezza.

Contatto con la figura umana assente, non desiderato.

Affettività fortemente disadattata, anche esplosiva, con

T.R.I. extratensivo puro nella prima formula e coartato nella secondaria per ipoevoluzione della personalità.

Shocks al rosso, al nero e al colore con fenomeno di interferenza VIII. Identificazione sessuale non accertabile.

Personalità insufficientemente strutturata in rapporto ad insufficienze intellettive, con elementi di neurotizzazione di tipo fobico.

Io debole.

Meccanismi di difesa: rimozione, rifiuto.

7) *Teresina* - a. 23 - maestra elementare.

Produzione scarsa, con rallentamento del tempo di reazione e un caso di blocco dell'ideazione.

Livello intellettuale buono, anche se la creatività non appare molto organizzata.

Pensiero ricco di valenze dinamiche in prevalenza non mature, molto preciso, automatizzato in misura regolare.

Contatto col reale disturbato dall'angoscia che limita le possibilità di aderire al modo di pensare comune.

Contatto con gli altri ostacolato dal disadattamento affettivo, non desiderato. Affettività labile, a tratti esplosiva. T.R.I. più dilatato nella formula secondaria e con direzioni contrastanti, segno di una personalità immatura sul piano emotivo.

Shocks al rosso, al nero e al colore, con fenomeno di interferenza VIII. Identificazione sessuale non corretta.

Struttura di personalità neurotica con caratteristiche fobico-isteriche.

Io debole per l'immaturità sia dinamica che emotiva.

Meccanismi di difesa: rimozione, rifiuto.

8) *Mariuccia* - a. 20 - maestra elementare.

Produzione abbondante e varia, fornita in un tempo prolungato.

Livello intellettuale alto, ma rendimento scadente.

Pensiero dotato di buon dinamismo profondo: molto impreciso, labile, con qualche stereotipia poco conformista e non sempre positivo nei tentativi di originalità.

Contatto con la realtà turbato dalla angoscia e dalla ricerca di originalità.

Nonostante l'interesse per la figura umana si osserva un atteggiamento di ambivalenza. L'altro è aggressivo, e suscita difese quali la svalorizzazione o la fuga nella fantasia. Il contatto non è quindi realizzato.

Affettività labile, impulsiva, con aggressività diretta in senso extratensivo.

Shocks al rosso, al nero, al colore (ritardato).

Identificazione sessuale corretta, ma ruolo infantile.

Personalità con caratteristiche fobiche marcate, tanto da costituire al Rorschach un quadro « psicotico » di distacco dal reale.

Io fragile.

Meccanismi di difesa: rimozione, proiezione.

9) *Vittoria* - a. 20 - maestra elementare.

Scarsa produttività. Numerosi blocchi ideativi. Intelligenza con buone potenzialità, ma efficienza diminuita.

Pensiero dotato di buon dinamismo profondo, ma utilizzato in modo eccessivamente rigido. Poco preciso: automatizzato, anche con stereotipie.

Contatto con la realtà fortemente disturbato dai blocchi dovuti all'angoscia.

Contatto con gli altri inesistente. La figura d'altri è vista in modo aggressivo, oppure fantastica.

Affettività labile, anche esplosiva con aggressività diretta in senso extratensivo.

Shocks al rosso, al nero, al colore, con fenomeno di interferenza VIII. Identificazione sessuale non corretta.

Personalità con vistosi tratti fobici che al test possono essere inquadrati come psicotici per il distacco dalla realtà.

Io debole.

Meccanismi di difesa: rimozione, rifiuto, proiezione.

10) *Giambattista* - a. 25 - maestro elementare.

Produzione variata, ma con rallentamento dei tempi di reazione.

Livello intellettuale potenzialmente discreto, ma con rendimento insufficiente.

Pensiero discretamente dinamico, con note di immaturità; scarsi automatismi normali, in contrasto con una elevata stereotipia Anat., che abbassa la precisione. Scarsa adesione all'opinione comune.

Contatto col reale mantenuto, anche se disturbato dall'angoscia.

Contatto con gli altri non realizzato, né ricercato.

Affettività egocentrica, disadattata, con impulsività extra-tensiva non controllata (T.R.I.).

Shocks al rosso, al nero, al colore.

Identificazione sessuale corretta.

Personalità strutturata in modo neurotico con caratteristiche di tipo fobico-isterico. Probabili contenuti patofobici.

Io debole.

Meccanismo di difesa principale: rimozione.

11) *Delfino* - a. 27 - maestro - studente di magistero.

Produzione abbondante e varia.

Livello intellettuale appena nella norma.

Pensiero poco dinamico e poco preciso. Automatismi normali, ma anche stereotipie.

Contatto con la realtà mantenuto ma ostacolato dall'angoscia, che limita la adesione all'opinione comune.

Contatto con gli altri non realizzato né desiderato.

Affettività labile, con note di esplosività.

T.R.I. dilatato in senso extratensivo nelle due formule.

Shocks al rosso, al nero, al colore, con fenomeno di interferenza VIII.

Identificazione sessuale non corretta.

Personalità neurotica con caratteristiche prevalenti fobico-isteriche.

Io debole.

Meccanismi di difesa: rimozione, talora strutturazione.

12) *Giuseppe* - a. 25 - maestro - studente in pedagogia.

Produttività variata e fluida.

Livello intellettuale nella norma; creatività modesta.

Pensiero poco dinamico, non molto preciso.

Normali automatismi, numerose stereotipie.

Contatto col reale sufficientemente mantenuto; scarsa adesione al modo di pensare comune.

Contatto con gli altri desiderato, abbastanza ricercato.

Affettività prevalentemente egocentrica con tendenza all'adattamento. T.R.I. extratensivo nelle due formule.

Shocks al rosso, al nero, al colore (preponderante).

Identificazione sessuale corretta.

Personalità neurotica a tratti prevalenti di tipo isterico.

Io non molto valido.

Meccanismo di difesa prevalente: rimozione.

13) *Elda* - a. 19 - maestra elementare.

Produttività non molto alta, in tempo di reazione rapido.

Livello intellettuale nella norma, reso meno creativo da una probabile sindrome depressiva.

Pensiero privo di dinamismo evoluto (forse per rimozione)- Portato all'irrigidimento, molto automatizzato.

Contatto col reale mantenuto attraverso il conformismo, ma disturbato dall'angoscia. Contatto con gli altri desiderato ma non attuato per l'angoscia che porta il soggetto a svaloriizzare o devitalizzare la figura umana come difesa.

Affettività labile, egocentrica. T.R.I. extratensivo puro, con disaccordo tra le due formule.

Shocks al rosso, al nero, al colore (ritardato).

Identificazione sessuale corretta.

Personalità neurotica, con elementi prevalenti di tipo fobico.

Io fragile.

Meccanismi di difesa: rimozione, irrigidimento, devitalizzazione.

CONSIDERAZIONI

L'esame dei protocolli mette in luce una singolare uniformità delle caratteristiche principali della personalità.

La produzione è inferiore alla norma, dato di rilievo, se si considera che tutti i soggetti hanno un diploma di scuola media superiore e dovrebbero quindi essere in possesso sia di un livello intellettuale almeno normale, sia di allenamento ad una attività intellettuale. Invece emerge quasi diffusamente (salvo 2-5-12) o una scarsa dotazione intellettuale (1-5-6-11), o una diminuzione (casi 3-7-8-9-10-13) di efficienza per situazioni patologiche neurotiche o, almeno in senso strutturale se non clinico, psicotiche (casi 8 e 9).

Si tratta quasi uniformemente di intelligenze poco creative, al più capaci di una visione generica delle cose, o della visione analitica, carente sul piano della elaborazione astratta. Decisamente insufficiente appare la creatività, segnalata dalle risposte di movimento, le quali anche quando non sono assenti, presentano vistosi aspetti di immaturità (FK) o di regressione (k).

Nonostante le caratteristiche del pensiero di scarso dinamismo, o almeno poco organizzato e la precisione spesso insufficiente (F+%), si nota una preponderanza della utilizzazione

del pensiero rispetto alla vita emotiva, che è spesso rimossa o poco evoluta. Questo carattere conferisce al pensiero una rigidità abbastanza costante, e notevole soprattutto trattandosi di soggetti giovani. La rigidità è confermata e accresciuta dalla stereotipia presente in modo diffuso. Si tratta di perseverazioni uniformemente a contenuto « anatomico », dato il quale non può essere quindi considerato casuale.

Il contatto con la realtà non è in genere ben stabilito, per l'angoscia che limita la possibilità di vedere immediatamente le cose nel modo conformista (Ban scarse), più raramente per la tendenza a confabulazioni denotanti un disturbo più grave (caso 8). Fra le Banali più spesso assenti è quella della III tavola, il che appare significativo anche del tipo di rapporto che i soggetti instaurano con la figura d'altri: la carenza di rapporto, qualche volta almeno desiderato, più spesso non ricercato o temuto, appare come uno dei dati più costantemente rilevati. Non solo viene segnalato dalle poche risposte H e Hd, ma anche dall'esame qualitativo di queste: spesso sono risposte denotanti svalorizzazioni (« negri »), o devitalizzazione, o rifugio nelle fantasie regressive (« folletti »). Altre volte emergono decisamente i vissuti di aggressività proiettata (« brutto »). Altre volte ancora risposte come « burattini » o « statue » segnalano l'impossibilità di stabilire un rapporto interpersonale. Tutti i soggetti presentano una affettività disadattata, talora tentano di controllarla attraverso la rimozione, ma in ogni caso persistono delle risposte denotanti egocentrismo, impulsività, in alcuni casi anche esplosività (2-6-7-8-9-11-13). Scarsissime le risposte di adattamento (casi 4-5-9-11-12) e talora solo come tendenza. Combinando le risposte CF e C con un T.R.I. extratensivo e il visto-shock al rosso generalizzato e non superato, emerge la considerazione di una aggressività spiccata e diretta verso l'esterno, senza efficienti fattori di controllo (il lato intratensivo del T.R.I. è sempre carente per le ragioni già dette).

Gli shocks al rosso, al nero e al colore sono in tutti i casi cumulati, frequentemente con fenomeno di interferenza VIII, il che sta ad indicare la preponderanza dell'angoscia profonda strutturale, sugli elementi di conflittualità esogena (più marcata nel caso 12). La combinazione di shock al rosso e al nero conferisce a tutti i soggetti caratteri di tipo fobico confermati dalle perseverazioni sul tema Anatomico, fenomeno vistoso e diffuso.

Non ho di proposito voluto approfondire l'esame dei contenuti perché questo avrebbe reso necessaria anche una più estesa indagine clinica di ogni soggetto; ho escluso tale possibilità che non ritenevo opportuna e avrebbe probabilmente diminuito la collaborazione dei soggetti, dato l'ambiente di lavoro in cui l'indagine doveva effettuarsi. Mi limito pertanto solo ad una considerazione sulla difficoltà di identificazione sessuale. Solo 8 casi su 13 hanno una corretta identificazione al proprio sesso, e solo 6 di quegli 8 in un ruolo di adulti.

Le caratteristiche descritte della personalità dei soggetti sottolineano la presenza di elementi psico-patologici nella strutturazione di personalità: un caso (6°) per insufficienza mentale, altri due (8°-9°) per una psiconeurosi con elementi di marginalità, i restanti per struttura neurotica di tipo prevalentemente fobico o fobico-isterico.

Le personalità in questione risultano deboli per quanto riguarda i sistemi di integrazione dell'Io, carenti di risorse difensive valide in quanto facenti leva più su rimozione o rifiuto che su tentativi efficaci di superare i problemi.

L'insieme di queste osservazioni solleva alcuni problemi. Ci si può domandare se è da considerare casuale la richiesta di essere assunti a quel posto di lavoro sollevata da quei giovani, e solo da quelli. Il fenomeno mi pare troppo massiccio per essere casuale e ritengo che possa anche avere alcune spiegazioni. Da un lato è un lavoro poco ambito perché non molto remunerato, secondo per orari, impegnativo per disponibilità di tempo e difficoltà da affrontare. Può darsi che le caratteristiche del lavoro abbiano quindi selezionato un gruppo di persone che non trovavano, per le loro modeste risorse intellettive e di personalità, occupazioni più prestigiose. D'altra parte è possibile che le stesse persone si siano sentite attratte verso un lavoro che richiede proprio delle qualità nelle quali esse sono carenti, come fenomeno di compensazione inconsapevole. Il desiderio verbalizzato a livello conscio di « aiutare gli altri » nasconderebbe quindi la propria debolezza e carenza di quel sentimento sociale che apparentemente viene affermato, per un meccanismo di ipercompensazione, o forse il desiderio di essere a propria volta aiutati a superare la mancanza di rapporti interpersonali.

La presenza di queste motivazioni inconscie rende evidentemente problematico l'adattamento dei soggetti in questione al

lavoro al quale aspirano. Le difficoltà che incontreranno possono anche non essere insormontabili purché i soggetti siano aiutati ad affrontare i loro problemi personali e a rendersi così consapevoli degli atteggiamenti controtransferali impliciti nei loro interventi pedagogici.

Si vuol sottolineare come le conclusioni tratte possano essere limitate alla casistica incontrata e non debbano quindi essere affrettatamente generalizzate; tuttavia sono parse degne di menzione perché si inseriscono in una problematica di non infrequente riscontro e di indubbia importanza. Le riflessioni che si possono trarre a proposito di fenomeni analoghi stimolano alla ricerca di idonee modalità di intervento nel campo della formazione degli operatori psicopedagogici.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*. Newton Compton E., Roma, 1975, trad. di F. Parenti.
- ADLER A.: *Psicologia dell'educazione*. Newton Compton Ed., Roma, 1975, trad. di A. Piperno.
- ADLER A.: *Il temperamento nervoso*. Newton Compton It., Roma, 1971, trad. Di Piazza-Cerrina.
- BALINT M.: *Comment comprendre le malade*. Rev. Med. Psychosom., 72, 197.
- BERTIN G. M.: *Educazione alla ragione*. Armando, Roma, 1973.
- BUSNELLI C.: *L'éducateur de jeunes inadaptés et son hygiène mentale*. Réduct., 122-126, 1960.
- ELLENBERGER H.: *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino, 1972, trad. Bertola, Cinato, Mazzone, Valla.
- FLORES D'ARCAIS G.: *La pedagogia oggi*, in « AA. VV.: *Prospettive pedagogiche* », La Scuola. Brescia, 1959, pp. 12-15.
- GRASSO P. G.: *L'educatore come noi lo sognamo*. Orient. Pedag., 2, 132, 1954.
- LOI G.: *Il momento sociale della psicanalisi*. Boringhieri, Torino, 1970.
- MATHIS M.: *L'enfant privé de sa famille*. Sauv. de l'enf., 5-6, 199, 1967.
- METELLI DI LALLO C.: *Analisi del discorso pedagogico*. Marsilio, Padova, 1966.
- ORGLER H.: *Alfred Adler e la sua opera*. Astrolabio, Roma, 1970, trad. di M. Montanari.
- PARENTI F.: *Manuale di psicoterapia su base adleriana*. Hoepli, Milano, 1970.
- RADAELLI U.: *Lo specialista come consulente nel trattamento rieducativo*. Esp. Ried., 10, 1, 1966.
- RADAELLI U.: *Ambiente umano e disadattamento giovanile*. Esp. Ried., 4, 35, 1967.
- REYMOND-RIVIER B.: *Lo sviluppo sociale del bambino e dell'adolescente*. La Nuova Italia, Firenze, 1970, trad. di G. Pezzoli.
- ROVERA G. G. e coll.: *Modelli psicosessuologici in igiene mentale*. Ed. Minerva Medica, Torino, 1976.
- ROVERA G. G., VERGANI E.: *Atteggiamenti di controtransfert nel rapporto educatrici-minori disadattate socialmente*. Atti VIII Congr. Naz. Lega Ital. Ig. Prof. Ment., Bologna, 29-30 settembre / 1° ottobre 1967.
- SARAZ M.: *Ricerche per un profilo dell'educatore*. Realtà Ed., 18, 38, 1966.
- SCILLIGO P.: *Dinamica dei gruppi*. S.E.I., Torino, 1973.
- SULLIVAN H. S.: *La moderna concezione della psichiatria*. Feltrinelli, Milano, 1970.
- ZAVALLONI R.: *Elementi per un profilo del maestro*. Pedag. e Vita, 1,1, 1961.
- WITTY P. A.: *Analysis of the personality traits of the effective teacher*. J. Educ. Res., 40, 662, 1947.
- WOODS G.: *Il bambino handicappato*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1977, trad. di P. Curatolo.

M. FULCHERI
L. PINESSI
G. DE MARTINI

COUNSELING SECONDO L'INDIRIZZO ADLERIANO IN ETILISTI

Oggi è pressoché universalmente riconosciuta la necessità di un approccio multidisciplinare al problema dell'alcoolismo (1), la cui risoluzione potenziale consiste, di conseguenza, in una serie diversificata di interventi terapeutici e di misure preventive.

Le principali modalità di trattamento psicoterapeutico (2) utilizzate in casi di etilismo riflettono l'orientamento psico-sociale degli studi moderni, volto alla investigazione psicologica sistematica della personalità profonda dell'alcoolista, del coniuge, della famiglia e dell'ambiente sociale. Esse, con varianti di metodo più o meno accentuate a seconda degli orientamenti teorici di ciascuna scuola, si possono sinteticamente distinguere in: interventi psicoterapici individuali, di gruppo, centrati sulla famiglia o sulla coppia, di counseling.

Anche l'individualpsicologia si rifiuta di riconoscere una matrice unica al fenomeno alcoolismo e pertanto ritiene che l'approccio terapeutico debba essere il più possibile duttile, assumendo di volta in volta una delle modalità suddette, a seconda

(1) Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il termine « alcolizzato » indica « un bevitore eccessivo la cui dipendenza rispetto all'alcool sia tale da presentare turbe mentali (o prodromi delle stesse) e manifestazioni che incidano sulla salute e sul buon comportamento sociale ed economico ». L'alcoolomania è una condotta patologica che si avvicina ma non è analoga alla tossicomania, in quanto in essa: 1) non c'è tendenza ad aumentare la quantità ingerita che è anzi sostituita da una riduzione del consumo; 2) c'è una intolleranza in luogo della tolleranza; 3) infine i disturbi conseguenti all'astinenza sono molto meno importanti, o incostanti, nell'alcoolista.

(2) Tralasciamo, in quanto non interessano in questa sede, gli interventi clinico-farmacologici, quelli eminentemente sociali e le tecniche di decondizionamento (terapie comportamentistiche, ipnosi, ecc.).

della particolare esigenza dei singoli pazienti. Nel presente contributo focalizzeremo l'attenzione sulle possibilità terapeutiche offerte dal counseling di ispirazione adleriana nel trattamento di soggetti alcolisti.

Dal momento che l'abuso di bevande alcoliche può derivare da una complessa serie di fattori individuali e di gruppo, l'Individual psicologia ritiene altamente opportuno, prima di iniziare un trattamento terapeutico di counseling, indagare sulle diverse possibilità eziologiche. Noi ora ne sintetizzeremo alcune, limitandoci ad esaminare quelle di interesse psicologico, in quanto maggiormente significative per l'argomento qui trattato e trascurando volutamente i fattori sociali, economici, culturali, organici, pur consapevoli della loro rilevanza quali co-determinanti.

Secondo la linea interpretativa adleriana, si possono distinguere due modalità di compensazione patologica che sfociano nell'alcolismo: una attiva o aggressiva, l'altra passiva. Nella prima l'effetto disinibente provocato dall'alcool è sfruttato ai fini di acquisire maggior sicurezza, che consenta un rapporto interpersonale più sciolto o permetta di agire in settori abitualmente esclusi dal sentimento di inferiorità; oppure che faciliti un rapporto oppositivo nei confronti dell'ambiente, attraverso proteste aggressive equivalenti a « controcostrizioni », dirette a rinnegare determinate regole di moderazione imposte dalla società e, per essa, da alcune figure del più ristretto ambiente familiare (genitori, coniuge, etc.). La modalità di compenso passiva si configura prevalentemente come un fuga o un evitamento di situazioni particolarmente frustranti (solitudine, abbandono o morte del partner, pensionamento etc.), realizzati attraverso la compromissione o attenuazione dello stato di coscienza generate dall'alcool.

Talora invece la via dell'alcool può essere scelta come mezzo che assicura l'ingresso in un gruppo avente valore di modello idealizzato (in simili casi l'alcolomania potrebbe essere considerata una manifestazione distorta del sentimento sociale); oppure essere condizionata dalle caratteristiche dell'ambiente, che propongono l'abbondante consumo di alcolici come simbolo di virilità idealizzata.

Le modalità citate, pur rispondendo al significato generale che la psicologia adleriana assegna alle compensazioni, di tentativo di superare il sentimento di inferiorità, acquistano un va-

lore semantico variabile a seconda che l'inferiorità che le sollecita abbia carattere di transitorietà, persistenza, etc. Pertanto, ci sembra di poter distinguere forme diverse di alcoolismo, proprio in considerazione delle particolari finalità perseguite tramite i meccanismi compensatori che lo sostengono; premettiamo, comunque, che la seguente classificazione non pretende di rispecchiare fedelmente ed esaustivamente la complessità del fenomeno, ma ha un valore puramente indicativo e orientativo ai fini della scelta dell'intervento terapeutico.

Spesso l'alcoolismo è un vero e proprio sintomo nevrotico, che agisce come meccanismo di compenso di un sentimento o di un complesso di inferiorità radicato a livello profondo: in questi casi la terapia di elezione è la psicoterapia individuale analitica, la sola in grado di far affiorare i dinamismi inconsci responsabili in gran parte del processo nevrotico. Diverso è il caso in cui l'alcoolismo sia interpretabile come compensazione, attiva o passiva, di un sentimento o complesso di inferiorità transitorio o legato a fattori contingenti: in questo secondo tipo, che potremmo definire « alcoolismo reattivo », il counseling può risultare uno strumento terapeuticamente utilizzabile, come diremo specificamente più avanti.

Altra forma di alcoolismo è quella « ambientale », indotta come si è visto dalle caratteristiche dell'ambiente: in questi casi le resistenze a qualsiasi trattamento sono assai elevate, perché sostenute da uno stile di vita collettivamente accettato, il cui abbandono implica un certo vissuto di emarginazione, e pertanto anche l'utilizzo del counseling non potrà che essere limitato.

Un discorso a parte merita l'etilismo femminile, le cui problematiche sono largamente connesse al ruolo della donna nella società. In generale sembra che, quasi sempre, l'alcoolismo si realizzi nella donna sulla base di una organizzazione nevrotica volta alla compensazione di una condotta di insuccesso, di un disinganno, di una solitudine, di una situazione di abbandono, di un rifiuto di dipendenza coniugale, etc. In particolare è una forma sicuramente inquadrabile nell'ambito della « protesta virile », nel senso che l'alcool diviene obiettivo di conquista perché identificato quale privilegio della tradizione maschile. In ogni caso, l'alcoolismo femminile è un comportamento sintomatico di uno squilibrio, di una nevrosi latente o patente, molto più spesso di quello maschile. Di conseguenza l'approccio terapeutico privile-

giato per le donne etiliste consisterà in una psicoterapia individuale analitica, mentre l'impiego del counseling sarà qui estremamente limitato.

Fatte queste premesse, in cui si ipotizza che il counseling adleriano sia applicabile con qualche buon risultato prevalentemente in quelle forme di alcoolismo che abbiamo definito reattive, daremo qualche indicazione di carattere metodologico.

Come fa notare R. Dreikurs, la caratteristica essenziale del counseling adleriano consiste nel fatto di essere centrato su un problema attuale: è il presente ad essere in primo piano e con esso l'atteggiamento del paziente nei suoi confronti. A differenza della psicoterapia analitica, il counseling non si propone di modificare lo stile di vita dell'individuo, in cui rientrano elementi costitutivi consci e inconsci, ma si prefigge il più modesto obiettivo di migliorare la consapevolezza degli atteggiamenti attuali di superficie. A tale fine sono necessari solo alcuni accenni di interpretazione, che forniscano al soggetto la chiave per comprendere quali mete fittizie stia inseguendo, e per quali motivi esse non siano adeguate, e che favoriscano la libera scelta di mete sostitutive maggiormente gratificanti.

Sintetizzando, possiamo individuare tre momenti distinti nel counseling per etilisti: in primo luogo è indispensabile stabilire una corretta relazione fra terapeuta e paziente, basata cioè sulla fiducia e sul rispetto reciproci. Infatti un buon rapporto affettivo-emotivo, oltre che presupposto irrinunciabile per la buona riuscita delle fasi successive, può già avere di per se stesso un certo valore terapeutico, riducendo l'isolamento dell'alcolista e incanalando parzialmente le tensioni generatrici della scelta alcolica.

Il secondo momento consiste nella comprensione del paziente e del suo problema: per raggiungere questo obiettivo si dovrà procedere ad una investigazione psicologica che, partendo dall'anamnesi del vissuto, ovviamente ridotta ai punti salienti, esamini gli atteggiamenti del soggetto, le sue relazioni con gli altri, le figure significative del suo ambiente e le caratteristiche socio-culturali del medesimo. In tal modo sarà possibile ricostruire, se pure parzialmente, lo stile di vita, il quale può rendere conto della scelta alcolica, intesa, come si è detto, come modalità compensatoria reattiva.

La terza tappa, volta al ricupero del soggetto e della sua autonomia, è sicuramente quella che implica, più delle precedenti, un impegno attivo da parte del soggetto stesso: la rinuncia all'alcool deve infatti scaturire da una decisione autonoma, affinché possa reggere nel tempo, e non semplicemente da un ossequio transferale e filiale, pericolo che si cerca di evitare fin dall'inizio dell'intervento proprio instaurando un rapporto di collaborazione, solidale e paritario. Da quanto detto, è evidente che l'operatore di counseling, nella prospettiva adleriana, non si limita semplicisticamente a dare consigli diretti, né ad un generico processo di incoraggiamento, ma si propone piuttosto di aiutare e sostenere il paziente lungo la strada dell'autonomia e della consapevolezza. Per concludere ci sembra doveroso mettere in guardia contro i facili entusiasmi, ribadendo che il counseling non è analisi e non può sostituirsi ad essa, ma ha un campo di applicazione più limitato; è assolutamente indispensabile, per non generare false aspettative ed inevitabili delusioni, accertarsi con cura che i casi di alcoolismo che ci si propone di trattare non siano di un falso tipo reattivo. Spesso infatti un fattore contingente può essere scambiato per generatore di reazione, mentre in realtà è soltanto l'elemento scatenante che fa affiorare una conflittualità nevrotica latente: in simili casi un approccio di counseling, con esito inevitabilmente negativo perché applicato su terreno inadatto, potrebbe compromettere una eventuale disponibilità alla psicoterapia individuale e con essa far dileguare quasi totalmente la possibilità di guarigione.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Il temperamento nervoso* (1912). Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo* (1927). Newton Compton, Roma, 1975.
- ARIETI S.: *Manuale di Psichiatria*. Boringhieri, Torino, 1970.
- AA. VV.: *Alcoolismo, clinica e terapia*. Masson Editori, Milano, 1979.
- DREIKURS R.: *Psychodynamics, Psychoterapy and Counseling*. Alfred Adler Institute of Chicago, 1967.
- DREIKURS R.: *Fundamentals of Adlerian Psychology*. Alfred Adler Institute of Chicago, 1953.
- EY - BERNARD - BRISSET: *Psichiatria*. Utet, Torino, 1972.
- MOAVERO-MILANESI A.: *Prevenzione dell'alcoolismo*. Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1978.
- PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P. L. e CASTELLO F.: *Dizionario ragionato di psicologia individuale*. Cortina, Milano, 1975.
- PARENTI F.: *Manuale di psicoterapia su base adleriana*. Hoepli, Milano, 1970.
- Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti*. Atti del X Convegno della Sezione di Psicoterapia Medica (Ancona 22-23 novembre 1975). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1977.
- Prospettive psicoterapiche nel trattamento dei tossicomani*. Atti del X Convegno della Sezione di Psicoterapia Medica (Ancona 22-23 novembre 1975). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976.
- TORRE M.: *Psichiatria*. Utet, Torino.

GIACOMO MEZZENA

LA FIGURA DI ADLER COME PADRE,
VISTA NELLA SUA COERENZA PSICOPEDAGOGICA
E SOCIALE DALLA FIGLIA ALEXANDRA

In « We knew Alfred Adler » (Individual Psychology Pamphlets — Number two — the Adlerian Society of Great Britain, 1977) appare uno scritto di Alexandra Adler intitolato « Recollection of my father ». La lettura di questa testimonianza offre utili motivi di riflessione che permettono di comprendere con sempre maggior profondità la figura del fondatore della Psicologia Individuale.

Anzitutto il lettore può essere colpito dalla coerenza tra prassi e teoria, elemento non sempre presente nei grandi maestri; ma in Adler ci rendiamo conto che è tale da permetterci una più valida comprensione della sua personalità.

Scrive Alexandra: « La tollerante atmosfera domestica nella quale io e i miei fratelli siamo cresciuti a Vienna ci ha offerto una buona occasione per conoscere nostro padre e acquisire la capacità di penetrare nel suo modo di pensare e di agire con gli esseri umani ».

Pertanto l'atteggiamento del padre e la stessa atmosfera familiare non solo facilitano il rapporto affettivo, ma influiscono positivamente sulla maturazione del sentimento sociale.

Adler diventa così il modello di comportamento per i suoi figli che lo percepiscono in modo estremamente positivo. « ... Egli era per temperamento un uomo molto socievole e godeva la compagnia dei suoi amici che spesso accoglieva alla nostra mensa, dove nascevano vivaci discussioni che frequentemente continuavano fin dopo mezzanotte ».

Il modo con cui il padre si comporta nei confronti del prossimo evidenzia la forza del suo interesse sociale. Egli non è portato a ritirarsi in uno « splendido isolamento », a coltivare inte-

ressi egoistici che si pongono contro la società, ma a compiere sforzi per comprendere gli altri e i problemi universali che uniscono l'umanità. Non, dunque, una semplice disposizione all'estroversione, come sottolinea Jung, confrontando Adler a Freud (l'introverso) ⁽¹⁾, ma un sentimento sociale che non lo limita all'amicizia ristretta a pochi individui, ma lo induce a dibattere i grandi temi con tante persone, anche le più semplici, poiché sono di interesse universale.

Quella che noi nel campo educativo definiamo « responsabilizzazione », nonché la distinzione che facciamo tra libertà e licenza, tanto importante nel rapporto fra adulto e bambino, la troviamo non solo teorizzata, ma già presente nella pratica educativa familiare di Adler.

« Noi bambini che durante i pasti serali (con gli amici del padre) apprendevamo e maturavamo, avevamo il permesso di rimanere tanto quanto volevamo; eravamo incoraggiati dai nostri genitori ad usare il nostro giudizio circa il momento di prendere congedo da tutti per andare a letto. La sola condizione posta era che il mattino dopo dovevamo essere pronti e puntuali alla scuola ».

Come si vede è concessa al bambino la libertà di prendere le proprie decisioni; nello stesso tempo è anche presente la fermezza nell'educarlo, l'atteggiamento che favorisce in lui la tendenza ad assolvere i propri doveri.

« Io ricordo — dice Alexandra — che noi ascoltavamo con rapito interesse e sparivamo, uno ad uno, quando il sonno ci stava per vincere ».

Nel 1933, poco tempo dopo che Hitler aveva preso il potere in Germania, i giornali avevano riportato la notizia che una donna, accusata di aver tramato contro la sua vita, era stata impiccata, e che Hitler stesso aveva voluto presenziare all'esecuzione. Alexandra ricorda che questa notizia aveva profondamente turbato il padre il quale affermò che era inimmaginabile l'accaduto, in quanto non ci si può aspettare che un uomo, una volta venuto al potere, desideri andare a vedere giustiziare una donna. Al tempo in cui molti nel mondo erano ancora restii a giudicare definitivamente in senso negativo il dittatore tedesco,

(1) *Psychologie de l'incoscient*. Ginevra, Librairie de l'Université, Georg et Cie, 1952, pp. 87-90 (trad. it.: *Psicologia dell'inconscio*. Boringhieri, Torino).

Adler aveva già giudicato la personalità di Hitler da un solo atto.

Alexandra prende spunto da questo ricordo per sottolineare anche qui la coerenza paterna: « Questo è un esempio dell'uso del concetto dell'unità della personalità, un principio fondamentale della Psicologia Individuale ».

Il bisogno di cooperazione e di compartecipazione emotiva verso i propri simili, che si fonda sul sentimento sociale, lo possiamo rilevare anche negli episodi più comuni della vita di ogni giorno vissuta da Adler.

La figlia, per testimoniare l'altruismo, la profonda comprensione e solidarietà del padre verso le persone che si trovano in situazioni umane di particolare gravità e pericolosità, racconta che una volta egli, mentre era impegnato in una seduta analitica, vide su una finestra aperta del palazzo di fronte, all'altezza del quarto piano, due bambini che vi erano seduti e giocavano in quella pericolosa posizione, incoscienti del pericolo che stavano correndo. Egli immediatamente lasciò il suo paziente e si affrettò ad andare dalla madre dei due piccoli per metterla in guardia di quanto stava avvenendo ed aiutarla a togliere i due figli dal davanzale della finestra.

Adler non era per nulla portato ad esibire le proprie doti. Il suo sentimento sociale lo portava ad esprimere emozioni che uniscono, non quelle che aumentano il contrasto con gli altri come l'ambizione e la competizione intesa come conflitto negativo anziché stimolo reciproco. Privo di vanità, non teneva agli onori che gli conferivano. Alexandra ricorda che il padre durante la prima guerra mondiale era stato decorato con una medaglia per il servizio medico prestato al fronte. « Egli la diede a mio fratello, a quel tempo nella sua prima adolescenza, che neppure provò grande interesse in ciò ».

Le personalità del Maestro, comunque, era forte ed esercitava sugli altri profonda impressione.

J.B. Fages (storia della Psicologia dopo Freud, ed. « Il pensiero scientifico » - Roma, 1979) lo definisce « oratore nato, amante dei contatti con il pubblico »; egli rileva che « Domina essenzialmente in lui la tendenza alle relazioni sociali: è naturalmente popolare » e ancora « ... egli deve il suo successo professionale alla precisione della sua diagnosi, alla sensibilità di fronte alla sofferenza, al senso psicologico nel contatto con i malati ». Se le definizioni di uno storico non adleriano sono così

elogiative, possiamo ben dire che quanto è scritto dalla figlia sul padre, pur essendo colorato da un affetto profondo verso di lui, non si scosta dalla obiettività che ci permette di approfondire la conoscenza di Adler.

Tra i ricordi di Alexandra ne emerge uno che sottolinea la profonda impressione che il padre sapeva esercitare sul pubblico e l'enorme successo che riscuoteva come conferenziere. « Le sale per le conferenze erano sempre piene quando egli parlava. Una volta, quando io arrivai con lui in una sala dove egli era conferenziere, fummo respinti all'entrata perché nella sala non c'era più spazio. Mio padre, che aveva tentato di farsi riconoscere come conferenziere, si sentì replicare dagli usceri che altri prima di lui avevano tentato lo stesso stratagemma ».

Herta Orgler ha affermato che la dottrina di Adler è espressione del suo stile di vita. Questa affermazione è tanto vera da indurre gli studiosi a dar grande importanza alla storia personale del fondatore della Psicologia Individuale, storia che getta una luce ulteriormente chiarificatrice sul suo pensiero, sottolineandone la coerenza e la modernità.

Ma le testimonianze di una figlia e di una allieva, nonché il giudizio di uno storico, possono essere messi in dubbio e si leggono certe « impressioni ». Mi riferisco a quanto Jones, biografo di Freud, ha detto sulla personalità di Adler: « Secondo la mia impressione Adler era un individuo burbero e attaccabrighe, il cui comportamento oscillava tra la litigiosità e il cattivo umore. Era evidentemente ambiziosissimo e litigava continuamente con gli altri sulla priorità delle sue idee ». Si tratta come si vede, di una impressione che si trasforma in un giudizio pesante, per nulla obiettivo proprio perché non si basa su una valutazione imparziale; impressione probabilmente alimentata da sentimenti competitivi che inducono alla svalutazione di chi non la pensa come noi.

Alcuni potrebbero dire che nella testimonianza di una figlia e di una allieva si deve tener presente il lato affettivo del rapporto che condiziona il giudizio.

Indubbiamente. Ma questo non toglie nulla alla personalità di Adler. Altre testimonianze che discuteremo in un prossimo scritto contribuiranno a confermare questa nostra convinzione.

INCONTRO SULLE PSICOTERAPIE

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

Prof. EUGENIO FERRARI (1)

PROLUSIONE INTRODUTTIVA AL CONVEGNO

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

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

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

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

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

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

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

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

Dott. GIANNINO PICELLO (2)

PSICOTERAPIA ADLERIANA

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

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

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

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

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

(2) Analista adleriano - Psicologo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ultimogenito è in una posizione di infantilizzante privilegio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. GIUSEPPE A. TAMBURRO (3)

PSICOTERAPIA DEL MEDICO GENERICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con Guyotat le possiamo sintetizzare come segue:

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

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

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

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

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

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

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

Ma la risposta è ambivalente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Disagevole, non impossibile.

E proviamoci identificando innanzitutto uno dei campi di intervento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. GIOVANNI DELLO RUSSO (4)

PSICOTERAPIA DI GRUPPO

(Elementi di microsociologia)

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

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

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

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

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

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

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

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

Tra due persone vi è un solo rapporto possibile.

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

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

Tra otto persone sono possibili 28 rapporti comunicativi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° ogni gruppo possiede una sua struttura peculiare.

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

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

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

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

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

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

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

Dott. MARIO FIORE

PSICOTERAPIA FREUDIANA (*Riassunto*)

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

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

Dott. ANTONIO MICCOLI

PSICOTERAPIA COMPORTAMENTALE (*Riassunto*)

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

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

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

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

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTIZIARIO
(Attività dei Soci *)

Il Presidente della S.I.P.I. prof. Francesco Parenti:

- *ha presentato al XXXIV congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria (Acireale, 24-27 aprile 1980) una comunicazione sul tema « NUOVE IPOTESI PSICODINAMICHE SULLA DEPRESSIONE NELL'OTTICA ADLERIANA »;*
- *è intervenuto sul tema « DEPRESSIONE E CULTURA IN UNA SOCIETÀ DI TRANSIZIONE » nella Giornata dell'Università Europea di Bruxelles, svoltasi a Milano il 21 giugno 1980;*
- *è stato nominato docente per la Psicologia Individuale nel corso formativo triennale organizzato dall'Ufficio Cantonale di Orientamento Scolastico e Professionale di Bellinzona (Svizzera).*

Nel Convegno Autunnale della Società Italiana di Psicoterapia Medica sono state presentate le seguenti comunicazioni da parte di Soci della S.I.P.I.:

- *R. Accomazzo, M. Fulcheri « LA PSICOTERAPIA ANALITICA ADLERIANA COME INDAGINE E REVISIONE DI MODALITÀ RELAZIONALI NELLA PROSPETTIVA DEL RECUPERO DEL SENTIMENTO SOCIALE »;*
- *F. Maiullari, A. Mascetti « PSICOTERAPIA COME STORIA »;*
- *A. Mascetti, F. Maiullari « LA GUARIGIONE SECONDO LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE »;*
- *F. Parenti, P.L. Pagani « LA VOLONTÀ DI POTENZA DELLE STRUTTURE COME FATTORE DI DISTURBO PER LE FINALITÀ ETICHE DELLA PSICOTERAPIA »;*

— G.G. Rovera « METE FITTIZIE E METANOIA ».

Il Prof. Gian Giacomo Rovera e il Dott. Secondo Fassino sono stati docenti nel Convegno Monotematico su « ARGOMENTI DI PSICHIATRIA CLINICA E DI PSICODINAMICA IN SESSUOLOGIA », organizzato dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino.

Il volume « PROTESTA IN GRIGIO » di F. Parenti e P.L. Pagani è stato classificato primo assoluto nella sezione sagistica del « Premio Internazionale Scena Illustrata 1980 ».

(*) Pubblichiamo qui le informazioni pervenute in tempo utile alla Rivista.