

ANNO II^o

N. 2

MARZO 1974

RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

EDITA A CURA DELLA
SOCIETÀ ITALIANA
DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

RIVISTA
DI
PSICOLOGIA
INDIVIDUALE

Anno 2 - N. 2

Marzo 1974

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

SEGRETARIO DI REDAZIONE

Dott. Vittorio Craia



Tipografia Compagnucci
Via Roma 106 - 62100 Macerata

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

I N D I C E

<i>Il XIIº Congresso Internazionale di Psicologia Individuale</i> pag. 1	HENRI NIEDZIELSKI: <i>« Contributi della psicologia individuale all'insegnamento personalizzato delle lingue straniere »</i> pag. 46
PIERO DAGLIO: <i>« L'inserimento della psicologia individuale adleriana nella moderna psichiatria »</i> . . . pag. 3	BERNARD PAULMIER: <i>« La pseudo-debilità, espressione di uno stile di vita »</i> . . pag. 48
PIER LUIGI PAGANI: <i>« La fuga come compensazione nell'età evolutiva alla luce della psicologia individuale »</i> pag. 8	PAUL ROM: <i>« Complessi e stile di vita »</i> pag. 50
FRANCESCO PARENTI: <i>« Prospettive per una nuova psicoterapia di gruppo su base adleriana »</i> pag. 15	HERBERT M. ROSENTHAL: <i>« Il rapporto fra paziente e terapeuta: l'eguaglianza come modello operativo »</i> . . . pag. 52
EDMONDO PASINI: <i>« Psicoterapia adleriana della coppia »</i> pag. 22	HERBERT SCHAFFER: <i>« Immaginazione attiva e psicoterapia adleriana »</i> . . pag. 54
EDMONDO PASINI: <i>« Esperimento di psicoterapia adleriana di un drogato »</i> pag. 33	MANFORD SONSTEGARD: <i>« Su di un corso televisivo di psicologia individuale adleriana »</i> pag. 56
LUCY K. ACKERKNECHT: <i>« Il ruolo dell'analisi dello stile di vita nelle maratone adleriane »</i> pag. 40	<i>Libri ricevuti</i> pag. 58
MARVEN O. NELSON E KATHLEEN R. BUFFONE: <i>« Raffronto fra i concetti genitori-divinità e i dati del MMPI »</i> pag. 43	<i>Attività della SIPI</i> . . pag. 59

IL XII° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Nei giorni 7, 8 e 9 luglio 1973 si è tenuto a Milano, presso l'Auditorium della Lepetit, il XII° Congresso dell'International Association of Individual Psychology. Ai lavori hanno partecipato medici, psicologi, educatori e studenti che provenivano dall'Austria, dalla Francia, dalla Germania, dall'Inghilterra, dall'Italia, dall'Olanda, dalla Polonia, dagli Stati Uniti e dalla Svizzera, dimostrando la vitalità e la diffusione della corrente psicologica adleriana nel mondo.

L'inizio delle sedute scientifiche è stato preceduto da un indirizzo di benvenuto, rivolto ai congressisti dal presidente della I.A.I.P. Dr. Bernard H. Shulman e dal presidente della S.I.P.I. Prof. Francesco Parenti.

La tematica delle comunicazioni preordinate, pubblicate o riassunte in questo fascicolo della nostra rivista, è stata particolarmente vasta, spaziando dalla tecnica psicoterapeutica alla psicopedagogia, dall'esposizione di casi clinici a specifici problemi concettuali. Ad ogni intervento dei relatori è seguita una vivace discussione aperta a tutto il pubblico, da cui è affiorata, pur nella varietà delle tesi e delle posizioni di dettaglio, la fondamentale e spontanea unità d'orientamento che tuttora sostiene gli psicologi adleriani.

Particolarmente apprezzato è stato il contributo, sempre umano e scientificamente approfondito, del Dr. Kurt A. Adler, figlio del fondatore della Psicologia Individuale.

Nell'ambito del Congresso si è riunita l'assemblea dei delegati, che rappresentavano le varie associazioni aderenti alla I.A.I.P. Dopo aver trattato numerosi problemi organizzativi, essi hanno proceduto all'elezione del nuovo Consiglio Direttivo internazionale. Sono risultati eletti:

Bernard H. Shulman, Stati Uniti (*Presidente*)

Marven O. Nelson, Stati Uniti (*Segretario Generale*)

Herbert Schaffer, Francia (*Vice Presidente*)

Maurice Bullard, Stati Uniti (*Tesoriere*)

Kurt A. Adler, Stati Uniti (*Consigliere*)

Knut Baumgärtel, Austria (*Consigliere*)

Erik Blumenthal, Svizzera (*Consigliere*)

Francesco Parenti, Italia (*Consigliere*)

Paul Rom, Inghilterra (*Consigliere*)

George H. van Asperen, Olanda (*Consigliere*)

Il Consiglio Direttivo, nella sua prima riunione, ha accolto l'invito della Società Tedesca di Psicologia Individuale, scegliendo Monaco di Baviera come sede per il XIII^o Congresso Internazionale, previsto per l'agosto 1976.

* * *

Prof. PIERO DAGLIO (Torino)

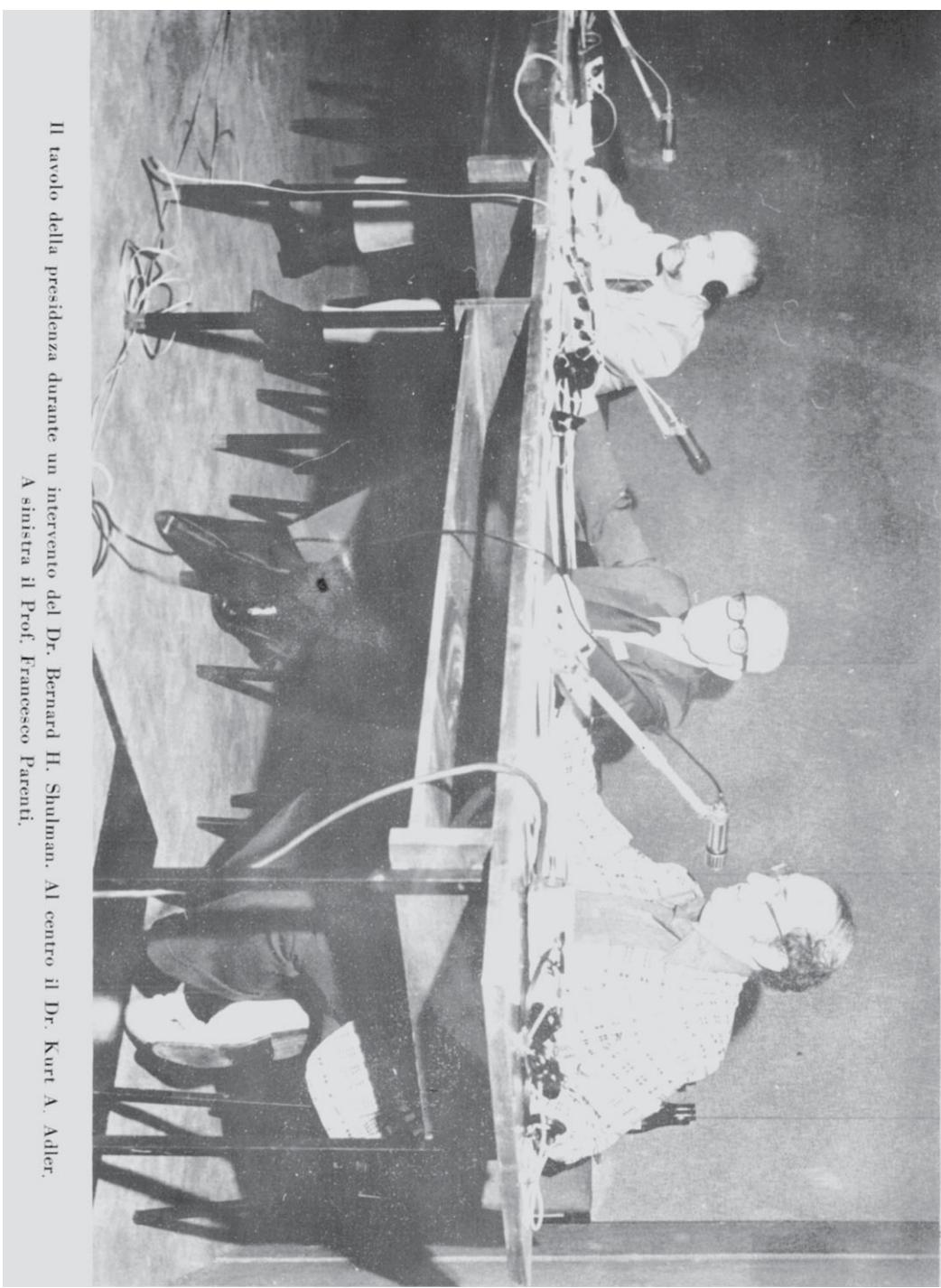
L'INSERIMENTO
DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE ADLERIANA
NELLA MODERNA PSICHIATRIA

(Comunicazione al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Ai primi, timidi tentativi psicoterapeutici si opponevano un tempo la diffidenza di molti medici e quella dei malati. Ora la situazione è radicalmente mutata, in quanto questo tipo di cura è richiesto spontaneamente dagli stessi pazienti, spesso sensibilizzati negativamente verso la farmacoterapia da un timore della sua pericolosità. Una terapia senza farmaci, infatti, presenta di per sè un'alta carica di suggestione.

Esiste peraltro ancora una frequente confusione fra il concetto di psicoterapia e quello particolare di psicoanalisi. Ciò è da porsi in relazione con una divulgazione scientifica non sempre obiettiva e spesso parzialmente e non correttamente assorbita, in cui domina la volgarizzazione della dottrina freudiana o al più l'elargizione di qualche concetto jungiano.

Se pure il concetto d'inconscio ha radici filosofiche antichissime, che risalgono a secoli prima di Freud (basti pensare a Leibniz), il padre della psicoanalisi ebbe certamente il merito di aver posto il problema in una particolare congiuntura storico-scientifica, quando la terapia psichiatrica tradizionale cominciava ad evidenziare la sua impotenza e le innovazioni sperimentali fondate sull'ipnosi, con gli apporti di Charcot e della scuola di Nancy, si erano dimostrate insufficienti. Il fenomeno Freud ha inoltre matrici sociologiche negli austeri tabù e nei pregiudizi paternalistici del periodo vittoriano, tan-



Il tavolo della presidenza durante un intervento del Dr. Bernard H. Shulman. Al centro il Dr. Kurt A. Adler.
A sinistra il Prof. Francesco Parenti.



Una fase dei lavori congressuali. Al microfono il dottor Piero Parietti.

to che si può attribuire alla psicoanalisi un vero e proprio ruolo contestatorio avanti lettera, che sollevò il coperchio del vaso di Pandora, spandendone per il mondo il contenuto scabroso e inammissibile dai più.

La più nota fra le apostasie che si dipartirono dalla dottrina freudiana, quella capeggiata da Jung, ricchissima di fermenti culturali, modificò la dottrina del maestro, spostandola su nuove basi, ma soprattutto disincastrandola dal pansessualismo, pur senza distruggere l'elemento sessuale, ma ridimensionandolo col formarne una parte del sistema e non tutto il sistema. Con Jung la *libido* viene ad assumere un significato più dilatato, non esclusivamente sessuale, ma con espressione di energia vitale.

La pur settorialmente valida ipotizzazione di Jung, le cui fonti d'ispirazione erano in prevalenza filosofiche, non si offriva ancora come un sufficientemente concreto strumento di guarigione, del tutto inserito nell'edificio della medicina. Il primo scientifico collegamento fra psicologia del profondo e medicina porta sicuramente il nome di Alfred Adler, nome purtroppo conosciuto dai più solo in superficie, scarsamente divulgato dall'informazione medica per il grande pubblico e bersaglio di non meditate accuse di superficialità.

La necessità di questo ponte scientifico è invece dimostrata dalla frattura che si era andata creando fra la psichiatria somatistica tradizionale ed i nuovi indirizzi psicologici fondati sull'inconscio. Le ragioni di una saldatura fra l'una e gli altri sono molteplici, ma ve n'è una, a mio avviso la più importante e la più genuina, che segna l'orientamento vero della psicologia medica: l'esigenza di studiare essenzialmente l'individuo nei suoi rapporti interpersonali, nelle sue reazioni, inibizioni e compensazioni, in altre parole in quella sua impalcatura nevrotica, che attinge tanto alla psiche, quanto ad un substrato biologico dal quale non si potrà mai prescindere.

La frattura, sebbene assai lentamente, si sta dunque saldando. E' giunto alfine il momento in cui ogni corrente scientifica deve uscire dalla sua torre d'avorio per istituire un dialogo con altre, allo scopo di ricevere materiale di scambio dottrinario e tecnico, con un completamento vicendevole in-

ogni aspetto della conoscenza: è questa collaborazione interdisciplinare, oggi divenuta indispensabile, che ci darà i suoi frutti migliori.

Se prendiamo in esame anche solo alcuni dei punti fondamentali della dottrina di Adler, non possiamo non avvederci che questi hanno preso l'avvio proprio da quell'osservazione rigorosa che forma il substrato delle ricerche in medicina. La scienza medica non può abdicare dal metodo sperimentale, da cui è derivato essenzialmente il suo progresso. La frizione fra Adler e Freud si basa appunto largamente sulla critica adleriana alla carenza di metodo sperimentale nelle ipotesi psicoanalitiche.

Il punto di partenza della psicologia individuale è incontestabilmente fondato sull'osservazione rigorosa: il concetto d'inferiorità d'organo, che inserisce influenze somatiche bene avvertibili nella costruzione della personalità nevrotica.

Mi piace ricordare i rapporti che certamente esistono, sebbene non privi di discordanze, fra la dottrina adleriana dell'inferiorità d'organo e il costituzionalismo che, ridimensionato e sfondato dalle sue esasperazioni, conserva ancora oggi un ruolo indiscutibile nella medicina. Ancora tengo a rammentare i nomi di due grandi costituzionalisti italiani: Achille De Giovanni e il suo completatore e revisore biotipologico Nicola Pende.

Un concetto che gli psichiatri, anche classicamente formati, non possono certo rifiutare è quello adleriano che segna l'iter dalla prima base patogenetica organica delle nevrosi alla loro successiva evoluzione psicodinamica. Non è difficile avvertire il divario scientifico che esiste fra questo tipo d'impostazione e quello di altre correnti psicologiche, che hanno abbandonato il procedimento d'induzione, facendo tutto discendere da principi generali di ordine più filosofico che medico. Così il pansessualismo freudiano assume il valore di un concetto universale, impiegato per interpretare deduttivamente i processi psichici. Un'altra riprova di come la critica all'errore metodologico sia alla base della secessione adleriana.

Ora una breve risposta ad una delle critiche mosse con maggiore frequenza, e prima da me ricordata, alla psicologia individuale adleriana: quella di trascurare un vero appro-

fondimento dell'inconscio, restando in superficie nelle sue interpretazioni. Direi che Adler non ha trascurato affatto l'analisi dell'inconscio, ma ne ha più realisticamente delineato i limiti, senza fare dell'*Es* la formula algebrica per ogni soluzione. La restrizione del campo dell'inconscio ne rivaluta, in fondo, l'importanza.

Sul piano pragmatico siamo oggi lieti di constatare che i principi della psicologia individuale sono ormai entrati di fatto, assieme agli altri, nell'osservazione psichiatrica corrente, anche se il nome di Adler non viene sempre direttamente chiamato in causa. D'altra parte le altre dottrine, pur mantenendo un legame teorico con le loro fonti di base, si sono largamente modificate e rinnovate, accostandosi all'indagine interpersonale, che rappresenta nel nostro tempo una necessità assoluta. Che Adler sia stato il pioniere di queste innovazioni è una realtà indiscussa. Con Adler inoltre è sorto il vero studio di una psicopatologia su base somatica e poi dinamica, oggi quanto mai attualizzata dalla medicina psicosomatica. Con Adler è nata una psicopatologia familiare, scolastica e d'ambiente di lavoro: una psicopatologia che affronta, in tutti i loro aspetti, i rapporti interpersonali. Nella psichiatria ambulatoriale di «routine», già al primo contatto con il paziente, emerge una problematica che dovrà essere necessariamente studiata sotto questo particolare profilo. Nell'indirizzo adlerianiano, poi, il problema sessuale non è affatto trascurato, come erroneamente si afferma, ma esso viene posto nella sua giusta dimensione, senza ipertrofie e senza forzature, ma senza limitazioni.

Esaminiamo ora le possibilità d'inserire il contributo della psicologia individuale nella grande psichiatria e soprattutto nella sindrome che ne rappresenta il principale obiettivo: la schizofrenia. E' chiaro che in questi casi la psicologia può solo interpretare una dinamica psichica che si sovrappone a fattori eziopatogenetici preminenti di altra natura e ciò ne limita di per sè le possibilità d'impiego. L'assenza di precisi e probativi reperti anatomico-patologici non consente di attribuire tali gravi deviazioni psichiche puramente a fattori psicodinamici e di apparentarle, in base ad analogie insufficienti, con le nevrosi.

La riforma dell'assistenza psichiatrica ospedaliera è una esigenza civile indiscutibile, che deve però partire più dalla evoluzione che dalla rivoluzione, tenendo sempre ben presenti le conoscenze nosologiche e cliniche acquisite nel corso di quasi due secoli. La psicologia individuale adleriana, offre valide e complementari possibilità d'impiego anche nella grande psichiatria, soprattutto nel processo di ristrutturazione psicologica dopo le terapie somaticamente e farmacologicamente impostate, e nel reinserimento attivo del malato mentale nella società.

Psicologia individuale non significa dunque cercare l'uomo a guisa di Diogene, significa piuttosto ricomporlo realisticamente, con un maturo senso dei propri limiti, in un nuovo assetto che lo reintegri nelle sue funzioni vitali e sociali.

Dott. PIER LUIGI PAGANI (Milano)

**LA FUGA COME COMPENSAZIONE
NELL'ETA' EVOLUTIVA
ALLA LUCE DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

(Comunicazione al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Gli aspetti comportamentali normali e devianti ed i limiti fra questi e quelli subiscono nel corso del tempo variazioni spesso tanto notevoli da modificare o sovvertire completamente i moduli di giudizio per una loro corretta interpretazione. Il mutare dei fatti e delle valutazioni è particolarmente significativo nella nostra epoca di transizione, in cui la crisi di trascorsi modelli ideali sta generando una contingente fase distruttiva, dalla quale stentano per ora a prender corpo le sicure idealità su cui dovrà reggere il domani. Il nuovo condizionamento del costume corrente appare certo in modo più clamoroso per le generazioni oggi adolescenziali, che polemicamente contrappongono ad una tradizione zoppicante una sfida concretata in atti e rivendicazioni, intenzionalmente rivolti a ferire gli anziani o i ritenuti anziani. Se già le linee del comportamento normale appaiono tanto cambiate da sembrare abnormi a chi le giudichi con gli occhi di ieri, ancor più drastica è la diversità delle compensazioni indirizzate a neutralizzare uno scompenso di base.

Questo studio socio-psicologico, la cui luce interpretativa è centrata stamente adleriana, affronta in modo specifico il fenomeno della « fuga » nell'età evolutiva, ossia dell'evasione dalla famiglia da parte di giovani e giovanissimi che si sentono in essa insufficientemente integrati o che hanno riportato traumi e frustrazioni dai rapporti intrafamiliari o che

ancora hanno sentito il fascino di suggestioni esterne capaci di sopraffare la precedente impronta educativa.

Episodi di questo tipo sono sicuramente esistiti da sempre. Sino a pochi anni fa, però, l'incidenza delle fughe di adolescenti non era molto rilevante. La loro matrice, infatti, poteva essere facilmente giustificata in situazioni assai lontane dallo standard o per le caratteristiche psicologiche e sociali della famiglia o per la personalità marcatamente deviante dei fuggitivi. Oggi, invece, la percentuale di allontanamenti di giovani dalla famiglia sta presentando un crescendo veramente allarmante, tanto che il fenomeno ha finito per rivestire un'importanza collettiva che trascende il giudizio sui singoli casi.

Le modalità con cui si esprime il fenomeno fuga presentano una vastissima gamma di differenze e sfumature, che vanno dalla sola potenzialità variamente significata alla più cruda e perdurante effettuazione. Il semplice desiderio di fuggire è tanto diffuso e reciprocamente imitato da poter essere inserito nel costume psicologico. Un esempio chiaramente dimostrativo: gli psicologi che impiegano d'abitudine il Thematic Apperception Test sui loro giovani pazienti avranno tutti osservato il notevolissimo incremento delle narrazioni che elaborano in vario modo la tematica della fuga dalla famiglia. Vi sono poi le fughe transitorie con intenzione in prevalenza dimostrativa, che presumono già più o meno consapevolmente il ritorno e sono finalisticamente indirizzate a modificare, con un aggressivo argomento di pressione, alcune impronte educative dei genitori od a superare di fatto alcune limitazioni della libertà concessa. Altre volte il ritorno spezza, con la nostalgia ovattata della sicurezza familiare, una primitiva e più cocciuta decisione di allontanamento. Altre volte infine l'evasione prende corpo come soluzione stabilizzata, che pertinacemente rinnega gli schemi del passato personale.

Molto vasta è pure la gamma delle cause psicologiche e sociali cui risale la reazione fuga. Gli scompensi educativi nell'ambito della famiglia stanno sempre in primo piano e possono essere ancora ricondotti a ciò che Adler per primo evidenziò e che duttilmente si adatta, pur nel rinnovarsi dei

dettagli di costume, al correre del tempo ed ai rivolgimenti sociali. Così un'educazione troppo repressiva suscita talora rivalence autonomizzanti a contenuto aggressivo; un'educazione troppo morbida e protettiva può incoraggiare un collaudo più indipendente ed affascinante delle capacità di rapporto interpersonale; una carenza affettiva può condurre ad altre fonti esteriori cui attingere intense emozioni; una marcata diversità di abitudini e di opinioni, di livello economico e d'inquadramento sociale, fra il nucleo familiare d'origine ed altri ambienti avvicinati con lo stupore ansioso dei neofiti, induce non di rado ad una scelta autovalorizzante in favore di questi ultimi. Più nuova e contingente è la casistica fondata su stimoli pressocché esclusivamente ambientali, il cui valore suggestivo si esercita molto spesso con la sua forza trascinante anche quando l'educazione precedente aveva impostato un giusto equilibrio fra concessioni ed orientamenti guidati.

Un'antica motivazione delle fughe giovanili è quella connessa alle vicende amorose contrastate. Essa, pur non essendo certo un frutto particolare del nostro tempo, segnala una notevole ed apparente incentivazione, in quanto agisce spesso da catalizzatore per situazioni già precarie, fornendo un motivo contingente ad una premessa gradualmente sedimentata nell'inconsapevole. I fermenti sociali ed ambientali, quindi, espandono il fenomeno per la maggiore autonomia da essi assegnata alle decisioni d'impulso giovanili e per il disagio di base tipico delle nuove generazioni. Va tenuto presente che non di rado le scelte affettive e sessuali impostate in età non ancor matura ed il crescente aumento di matrimoni fra giovanissimi, la cui tenuta offre incidenze statistiche tutt'altro che incoraggianti, nascondono solo il bisogno di allontanarsi da un ambiente familiare non gradito.

La sessualità si affaccia nel fenomeno fuga anche attraverso la sua ben delineata patologia. Accade così con una certa frequenza che giovani iniziati all'omosessualità si allontanino da casa per esplicare più liberamente la loro perversione, sfuggendo sia agli impedimenti concreti che la ostacolano, sia al quotidiano e inferiorizzante confronto proposto da un ambiente normale. Per quanto riguarda poi le cause delle perversioni e in particolare dell'omosessualità, fatta ec-

cezione dei casi assai limitati in cui nascono da anomalie costituzionali e squilibri ormonici, esse si propongono oggi con una tematica eminentemente sociale. La loro espressione comportamentale si è infatti trasformata in questi ultimi tempi da individuale in collettiva, motivandosi appieno con l'assimilazione di gruppo e trasformando il ritegno e la furtività nell'esibizione aggressiva. La sessualità di gruppo, d'altra parte, si manifesta oggi, ben più frequentemente che nell'omosessualità, nei rapporti eterosessuali. Qui la posizione del sesso femminile continua a manifestare, se pur mascherata da evoluzione disinibita, la sua ancestrale inferiorità, visto che è assai facile osservare ragazzine trascinate nel vagabondaggio protestatario, e in realtà edonistico, da gruppi ben più numerosi di giovani maschi. Assai vicino è il fenomeno della prostituzione, che oggi tende a spostarsi sempre di più verso l'età adolescenziale. Tale mutamento deriva da ragioni molteplici e complesse, in parte riconducibili alla già trattata maggiore autonomia giovanile, in parte al nuovo gradimento degli uomini maturi per le giovanissime, a sua volta raffigurabile come compensazione regressiva indotta dal confronto fra generazioni.

Analoghe trasformazioni da fatto individuale in collettivo possono avanzarsi per quanto concerne il consumo della droga, anch'esso non più furtivo, tipico dell'età matura e dei ceti abbienti disadattati, ma trasferito in profondità ed estensione nelle schiere giovanili ed esibito con palese protervia. Poiché esso è divenuto assurdamente bandiera di protesta, ben legittima ne è l'interpretazione in chiave di compensazione aggressiva. L'aspetto collettivo si propone come assunzione di una sicurezza di gruppo, patologicamente sostitutiva dell'insicurezza individuale, d'altronde incrementata da una educazione vacillante. Tossicomania e fuga sono intuitivamente complementari, in base all'esigenza di sfuggire al controllo della famiglia.

L'evasione motivata dall'iniziazione alla delinquenza si estende di pari passo al dilagare della criminalità in ambienti un tempo non contagiati. Quando infatti l'infrazione della legge fa parte del costume familiare, essa non presenta necessità di fuga. L'analisi delle cause ripete le tematiche tra-

dizionali connesse all'inferiorità sociale ed economica, aggiungendovi però nuovi sottofondi contingenti, per cui la non osservanza delle leggi collettive impostate dalle generazioni mature s'inserisce nel filone aggressivo già più volte esaminato.

L'allontanamento dalla famiglia nasce con una certa frequenza anche da un rifiuto variamente strutturato della « situazione scuola ». Tipica è la fuga provocata da risultati scolastici negativi, che nei casi più drammatici ed esasperati può culminare addirittura nel suicidio. Le sue cause psicologiche sono facilmente ricostruibili e inquadrabili come compensazione autoprotettiva tendente ad evitare punizioni ed umiliazioni od autovalorizzante e diretta a prevenire confronti ambientali frustranti. Anche la mancanza di giustificazione scolastica, specie nei superdotati, può indurre alla fuga intesa come ricerca di esperienze diverse e talora ingenuamente idealizzate.

Un'interpretazione diversa e senz'altro meno negativa può essere avanzata per la ricerca di una vita indipendente e di un'autonomia residenziale da parte di giovani che stanno ormai uscendo dall'adolescenza e avviandosi verso la prima maturità. In alcuni di questi casi le motivazioni sono legittime e il rifiuto di un ambiente familiare non gradito non sfocia necessariamente in deviazioni comportamentali, concretandosi anzi talora in fattive realizzazioni connesse allo studio ed al lavoro ed eventualmente correttive come scelta rispetto alle pressioni familiari. Quando invece anche in questa età più evoluta la fuga si prospetta come deviante occorrerà nuovamente invocare una o più delle situazioni già segnalate. Da un punto di vista statistico l'incidenza di una ricerca di autonomia residenziale è assai più elevata nel sesso femminile. Ciò si può facilmente giustificare, tenendo presente che ai giovani di sesso maschile le famiglie concedono d'abitudine per secolare tradizione maggiore libertà, negata invece alle ragazze, le quali impostano la loro scelta come espressione positiva o negativa di una protesta virile.

L'intervento correttivo dello psicologo nei casi di fuga giovanile si prospetta ovviamente nei confronti di tutto il nucleo familiare. La prima fase dovrà basarsi sull'acquisizione dei dati essenziali riguardanti la personalità dei genitori

e dei fratelli, l'inquadramento culturale e ideologico della famiglia e infine le caratteristiche fisiopatologiche e psicologiche del soggetto in esame. Una volta messa a punto la diagnosi della situazione, inizierà la ben più difficile operazione di recupero. Il primo, delicatissimo problema che lo psicologo deve superare è quello di vincere le resistenze preliminari verso la sua figura, complesse e contrapposte, da parte dei genitori e del ragazzo fuggitivo.

L'approccio con il soggetto dovrà tenere conto della pressocché costante ambivalenza della sua posizione emotiva. Egli è infatti quasi sempre in conflitto con l'autorità paterna o materna e quindi talora diffidente verso una persona che ne assume in parte il ruolo educativo. D'altra parte egli sente per lo più la carenza di modelli imitativi e protettivi validi e prova il bisogno di sostituirli o d'integrarli. Mi sembra essenziale che il terapeuta precisi molto chiaramente la sua posizione di consulente personalissimo e leale del giovane, con tutte le implicazioni da ciò derivanti, inclusa quella di ricevere e non propagare confidenze sino a quel momento censurate dal timore o dal pudore. Il suo atteggiamento dovrà inoltre evitare tanto gli eccessi di autoritarismo, quanto un'identificazione patetica e un po' servile. E' necessario infatti che egli diventi una guida critica e amichevole, disposta di caso in caso a condividere o a modificare.

Il contatto con i genitori rivela aspetti ancor più delicati e gravidi di rischio psicologico. Uno sdoppiamento furbesco della posizione del terapeuta, concretato in una finzione di opposti atteggiamenti, è assolutamente da sconsigliarsi, poiché prima o poi diverrebbe palese e controproducente. Anche ai familiari lo psicologo deve proporsi apertamente come consulente e guida del giovane, ma chiarire con altrettanta capacità di convinzione che il suo intento è quello di rendere autonomo il soggetto e quindi capace, con maggiore consapevolezza, d'impostare validamente le sue scelte anche dal punto di vista etico. Le eventuali responsabilità educative dei genitori andranno segnalate senza eccessivi mascheramenti, ma evitando con cura un orientamento colpevolizzante e frustrante, che potrebbe generare controrea-

zioni aggressive o compensazioni regressive ed astensionisti che ugualmente pericolose.

Nella fase preliminare del trattamento, i colloqui con tutta la famiglia riunita liberano d'abitudine notevolissime cariche aggressive interpersonali e devono perciò essere limitati alle esigenze indispensabili d'informazione, quando ciò si verifichi. Dopo un certo numero di sedute condotte separatamente sui vari componenti della famiglia e dopo una specifica preparazione alle riunioni di gruppo, diretta a facilitare la comprensione di orientamenti opposti senza sacrificare l'autonomia dei diversi punti di vista, si potranno avviare colloqui collettivi spesso soddisfacenti. Essi dovranno assumere il ruolo addestrante ed esemplificativo di un tipo di rapporto intrafamiliare auspicabile.

Quanto ho esposto, passando in rassegna sinteticamente i vari problemi eziologici, diagnostici e terapeutici, ha naturalmente un valore schematico e didattico, in quanto accomuna in categorie esemplificative situazioni individuali e collettive contraddistinte da una loro precisa individualità e difficilmente assimilabili nei dettagli. Questa esposizione può valere però come indirizzo di base per lo studio e per le prospettive di soluzione di un fenomeno la cui incidenza, come ho premesso, è oggi sempre più elevata.

Prof. FRANCESCO PARENTI (Milano)

PROSPETTIVE PER UNA NUOVA PSICOTERAPIA DI GRUPPO SU BASE ADLERIANA.

(Comunicazione al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

La psicologia del profondo, clinicamente esplicata nella sua concreta e fattiva espressione psicoterapeutica, che ne rappresenta il movente naturale, ha oggi grandissima e crescente diffusione, pur essendo purtroppo carente di un'impostazione unitaria, il che conduce ad una frammentazione in rivoli complessi e contrastanti, alcuni dei quali giustificabili ed apprezzabili come sforzo di ricerca costruttiva, altri invece troppo paleamente indirizzati verso l'intento di stupire ed infrangere una tradizione non ancora uscita, per la verità, dalla sua adolescenza concettuale. Fra le tecniche di trattamento psicoterapeutico si vanno sempre più affermando quelle di gruppo, anch'esse soggette al continuo rinnovarsi, scintillante ed esibizionista, d'invenzioni e proposte sperimentali.

Il propagandato passaggio dalla terapia individuale a quella collettiva trova le sue ragioni di sostegno in due ordini di fattori. L'uno è legato alle effettive necessità di una migliore integrazione interpersonale dei pazienti, che costituisce certo una loro esigenza fondamentale sulla via della guarigione, impeccabilmente connessa ad un'interpretazione di base limpida ed inequivocabile, specie per noi adleriani. Questo nuovo concetto curativo, però, suscita legittime perplessità se avanzato come radicalmente sostitutivo del rapporto singolo fra paziente e terapeuta: meglio infatti si proporrebbe come sua più matura integrazione, successiva ad un preliminare e individualizzato chiarimen-

to e soprattutto attuata dopo una preparazione positivamente condizionante agli inevitabili traumi dell'immersione nel gruppo. L'altro filone di motivazioni in favore della terapia di gruppo prende corpo da necessità pragmatiche, soprattutto economico-sociali ed organizzative. La sensibilizzazione positiva dell'opinione pubblica verso la psicoterapia, assieme alla doverosa evoluzione civile che presume una crescente acquisizione di diritti, prospetta, specie per il futuro, serie difficoltà di pratica attuazione nell'ambito di una medicina eticamente impostata. Esse nascono, ovviamente, da problemi di costo, connessi alla complessità e alla durata dei trattamenti, e da carenze strutturali per quanto riguarda la formazione dei quadri professionali psicoterapeutici. Il ricorso a terapie collettive, eventualmente inserite in programmi di pianificazione, può apparire in superficie come una soluzione valida, ma entra in conflitto con un'esigenza che mi pare preminente sotto il profilo morale: al malato deve essere offerto prima di ogni altra cosa uno strumento di guarigione, che non può essere semplicisticamente sostituito da una finzione, oltretutto non priva di pericoli.

Le esperienze psicoterapeutiche di gruppo sin qui attuate hanno dato luogo con troppo alta incidenza a reazioni negative da parte dei soggetti trattati, senz'altro in misura notevolmente superiore a quanto si verifica nel rapporto psicoterapeutico individualizzato. Cercherò ora sinteticamente di analizzare le motivazioni essenziali di questo fenomeno. La prima è certo il particolare tipo di contatto con l'analista. Mentre nel rapporto a due le pur delicate manifestazioni di transfert possono decantarsi positivamente attraverso un legame costante fra uomo e uomo, senza altre interferenze, nella situazione collettiva ogni paziente è costretto a guadagnarsi il legame con il terapeuta in competizione con gli altri membri del gruppo. Ciò riesce più facilmente ai soggetti estroversi, che però realizzano anch'essi l'operazione generando e scaricando aggressivamente ansia, a scapito del senso sociale. Gli individui introversi od inibiti ripiegano invece spesso in una posizione rinunciataria che, per la tendenza all'autoriferimento tipica del nevrotico e più ancora dello psicopatico, avvertono come frustrazione e interpretano

come frutto dell'ostilità altrui o della propria totale insufficienza.

Altre volte il danno da psicoterapia di gruppo nasce non tanto dal rapporto con l'operatore, quanto dal confronto fra il proprio stile di vita e quelli presentati dagli altri componenti la comunità psicoterapeutica. Ovvie compensazioni autodifensive portano ad una tenace ipervalutazione dei propri schemi comportamentali in conflitto con gli altrui o al contrario l'incapacità autodifensiva induce reazioni depressive da accentuazione di un precedente sentimento d'inferiorità. L'occasione più grave si verifica quando l'urto delle posizioni dipana schieramenti caratterizzati da un marcato squilibrio quantitativo. Se infatti uno o più membri del gruppo si trovano isolati contro tutti gli altri nella difesa delle loro soluzioni, le frustrazioni così generate possono assumere un aspetto veramente preoccupante.

Si possono osservare infine reazioni negative indotte da fenomeni d'imitazione e di contagio reciproco, per cui alcuni pazienti sono spinti a ripetere, nelle loro caratteristiche più clamorose o invece più sfumate, sintomi nevrotici o psicopatologici o deviazioni comportamentali loro esemplificati durante il trattamento e capaci di assumere talvolta un'assai notevole forza di suggestione. Tali circostanze offrono una particolare pericolosità sociale per quanto riguarda l'avviamento alla droga o l'iniziazione ad una sessualità abnorme e pervertita.

Chi resta traumatizzato da un trattamento psicoterapeutico collettivo reagisce con varie modalità, che scandiscono una complessa gradualità di compensazioni, tutte comunque negative. La più semplice ed apparentemente la più innocua è l'abbandono di una terapia considerata non produttiva. Da ciò nasce però di frequente una presa di posizione critica ed aggressiva nei confronti di tutta la psicologia, quale sia la sua impostazione teorica e la sua attuazione concreta. Ciò determina una molto difficile recuperabilità terapeutica per altri tipi di trattamento, di cui queste persone hanno quasi sempre una reale necessità. Paleamente più grave è l'insorgenza di psiconevrosi o reazioni psicogene di compenso, specificamente scatenate dalla situazione in esame. An-

cora degne di un'attenta considerazione sono l'asocialità e l'antisocialità suscite dal trattamento, la cui interpretazione è assai limpida se si pensa che i gruppi terapeutici si offrono al paziente come un modello collaudante di rapporto interpersonale e sociale. L'ultima categoria presa in esame ha un particolare sapore di paradosso, poiché lo scopo principale della psicoterapia di gruppo è quello di avviare l'individuo a migliori rapporti con l'ambiente.

Sia chiaro che le critiche che ho sin qui avanzato non presumono una condanna in blocco del principio psicoterapeutico collettivo, cui va riconosciuto già ora il merito di molti recuperi. Esse intendono preludere invece ad una revisione della metodologia, che riduca l'incidenza degli abbandoni e delle reazioni patologiche, e ad una più accurata selezione dei casi per questo particolare tipo di trattamento.

Mi pare che nei principi di base della psicologia individuale adleriana esistano spunti per soluzioni idonee a rendere le psicoterapie di gruppo non solo meno traumatizzanti, ma attivamente capaci di operare sulla via della guarigione. Il contenuto interpretativo adleriano, infatti, è così spontaneamente impostato sull'obiettività delle acquisizioni psicologiche, da trovare un facile riscontro dimostrativo nell'ambito delle diverse individualità del gruppo. Ogni paziente potrà rendersi conto assai presto della strutturazione degli svariati stili di vita che la collettività propone al suo esame e potrà inoltre, con il sostegno di una critica reciproca, avvertirne la validità o le sfasature. L'assenza di morbosità e di astrattismi intellettuali renderà inoltre meno frequenti i traumi e gli scontri che inevitabilmente per contro nascono quando si prospetta uno schema innaturale di valutazione, traumi e scontri da cui derivano spesso quei frazionamenti polemici e disarmonici prima ricordati. Va tenuto presente infine che, essendo la psicologia individuale largamente fondata, tanto nella diagnosi quanto nel recupero, sul rapporto interpersonale, la sua applicazione s'inscrive limpidaamente nell'ambito di una collettività, che nella fase conclusiva assume il ruolo di palestra per la revisione delle scelte di compenso.

Il contenuto naturale e poco traumatizzante non è però certo sufficiente ad evitare le reazioni di disturbo fondate sulla reciproca aggressività. E' necessario quindi prevenirle con una metodologia specifica, che si distacca per molti aspetti da quella attuata nel rapporto individualizzato. Queste innovazioni tecniche richiedono la messa a punto di una diversa dinamica interpersonale sia fra terapeuta e pazienti, sia fra i vari membri del gruppo.

Chi dirige il trattamento dovrà impegnarsi anzitutto a dosare con estrema equanimità ed anche malgrado le sue personali propensioni affettivo-emotive, le modalità del contatto con i pazienti, affinché nessuno di essi si senta escluso od al contrario tanto parzialmente gratificato da essere spinto a prevaricare. Le personalità più attive ed estroverse tendono con naturalezza già condizionata a prendere in pugno ed a monopolizzare la situazione terapeutica. Alcuni utilizzano la preminenza semantica conquistata per una reiterata e costantemente imposta discussione dei propri temi conflittuali; altri, la cui estroversione aggressiva è solo apparente, impongono in ogni occasione a tutti una cocciuta critica personale. Fra gli introversi e gli astensionisti, invece, si alternano i ripiegamenti che trasudano l'inconfessato rancore polemico e le rinunce più sommesse e depressive. L'auspicabile equilibrio incoraggiante del terapeuta dovrà avvalersi di schemi di rapporto assai duttili, immuni dall'eccessiva rigidezza delle classificazioni predeterminate. L'irruenza e la logorrea degli estroversi dovranno essere frenate senza suscitare un rovesciamento del transfert, mediante un richiamo alla cooperazione collettiva, che pur sempre ribadisca l'importanza dell'argomento interrotto di necessità. La sollecitazione degli astensionisti non dovrà avere il sapore di uno stimolo rude né l'impertosità di un avvio allo sbaraglio.

La prospettiva di un equilibrio fra i pazienti è un obiettivo sicuramente ancor più arduo, ma non impossibile da raggiungersi. L'operatore potrà far appello al « senso sociale » adleriano, delineandone la conquista come lo scopo precipuo della collettività. Tale psicologica armonia interpersonale non deve essere confusa con un'accezione politica o comunque troppo teorica di socialità, fondata su di

un culto astratto e individualmente annullante del valore collettivo. Piuttosto si dovrà sollecitare un senso sociale eminentemente psicologico, capace cioè di realizzare un vero e proprio « transfert plurimo », che leghi in una reciproca comprensione tutti i pazienti ed il terapeuta. L'allenamento a questa situazione totalmente nuova dovrà essere rigorosamente preliminare all'approfondimento dei temi, così che quando questo dovrà essere affrontato, ogni individuo in trattamento sia in grado di acquisire senza traumi scelte comportamentali, dinamiche sessuali, prese di posizione ideologiche diverse o addirittura radicalmente contrastanti con le proprie. E' apportuno chiarire che ciò non significa una rinuncia preordinata alla critica: piuttosto si configura come una forma di critica che include sempre la simpatia e la condivisione emotiva dei presupposti.

La prevenzione delle reazioni negative che nascono dall'imitazione e dal contagio reciproco presume proprio il mantenimento della critica e dell'autonomia individuale, ma urta spesso contro predisposizioni di fatto e contro l'esplodere automatizzato di certi sintomi che trascende talora il controllo razionale. Si affacciano qui i limiti di quanto si può ottenere anche con la migliore delle metodologie e si prospettano pericoli che inducono al dovere di un'oculata selezione.

La recettività positiva ad ogni forma di psicoterapia, anche individualizzata, richiede sicuramente alcune caratteristiche di base, la cui necessità si fa ancor più drastica nel caso dei trattamenti di gruppo. Il primo requisito indispensabile è un'intelligenza sufficiente alla comprensione ben consapevole delle interpretazioni e delle correzioni. Se nelle terapie individuali scatta talvolta un'elementare meccanismo di guarigione, il cui presupposto è pressoché esclusivamente suggestivo e transferale, tale modalità di recupero è impossibile o troppo densa di pericoli nei trattamenti di gruppo, poiché ai livelli più bassi dell'intelligenza è assai elevata la soglia di suggestionabilità negativa. Il secondo requisito è ravvisabile in una sicura ed autonoma disponibilità, anch'essa assolutamente indispensabile nelle terapie di gruppo. Chi vi si sottoponga senza una vera scelta personale, ma

per l'insistenza altrui, cela quasi sempre in sé una troppo notevole potenzialità polemica, che può riversarsi sulla comunità.

Le tecniche psicoterapeutiche indirizzate verso le nevrosi e quelle dirette verso le psicosi differiscono marcatamente sia nella dinamica, sia nella finalità. Il trattamento del nevrotico, specie se intelligente, non si pone remore di approfondimento, deve cioè sondare e correggere traumi e compensazioni senza alcun limite conflittuale. La cura psicologica dello psicotico richiede invece sempre un'attenta cautela interpretativa ed esplicativa, onde non incrementare, specie in certe fasi della malattia, deliri, allucinazioni, aspetti comportamentali decisamente abnormi. E' praticamente impossibile associare, senza traumatismi e mantenendo l'efficacia, gli uni e gli altri presupposti in una comunità di pazienti che associa nevrotici, psicotici e personalità psicopatiche. La vulnerabilità, è chiaro, riguarda soprattutto le ultime categorie, poiché il nevrotico ben trattato può essere condotto sul tempo ad affrontare senza danno paragoni interpersonali prima per lui pericolosi. La scelta dei gruppi di pazienti dovrà essere quindi effettuata dopo un'accurata psicodiagnosi individuale, allo scopo soprattutto di non introdurre nei gruppi personalità tanto abnormi da essere traumatizzabili o tanto intellettualmente deboli da non trarne giovamento o tanto poco disponibili da essere spinte a polemizzare per principio.

Quanto ho sinora esposto ha naturalmente solo il valore di un orientamento generale. E' questo infatti un settore terapeutico ancora largamente sperimentale, in cui possono confluire positive innovazioni sostenute sia dalla prassi che da una sicura base teorica.

*Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi
di Milano
Direttore Prof. C. L. Cazzullo*

Prof. EDMONDO PASINI (Milano)

PSICOTERAPIA ADLERIANA DELLA COPPIA

(Comunicazione al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

La crisi della coppia, intesa soprattutto come crisi dell'istituto familiare, è uno dei fenomeni più rilevanti della società attuale. Senza entrare nell'analisi delle molteplici cause, soprattutto di tipo sociologico dovute al mutamento del contesto sociale, che influiscono sul deterioramento del rapporto di coppia, è interessante rimarcare che, da un punto di vista fenomenologico, la crisi del legame affettivo-duale determina pressoché costantemente uno squilibrio psichico in uno o in entrambi i partners.

La coppia viene considerata come una unità dinamica che costituisce un microgruppo per il quale valgono tutte le leggi della psicologia dinamica e della comunicazione; essa può favorire l'evoluzione della personalità dei membri, o bloccarla, o anche farla regredire a livelli infantili. Ackerman, estendendo il concetto di coppia alla famiglia, afferma che la famiglia è l'unità di base dell'evoluzione e dell'esperienza, del successo e dello scacco; è anche l'unità base della malattia e della salute.

L'alterazione del legame affettivo nell'interno della coppia determina una perturbazione dell'aspetto timico della personalità, che si manifesta principalmente come una alterazione dell'emotività, con conseguenti reazioni sul tono dell'umore.

Si verificano pertanto delle sindromi psichiche che possono essere inquadrati nelle nevrosi in quanto non si assiste ad una destrutturazione della personalità e il quadro sinto-

matologico è dominato da reazioni emotive, sia per un eccesso che per un difetto di tensione emotiva, dovute a stimoli particolarmente intensi che vincono le possibilità di controllo dell'Io o a stimoli normali che trovano i poteri psichici in momentaneo squilibrio o precario equilibrio.

Il sintomo dominante è l'ansia, che è presente costantemente e che è razionalizzata dall'Io cosciente; si tratta per lo più di un'ansia ancorata a contenuti ideativi di fallimento, quindi reattiva a una situazione frustrante, non ancora fissata ad elementi psichici completamente strutturati.

Si rientra pertanto nelle cosidette nevrosi attuali, con accompagnamento di sintomatologia somatica, dove l'ansia rappresenta la difesa da una insicurezza di base determinata o dal fallimento reale del legame affettivo o dal timore di un fallimento o anche dalla rappresentazione simbolica di tale fallimento.

La coppia, o uno dei partners, teme per la propria sicurezza affettiva e la reazione di difesa è rappresentata dall'ansia che viene a determinare un conflitto intrapsichico ed una anomalia di comportamento di tipo nevrotico.

Il legame affettivo di coppia costituisce uno dei bisogni di base per la sopravvivenza della vita timica del singolo, pertanto si hanno violente reazioni di difesa, con tentativo di ripristinare l'equilibrio ogni qualvolta si teme per la sua stabilità.

Infatti il legame affettivo è spesso vissuto come un tentativo di rassicurazione personale sul piano profondo, con diminuzione dell'angoscia della solitudine e dell'incapacità di comunicare, in quanto consente l'accrescita dell'autostima tramite il sentimento di possesso del partner e il sentimento di appartenenza ad un partner.

I sentimenti di possesso e di appartenenza permettono una esaltazione dell'ideale narcisistico dell'Io e costituiscono una delle più valide difese contro il complesso di inferiorità; pertanto la mutazione del legame affettivo, alterando il vissuto soggettivo del legame di coppia, incide sui sentimenti di possesso e di appartenenza, ripristinando il complesso di inferiorità di base.

Il legame affettivo, tuttavia, non è qualcosa di stabile, ma di dinamico che si evolve nel tempo, unitamente all'evoluzione della coppia e determinandone anche l'evoluzione. Si afferma che la formazione del legame affettivo sia basata su affinità inconsce: inizialmente esistono quasi delle « valenze affettive non saturate » che spingono l'individuo verso un partner. Pertanto la coppia si struttura all'inizio sulla dinamica dell'inconscio, sia che tale scelta venga o non venga ratificata, in seguito, da istanze coscienti.

Dopo l'inizio dominato da una attività psichica inconscia si passa ad una seconda fase che può durare poco tempo o alcuni anni. Tale periodo è dominato da una attività psichica parzialmente cosciente ed è caratterizzato da:

a) un disinvestimento affettivo del mondo esterno, in quanto tutte le forze affettive sono concentrate sul partner che viene pertanto sopravalutato;

b) l'annullamento nel campo della coscienza delle tendenze insoddisfatte attraverso un rinforzo dei meccanismi di difesa anteriori e latenti o di tipo nevrotico (rimozione, isolazione, ecc.) o di tipo psicotico (autismo per scompenso di equilibri precari). Tali situazioni anomale sono tutte mascherate dalla euforia che caratterizza tale periodo;

c) l'annullamento nel campo della coscienza dell'aggressività reciproca.

Nella dinamica affettiva della coppia segue una terza fase dove ormai prevale l'attività psichica a livello cosciente caratterizzata da:

a) reinvestimento affettivo del mondo esterno: si incomincia ad interessarsi nuovamente degli altri;

b) disinvestimento affettivo del partner che viene percepito in modo razionale nella sua realtà umana, con difetti e carenze.

Non viene meno l'interesse, ma l'affetto si modifica per opera di istanze psichiche a livello di consapevolezza;

c) ricomparsa dell'aggressività reciproca per il contatto con la vita quotidiana.

Quest'ultima fase rappresenta l'evoluzione normale del legame affettivo; è la più duratura nel tempo e se non viene accettata comporta una frustrazione dell'ideale narcisistico

dell'Io che era rappresentato sia dalla scelta di un partner percepito come nettamente superiore agli altri, sia dalla percezione sopravvalutata del partner nei confronti dell'Io stesso.

Si evitano crisi, pure ristabilendo un livello narcisistico elevato, a patto di accettare l'evoluzione del legame affettivo, instaurando una continua comunicazione nell'interno della coppia, rinunciando al possesso del partner e riconoscendogli una vita autonoma. Si tratta di riconoscere che all'inizio c'era stata una idealizzazione ed una proiezione anche della propria immagine per arrivare ad un riconoscimento sia della propria individualità, che di quella del partner, con diminuzione della dipendenza reciproca.

Alla evoluzione normale si contrappongono tre tipi di evoluzioni patologiche:

1) si possono verificare casi in cui l'aggressività e il disinvestimento affettivo del partner sono in costante aumento, non avviene una rivalutazione sul piano razionale e nella coppia inizia la dissociazione che può essere lenta o improvvisa, nascosta o aperta, secondo i principi sociali del gruppo di appartenenza.

2) Si può verificare, inoltre, una reazione della coppia in quanto gruppo che sente la propria fragilità e reagisce inconsapevolmente limitando lo sviluppo di uno o di entrambi i membri. Per giungere a questo la coppia limita il contatto con l'esterno escludendo ogni estraneo dalla sua vita (figli compresi), limita il dialogo o la comunicazione per paura dell'aggressività.

3) In altri casi la crisi è vissuta prevalentemente da uno solo dei partner e non sempre a livello di consapevolezza.

Si determina un lento e graduale offuscamento dell'idealizzazione del partner; si tende a sottolineare gli aspetti irritanti sino allora mascherati e negati. La crisi è aggravata dal fatto che il partner è confrontato con altri partner la cui immagine è idealizzata, proprio perché lontana, sfumata e non delineata.

In questo caso si determina sia una frustrazione, sia una ferita narcisistica dell'Io che non accetta la realtà, poiché quanto più il partner era ritenuto valido, tanto più questi

era stato inglobato dall'Io e tanto maggiore era la soddisfazione narcistica conseguente.

Comunemente si hanno questi tentativi di difesa:

a) negazione della realtà prolungando l'idealizzazione e rifiutando al partner una sua vita autonoma in modo da rendergli difficoltoso il riinvestimento affettivo del mondo esterno;

b) rifiuto inconscio della situazione il cui aspetto negativo viene attribuito all'influenza di terze persone come familiari, parenti, ecc.;

c) rifiuto globale del partner con conseguente possibile reazione depressiva. In quest'ultimo caso si ha un tentativo di ristabilire l'equilibrio con la ricerca di nuovo partner che compensi i desideri insoddisfatti e risolva i conflitti interni.

Anche la sessualità rappresenta un modo di rassicurare se stesso attraverso il sentimento di possesso e di appartenenza, ma deve trattarsi di una sessualità pregnante di contenuti psichici che rappresenti una intesa di coppia dove entrambi i partners, con ruoli paritetici, sono coinvolti in una situazione ad alto contenuto affettivo-emotivo. La finalità psichica della sessualità è rappresentata da una migliore intesa di coppia, da un miglioramento del bene soggettivo, attraverso una completa accettazione ed un più elevato scambio di messaggi. La possibilità di aumentare l'accettazione reciproca, tramite una vera sessualità, contribuisce a diminuire il sentimento di inferiorità, in quanto vengono esaltati i sentimenti di appartenenza e di possesso.

Quando invece la sessualità rappresenta solamente una scarica di tensioni neuroormonali, svuotata da contenuti affettivi, determina frequentemente un sentimento di frustrazione in quanto il vissuto soggettivo viene ad essere quasi costantemente una sensazione di strumentalizzazione attiva o passiva. In questi casi la sessualità riguarda solo l'aspetto fisico dell'individuo e, malgrado possa esserci un appagamento sul piano materiale, si ha un vissuto soggettivo di frustrazione sul piano affettivo, accompagnato dall'impressione di essere strumentalizzati dal partner o di strumentalizzarlo. In effetti una sessualità condizionata solo da motivazioni fi-

siche incide solo sull'aspetto materiale, quindi superficiale, del sentimento di appartenenza e di possesso, trascurandone quello psichico.

Le variazioni del vissuto soggettivo del legame affettivo e della sessualità costituiscono un indebolimento delle difese dell'Io contro il complesso di inferiorità. Nelle coppie in crisi si ha costantemente una alterazione sia del legame affettivo che della sessualità; pertanto si verifica una ricomparsa assai frequente del complesso di inferiorità, sia a livello di consapevolezza, che di inconsapevolezza.

Quando la coppia è in crisi qualsiasi intervento è assai difficoltoso poiché si hanno delle reazioni dinamiche che si ripercuotono su entrambi i membri e li condizionano a vicenda.

Da un punto di vista metodologico generale, Ackerman ed altri Autori hanno dimostrato come sia più utile rivolgere un intervento psicoterapeutico non solo all'individuo, ma alla globalità familiare dove il soggetto è inserito e tale constatazione diventa maggiormente valida se riguarda non un solo individuo, ma una coppia in crisi.

Tra i vari tipi di psicoterapia, una estensione di quella adleriana rappresenta uno dei mezzi più idonei di aiuto psicologico in quanto si tratta di fornire alla coppia e ai singoli prima di tutto una consapevolezza dei loro meccanismi psichici, di analizzare le cause della crisi, di aiutare a comprenderele e di ricostruire le difese contro il complesso di inferiorità determinato dal fallimento affettivo e che è sempre presente a livello di consapevolezza o di inconsapevolezza.

Si tratta della classica psicoterapia adleriana, condotta tuttavia sia sul singolo che sulla coppia che ha per scopo di rendere il soggetto maggiormente edotto dei propri meccanismi psichici, dei propri limiti, fornendogli sia una spiegazione della costituzione della sua personalità, sia i mezzi atti a superare il complesso di inferiorità di base.

In una esperienza personale condotta su 96 coppie che si sono rivolte a consultori matrimoniali (1) per avere un

(1) Consultorio « Istituto La Casa » Milano - Centro Servizi Psicosociali - « Il Conventino » Bergamo.

aiuto psicologico in quanto riconoscevano l'esistenza di una crisi, si sono osservate le seguenti cause prevalenti di crisi:

1) 49 (51%) per cause posteriori al matrimonio e riconducibili ad una non accettazione del partner per una evoluzione anomala del legame affettivo;

2) 33 (34,5%) per cause posteriori al matrimonio e riconducibili ad una sessualità non soddisfacente;

3) 14 (14,5%) per cause sicuramente anteriori al matrimonio. In questo gruppo comparivano forme di anomalia psichica (psicosi o gravi nevrosi) sicuramente precedenti al matrimonio e che avevano condizionato anche precedentemente la vita di relazione.

Prima di fornire ulteriori spiegazioni riguardo alla casistica soprariportata occorre rimarcare che il campione non è casuale riguardo ad un universo statistico di coppie in crisi, poiché chi si rivolge ad un consultorio matrimoniale per un aiuto psicologico, riconosce già una motivazione psicologica della crisi e cerca una aiuto per superarla.

Tuttavia, pur riconoscendo che si tratta di una casistica relativa ad un campione particolare, si può obiettare che anche molti motivi di ordine pratico che possono condurre ad una crisi di coppia hanno in fondo motivazioni di ordine psicologico; così la mancanza di denaro o i cattivi rapporti con la famiglia del marito, che sono stati citati in una recentissima inchiesta Doxa sull'atteggiamento della donna italiana riguardo alla famiglia come le cause principali di crisi del matrimonio, potrebbero essere ricondotti a motivazioni prevalenti psichiche, se venisse analizzato il vissuto soggettivo del denaro e delle relazioni parentali.

Analizzando ora i primi due gruppi del campione citato, si è osservato che erano sempre presenti disturbi della sfera timica rappresentati da depressione reattiva, sentimento di fallimento ed inadeguatezza e costantemente da ansia.

Nel primo gruppo sono state riunite quelle coppie dove in uno, o in entrambi i componenti, era presente una non accettazione globale del partner che si manifestava prevalentemente nel desiderio di modificarne alcuni aspetti, nella mancanza di comunicazione nella coppia, nell'isolamento sociale, gelosia ingiustificata, possessività esagerata, ecc.. Il de-

siderio di sostituire il partner con un altro ritenuto più valido si è verificato solo in pochi casi. I motivi della non accettazione del partner erano per lo più attribuiti a differenze di sensibilità e di carattere, ad incomprensione, a modificazioni di comportamento avvenute dopo il matrimonio ed a una analisi profonda ci si rendeva conto che non era stata accettata l'evoluzione del legame affettivo verso le fase della razionalizzazione. Si trattava di soggetti incapaci di una evoluzione dinamica nella vita affettiva, impauriti di fronte a qualsiasi modifica che veniva percepita e vissuta come un attentato al proprio equilibrio timico.

Quasi costantemente era presente una profonda insicurezza di fronte ai rapporti con l'altro sesso che veniva mascherata da un atteggiamento di dominio verso il partner, non rispettandone la personalità e libertà. In questi casi l'unico intervento psicoterapeutico che avesse una possibilità di riuscita è stato quello di rendere la coppia maggiormente edotta della propria insicurezza di base, vincendo il sentimento di inadeguatezza e cercando di ripristinare un atteggiamento di ruoli paritetici nella coppia. Vale la pena di rimarcare che quasi l'80% delle coppie così trattate hanno ristabilito dei rapporti giudicati soddisfacenti, con notevole attenuazione delle cause di crisi.

Nel secondo gruppo del campione esaminato sono state riunite quelle coppie dove in uno o in entrambi i componenti era presente una sessualità non soddisfacente che era ritenuta la causa primaria della crisi. La maggior parte dei casi riguardavano la pseudofrigidità femminile e l'ejaculazione precoce maschile che comparivano nella misura dell'85% di tale casistica, mentre le altre disfunzioni sessuali erano equamente ripartite. In queste coppie la disfunzione sessuale, frigidità ed ejaculazione precoce, rappresentava la somatizzazione di un'ansia presente a livello profondo, che costituiva il sintoma primario di una personalità insicura.

In queste coppie oltre alla insoddisfazione sessuale era possibile dimostrare anche una insoddisfazione sul piano dei rapporti psicologici e la sessualità era vissuta soggettivamente come un mezzo per migliorare tali rapporti.

Infatti la sessualità era eccessivamente valorizzata proprio in quanto la coppia sapeva di essere carente sotto altri aspetti e cercava, tramite essa, di ricostruire il senso di sicurezza personale mediante i sentimenti di possesso e di appartenenza. Tuttavia, tale sessualità era indirizzata prevalentemente sull'aspetto fisico, trascurando in gran parte l'aspetto affettivo e ciò determinava sia una tendenza all'insoddisfazione affettiva, sia una eccessiva preoccupazione riguardo ai rapporti sessuali, per cui il desiderio costante di ben riuscire diventava idea ossessiva, fonte di ansia e pertanto di disfunzione sessuale.

E' ormai largamente dimostrato che la ricerca costante ed ostinata di una sessualità prevalente sul piano fisico non è segno di sicurezza, ma di insicurezza, per cui i casi di don-giovannismo sono l'espressione di una insicurezza profonda che richiede costantemente la verifica positiva; in egual misura anche in quelle coppie dove esisteva la ricerca costante della sessualità, si riscontrava assai frequentemente una insicurezza di base proprio sul piano sessuale, con paura del sesso. In questi casi la sessualità era raramente soddisfacente poiché qualsiasi flessione, qualitativa o quantitativa, dovuta anche a normali cause fisiologiche, veniva tragicizzata e vista come una grave frustrazione ed un attentato alla sicurezza dell'Io.

Per queste forme l'unico intervento psicoterapeutico che avesse una possibilità di riuscita e in breve tempo è stato quello di demitizzare il sesso, rendendo la coppia e i singoli partner più sicuri di sé, quindi in grado di saper affrontare serenamente anche il sesso. Si è cercato, pertanto, di rendere edotta la coppia del reale valore della sessualità, che può manifestarsi in altre forme, oltre che con i rapporti sessuali. Una maggior sicurezza di base rendeva la coppia in grado di saper comunicare meglio sia sul piano verbale, che su quello sessuale.

Anche in questo caso si è ottenuto quasi l'80% dei miglioramenti nel rapporto di coppia con il ripristino, lento, ma graduale, di una sessualità giudicata soddisfacente per entrambi e di una capacità di dialogo sino ad allora inesistente o insoddisfacente.

Da quanto esposto si può ricavare che una psicoterapia di tipo adleriano sulla coppia, oltre che sul singolo, rappresenta un assai valido intervento per risolvere molti problemi di coppia. Si tratta di una psicoterapia tranquilla che non raggiunge mai toni drammatici, priva di colpi di scena teatrali, apparentemente meno profonda di altre psicoterapie, ma che parte da un profondo rispetto della individualità e libertà del soggetto che viene educato pazientemente a ritrovare il proprio equilibrio nella sicurezza in se stesso. Forse la mancanza di teatralità e un minor gusto per il morboso ha alienato alla psicoterapia adleriana molti interessi da parte della letteratura e dei profani, ma ritengo che ciò sia un merito di cui noi psicoterapeuti di tipo adleriano possiamo vantarci.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN N. W.: Psicodinamica della vita familiare - Borin-ghieri - Torino 1968.
- ACKERMAN V. W.: Patologia della vita familiare - Feltrinelli - Milano 1970.
- ADLER A.: Prassi e teoria della psicologia individuale - Newton Compton Italiana - Roma 1970.
- ADLER A.: Il temperamento nervoso - Newton Compton Italiana - Roma 1971.
- DREIKURS R.: Lineamenti della psicologia di Adler - La Nuova Italia - Firenze 1968.
- LANGSLEI A. - KAPLAN D.: The treatment of Families in crisis - Grune and Stratton - New York 1968.
- LEMAIRE J.G. - LEMAIRE ARNAUD E.: Les conflits conjugaux - Les Editions Sociales Francaises - Paris 1966.
- LEMAIRE J. G.: Exposé sur les mesententes conjugales et le rôle des conseilleurs conjugaux. L'Hygiène mentale 1962, 52, n. 1, 13-38.

Prof. EDMONDO PASINI (Milano)

ESPERIMENTO DI PSICOTERAPIA ADLERIANA DI UN DROGATO

(Comunicazione al XIIº Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Riferirò brevemente un caso di psicoterapia di un giovane drogato, tralasciando completamente qualsiasi considerazione sugli aspetti psicologici e sociali dell'uso della droga.

E' risaputo quanto sia difficile l'aggancio con il drogato e ogni autore ha sottolineato sia l'importanza di un sostegno psicoterapico, sia la difficoltà di un tale intervento.

Per brevità non citerò i risultati e le considerazioni degli altri autori e riferirò semplicemente il caso nelle linee essenziali, rimandando al termine dell'esposizione e alla discussione eventuali commenti.

Il paziente era un ragazzo di 19 anni, accompagnato dai genitori per essere sottoposto a psicoterapia in quanto dedito alla droga. I genitori del ragazzo si erano presentati il giorno prima per fornire alcune indicazioni riguardanti il nucleo familiare e il paziente.

La famiglia risultava composta dal padre di 47 anni professionista, dalla madre di 40 anni ex insegnante ed ora casalinga, dal paziente, maggiore di due anni di una sorella; nessun altro membro convivente in famiglia.

La famiglia era descritta come normale con padre piuttosto impegnato nella professione, tuttavia sufficientemente disponibile in famiglia; la madre aveva cessato di insegnare con la nascita della secondogenita per dedicarsi all'educazione dei figli.

Da quanto dichiarato e dal comportamento dei genitori non sembrava esserci alcuna problematica di coppia.

Il paziente era descritto come un ragazzo normale sino a 16 anni: normale il rendimento scolastico, bene inserito con i coetanei, normali i rapporti con i genitori, non particolari problematiche con la sorella.

A 16 anni e 4 mesi, in un periodo ritenuto normale alla famiglia, il giovane venne trovato dalla Polizia mentre in uno scantinato assieme ad altri ragazzi era in preda a stato di eccitazione violenta da anfetaminici. Il fatto non venne tragicizzato dai genitori e il ragazzo si giustificò affermando che si trattava di un fatto accidentale in quanto aveva imitato alcuni amici. Malgrado tale affermazione venne poche settimane dopo trovato nella propria camera in stato di violenta eccitazione; chiamato un medico di urgenza venne fatta diagnosi di sospetta intossicazione acuta da farmaci e consigliato il ricovero in una casa di cura privata. Qui fu trattennuto per pochi giorni e rimandato a casa con il consiglio di seguire un trattamento psicoterapeutico.

Questo secondo episodio fu giustificato dal paziente con l'affermazione che aveva ingerito una dose doppia di quella terapeutica di un anfetaminico, per poter studiare meglio.

I genitori del paziente cominciarono a preoccuparsi seriamente ed assunsero un atteggiamento piuttosto rigido (proibizione di uscire di casa la sera, di rincasare dopo un'ora fissa del pomeriggio, controllo delle amicizie) e cercarono uno psicanalista; questi rimandò l'analisi a 8 mesi di distanza essendo troppo impegnato professionalmente.

Contemporaneamente comparve nel soggetto una tendenza ad isolarsi, un comportamento arrogante e scorretto con turpiloquio in famiglia ed un calo nel rendimento scolastico.

Il paziente pareva apatico a qualsiasi stimolazione proveniente sia dall'ambiente familiare, sia dall'esterno; trascurava qualsiasi attività o studio, si incontrava raramente con gli amici, passava la maggior parte del tempo in camera ad ascoltare musica moderna.

Frequentemente presentava bulimia verso qualsiasi cibo e l'appetito era decisamente superiore a prima dei due episodi di intossicazione da anfetaminici.

A tre mesi di distanza dal secondo episodio venne sorpreso dal padre mentre fumava, chiuso in camera, marihuana. Fu interpellato il medico e questi consigliò ancora ricovero nella stessa casa di cura. Il paziente vi fu portato senza che manifestasse particolare resistenza.

Qui all'inizio venne fatta diagnosi di sospetta schizofrenia di tipo abefrenico, ma dopo 15 giorni la diagnosi fu modificata in anomalie di comportamento in caratteriale. Il ricovero durò in tutto 60 giorni e vennero praticati 6 elettroshock, sulla cui motivazione non fu possibile avere alcuna notizia; ancora consigliata la psicoterapia dopo la dimissione. Il paziente dimesso dalla casa di cura presentava un comportamento meno apatico; negativo tuttavia rimaneva il campo scolastico.

La famiglia ottenne che il ragazzo fosse preso in analisi, due mesi dopo la dimissione dalla casa di cura, presso uno psicoterapeuta di ispirazione freudiana. Tale analisi durò 11 mesi e venne interrotta in quanto il paziente si rifiutò categoricamente di continuare (in pratica era il primo deciso atteggiamento verso qualcosa che lo riguardava, perché per il resto si comportava sempre piuttosto apaticamente).

Il trattamento, a detta dei genitori, che avevano espresamente interpellato lo psicoterapeuta, era stato interrotto quando non poteva aver apportato ancora alcun giovamento e aveva messo in evidenza una fissazione libidica sulla madre per complesso edipico non risolto ed una spiccata regressione alla fase orale.

Interrotta l'analisi, il paziente continuò a comportarsi in modo anomalo: scorretto in casa con attacchi di aggressività specie verso la sorella, continuo turpiloquio in famiglia, apatico riguardo il proprio futuro, rifiutando lo studio o il lavoro e, ad intervalli irregolari, assumendo droga (marihuana) che reperiva presso amicizie occasionali.

I genitori interpellarono ancora il medico di famiglia e questi sconsigliò un successivo ricovero e disse di prendere contatto con me.

Il paziente venne da me non accompagnato da alcun familiare, abbigliato alla moda hyppy e, senza salutarmi, dopo aver proferito alcune parolacce, mi disse: « Tanto è

inutile, io sono fatto così e non cambierò... / ci ha già provato uno molto più bravo di te e non c'è riuscito, io non ti conosco e nessuno ti conosce... / Sono venuto solo per accontentare quell'idiota di mio padre che piange e butta i suoi soldi per salvare il figlio perduto, non verrò più da te e continuerò a drogarmi... ». Visto che io ero rimasto calmo e che gli avevo chiesto, dandogli del Lei, « non può dirmi nulla d'altro di se stesso », cominciò ad agitarsi e rispose « Sono pieno di pidocchi e continuerò a drogarmi, sempre, sempre, sempre ».

La mia risposta ebbe il potere di shockarlo « Se Lei è contento di condividere la Sua camicia con alcuni insetti, o se Le piace abusare di sostanze che sa che le fanno male, questi sono problemi suoi che io non voglio conoscere; a me basta che Lei sia tranquillo e in pace con se stesso. Nessuno vuole privarLa della Sua libertà ».

Il non aver categoricamente vietato l'uso della droga mise il paziente maggiormente a suo agio; egli accettò di venire regolarmente, dicendo « la cosa mi incuriosisce e poi posso sempre non venire più ». Tuttavia durante le prime cinque settimane il paziente presentava una ostilità ed una diffidenza piuttosto accentuata nei miei confronti.

Rimaneva piuttosto imbarazzato quando voleva raccontarmi dei suoi sogni e delle sue impressioni e percezioni durante l'uso della marihuana ed io lo bloccavo poco dopo dicendogli « avremo tempo di riparlarne in futuro, ora, per favore, continui a parlarmi di sé e della sua vita, non tralasci nessun ricordo per quanto banale le possa sembrare ».

L'esposizione della vita del paziente durò circa 8 settimane e servì a porre il paziente maggiormente a suo agio: era meno aggressivo nei miei confronti ed incominciò a parlarmi usando il Lei; tuttavia mi disse « non la chiamerò mai professore, per me è solo dottore » poi aggiunse « chiamarla dottore mi sembra di più che sia il mio medico ».

L'analisi dei dati forniti dal soggetto mise in evidenza:

1) il paziente non era mai riuscito in nessuno sport; al contrario il padre e la sorella erano ottimi sciatori e nuotatori. Il paziente ora non si rammaricava per questo, ma da

piccolo si sentiva a disagio quando gli veniva detto da parte dei genitori o di estranei « non avere paura dell'acqua (o di scendere con gli sci), guarda la tua sorellina che è una bambina e che, più piccola di te, non ha paura »;

2) l'aver considerato la sorella (e le ragazze in genere) superiori in molti campi aveva generato una timidezza estrema, per cui non riusciva ad essere spontaneo con l'altro sesso, ad avere un dialogo e neppure spesso ad avvicinarlo. Sessualmente si sentiva bloccato, per cui, malgrado provasse il forte desiderio della vicinanza di una ragazza, l'attività sessuale si era risolta nella masturbazione solitaria o reciproca con altri ragazzi;

3) la difficoltà di rapporto interpersonale che si manifestava con l'altro sesso, come sopra enunciato, e con il proprio sesso, in quanto temeva di essere deriso dagli amici perché non riusciva negli sports e non aveva una ragazza con cui flirtare, originò una insicurezza di fronte a qualsiasi problema. Contemporaneamente si era strutturata una tendenza all'isolamento;

4) l'insicurezza di base e l'incapacità al rapporto interpersonale avevano originato un'angoscia di fronte al futuro, che era mimetizzata dall'apatia. Dopo le prime sei settimane e quando il paziente era quasi al termine dell'esposizione della propria autobiografia, incominciò a presentare attacchi acuti di ansia ed episodi bi o tri settimanali di bulimia.

Il paziente disse che sentiva crisi di ansia ancora più forti che non nel passato e che voleva che io l'aiutassi a superarle senza ricorrere alla droga. Era quella la prima volta in cui affermava che la droga gli serviva per vincere l'ansia, mentre sino a quel momento, nelle rare occasioni in cui aveva accennato alla droga, aveva sempre affermato di usarla solo perché lo voleva fare.

Di fronte alla crisi d'ansia ho preferito non usare psicofarmaci per non alimentare l'idea che un farmaco (o la droga) potessero aiutarlo nei momenti di crisi, ricorrendo invece al training autogeno di Schultz secondo la metodologia originale.

I risultati di tale metodo di distensione sono stati più che soddisfacenti e il paziente in breve tempo imparò a controllare sufficientemente la propria ansia.

L'intervento terapeutico mirava ad una ricostruzione parziale della personalità, con il superamento del complesso di insicurezza di base.

Il paziente fu invitato ad approfondire lo studio delle lingue straniere, verso le quali manifestava una spiccata inclinazione; fu pure incoraggiato a frequentare gruppi giovanili, sia italiani che stranieri, dove potesse esercitarsi nel dialogo delle lingue imparate.

Quest'ultimo punto gli permise di riuscire a risocializzarsi sufficientemente, sia ad avere contatti con l'altro sesso, poiché lo studio rappresentava il pretesto per il dialogo.

Tale terapia durò 18 mesi e fu interrotta con il mio consenso, quando il paziente mi comunicò di aver vinto una borsa di studio per recarsi all'estero a perfezionare lo studio di una lingua straniera. Ho preferito interrompere la terapia in quanto per il paziente la vincita della borsa di studio rappresentava un grosso successo personale che serviva a dargli una buona fiducia in se stesso.

Nel corso della terapia il soggetto fu lasciato libero di drogarsi ed in effetti, nei primi 12 mesi di cura, si presentarono una decina di episodi di assunzione di droga. Durante l'ultimo semestre, con il progredire della sicurezza in se stesso e con la riduzione dell'ansia, non ci fu più alcun uso di droga e il paziente spontaneamente riferì di non voler più cercare nella droga un rimedio alla propria angoscia.

Al termine dei 18 mesi di terapia il paziente era decisamente più sicuro di sé, aveva nettamente ridimensionato il suo complesso d'inferiorità, era sufficientemente in grado d'inserirsi socialmente, sapeva instaurare un dialogo con l'altro sesso e aveva trovato nello studio delle lingue straniere uno scopo di vita ed una prospettiva per il futuro; contemporaneamente l'uso della marjuhana era completamente scomparso.

Il comportamento in famiglia, sia con i genitori che con la sorella, era decisamente migliorato; permanevano tuttavia attacchi di bulimia improvvisa con ingestione di notevoli

· quantità di cibi dolci. Tali attacchi comparivano in media ogni 20-30 giorni e non erano giustificati dal paziente, nella realtà rappresentavano un modo di scaricare la tensione emotiva di fronte ad alcune difficoltà; essi non erano pericolosi in quanto non provocarono mai disturbi a livello dell'apparato gastroenterico e, in due occasioni, furono stroncati da una applicazione prolungata del training autogeno.

Da quanto esposto sommariamente si può concludere che si è trattato di una terapia che ha approdato al successo.

Si può obiettare che il caso era favorevole, poiché il paziente aveva presentato solo una trentina di episodi di uso non continuativo di marihuana, sostanza non particolarmente nociva; egli inoltre aveva una spiccata predisposizione per lo studio delle lingue straniere, poi utilizzata per renderlo abbastanza rapidamente più sicuro di sé.

Senza negare quanto sopra rilevato, ritengo utile rimarcare che la psicoterapia di tipo adleriano parte da un rispetto dell'individuo e cerca di fargli superare i propri problemi attraverso una migliore conoscenza di se stesso, allo scopo di vincere il complesso d'inferiorità di base; ciò comporta dei notevoli vantaggi anche nel trattamento dei drogati.

Si tratta di considerarli non più come dei malati irrecuperabili o degli anormali sul piano psichico, ma come dei soggetti che hanno spesso delle gravi problematiche personali e che scelgono una via sbagliata e pericolosa per risolverle.

Ancora una volta, come ho già accennato nella comunicazione precedente, la psicoterapia adleriana, con le sue caratteristiche di semplicità e di accettazione dell'individuo, può riuscire meglio di altri interventi più appariscenti.

LUCY K. ACKERKNECHT (Berkeley, California)

IL RUOLO DELL'ANALISI DELLO STILE DI VITA NELLE MARATONE ADLERIANE

(Con particolare riguardo ai primi ricordi)

L'Autrice presenta questa relazione come uno studio clinico impressionistico, basandola sulla sua vasta esperienza nel condurre le Maratone Adleriane (1) negli Stati Uniti e in Germania. Queste Maratone servono a tre scopi: a) analisi didattica, b) terapia psicopedagogica, c) terapia. L'argomento è stato trattato dalla Ackerknecht in varie pubblicazioni.

In apertura delle sedute, il capogruppo e i partecipanti devono affrontare un'analisi preliminare dello stile di vita auspicabile o necessario, che diviene l'obiettivo della collettività. Numerose ricerche hanno dimostrato che un'analisi dello stile di vita condotta con modalità incoraggianti e comprensive ha risultati più profondi e duraturi, rispetto a un'analisi eseguita con tecnica fredda e rigidamente obiettiva o mediante un confronto critico esasperato.

L'analisi dello stile di vita nell'ambito di gruppi e Maratone comporta necessariamente un'esigenza di maggior brevità e sintesi che nelle psicoterapie individualizzate. Ciò implica l'attribuzione di un particolare rilievo agli elementi essenziali e l'omissione di quelli marginali, con un conseguente rischio d'incompletezza e d'imperfezione. Per questo motivo, secondo l'Autrice, l'area più importante delle ricerche dovrebbe essere rappresentata dai « primi ricordi ».

(1) Lunghe sedute di psicoterapia di gruppo, condotte con tecnica adleriana.
(N.d.R.).

In base ai dati da Lei acquisiti, i ricordi affioranti nella seduta sui primi sei o sette anni di vita orienterebbero, con la loro spontanea insorgenza, circa lo stile di vita al momento dell'esame e particolarmente sulle sue finalità inconsce.

Una seconda, interessante osservazione riguarda il mutamento dei primi ricordi in rapporto ai cambiamenti emotivi e attitudinali del soggetto che li produce. Così, una evoluzione emotiva in senso euforico modifica ad esempio i ricordi relativi allo stesso periodo da « piangere - chiedere dell'acqua » in « saltare su e giù felice nello stesso lettino ». Tale modifica comporta una revisione positiva dell'immagine di se stesso e delle proprie finalità.

Terzo tema della comunicazione è la rinnegazione dei primi ricordi. Alla base di questo rifiuto a ricordare si possono trovare delle resistenze alla terapia o al mutamento dello stile di vita; in altri casi però esso può fornire indicazioni essenziali su particolari alterazioni percettive del soggetto rivolte alle prime situazioni familiari. E' significativo che molte fra le persone che non ricordano nulla della loro vita prima dei sei o sette anni si considerino trascurate, respinte o persino odiate da tutti o da alcuni fra i componenti della loro famiglia.

La relatrice conclude invitando gli studiosi che eventualmente avessero compiuto ricerche sullo stesso tema a comunicarle i loro risultati.

BIBLIOGRAFIA

LUCY K. ACKERKNECHT: Marathon, Adlerian Style, *Journal of Individual Psychology*, Vol. 27, 176-180, Nov. 1971.

LUCY K. ACKERKNECHT: Marathons als Beitrag zur individual-psychologischen Behandlung, *Praktische Psychologie*, 26. Jahrgang, 183-187, July/August 1972.

LUCY K. ACKERKNECHT: Involvement as Leitmotif of a Psycho-therapeutic Practice, *The Individual Psychologist*, Vol. IX, No. 1, May 1972.

LUCY K. ACKERKNECHT: Adlerian Marathons, *IPNL*, Vol. 21, No. 1, 5-7, London, Jan/Feb., 1972.

(Riassunto della comunicazione presentata al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Dr. MARVEN O. NELSON e KATHLEEN R. BUFFONE (Suffern, New York)

RAFFRONTO FRA I CONCETTI GENTORE-DIVINITÀ E I DATI DEL MMPI

La ricerca di cui alla comunicazione si ricollega ad una precedente tecnica di Nelson e Jones per analizzare il concetto di Dio in relazione ai sentimenti provati per in propri genitori. Tale tecnica è stata usata anche da Padre André Godin nel Belgio e da Orlo Strunk nel West Virginia, nonché da molti altri studiosi.

In contrapposizione all'ipotesi di Freud che Dio rappresenti la proiezione del concetto umano di padre, Nelson sostiene la validità della tesi di Alfred Adler, secondo cui il concetto di Dio deriva da una « concretizzazione dell'idea di perfezione, la più grande immagine di grandezza e superiorità ».

Nello studio esposto si esamina il rapporto fra i risultati del Q-Test Concetti Genitore-Divinità e i dati desunti dal MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). I soggetti in esame sono trenta uomini e trentacinque donne, in età variabile fra i diciotto e i quarant'anni, americani bianchi, in egual misura cattolici e protestanti.

L'impiego del MMPI è diretto ad evidenziare le caratteristiche della personalità dei soggetti, mentre quello del Q-Test Concetti Genitore-Divinità di Nelson e Jones a rilevare appunto i concetti di genitore e divinità. Quest'ultimo test consiste in sessanta dichiarazioni sul tipo di « Ho il senso di essere protetto », « Sento di essere capito », « Sento che c'è qualcuno che non mi ama ». Tali affermazioni sono collocabili in nove scale indicanti i sentimenti del soggetto verso i concetti di madre, padre e Dio.

I risultati statistici della ricerca, effettuata su soggetti normali introversi ed estroversi, nevrotici e psicotici, contribuiscono a dimostrare non tanto che l'immagine di Dio si costruisce su quella di uno dei genitori, quanto piuttosto che l'immagine del genitore preferito è assai vicina a quella del concetto di divinità in caso di salute mentale e se ne distanzia in caso di disordine psichico. Ciò depone a favore della già ricordata tesi adleriana.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- NELSON AND JONES: An Application of the Q-Technique to the Study of Religious Concepts. *Psychological Reports*. 1957. 3. 293-297.
- ANDRE GODIN, S. J.: *From Religious Experience to Religious Attitude*. Lumen Vitae Press. Brussels. 79-110.
- ORLO STRUNK: Perceived Relationships Between Parental and Deity Concepts. *Psychological Newsletter* (New York University). 1959. 10. 222-226.
- ORLO STRUNK: Religion, a Psychological Interpretation. Abingdon Press. 1962, 35-36.
- ALFRED ADLER: Superiority and Social Interest. Northwestern University Press. 275.
- MARVEN O. NELSON: The Concept of God and Feelings Toward Parents. *Journal of Individual Psychology*. Vol. 27, May 1971. 46-49.

(Riassunto della comunicazione presentata al XII^o Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Dr. HENRI NIEDZIELSKI (Cracovia)

CONTRIBUTI DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE ALL'INSEGNAMENTO PERSONALIZZATO DELLE LINGUE STRANIERE

La comunicazione si apre con una constatazione negativa: assai elevato è il numero di coloro che, in tutto il mondo, hanno seguito a lungo lo studio di lingue straniere, senza però, al termine dei loro studi, essere in grado di usufruire sul piano pragmatico e con reale fluidità del loro apprendimento. Di qui una continua oscillazione della popolarità degli studi linguistici, su cui influiscono certamente reazioni di scoraggiamento e di saturazione da noia. In particolare negli Stati Uniti d'America, il fenomeno ha raggiunto un vero e proprio punto di crisi.

Il Niedzielski prosegue, passando in rassegna le diverse soluzioni pedagogiche e psicopedagogiche formulate e poste in atto, per superare le difficoltà prima rilevate, da parte di educatori, autori di libri di testo, dipartimenti e ministeri dei vari paesi. L'impostazione filologica tradizionale, il metodo diretto, lo strutturalismo, l'istruzione specialistica programmatica non sono giunti a superare gli ostacoli obiettivi e soprattutto quello rappresentato dall'unicità e dall'indivisibilità di ogni studente. La più parte dei pedagogisti, infatti, si è limitata a considerare l'allievo come un guscio da riempire mediante il nozionismo o come un'entità astratta e depersonalizzata, trascurando le componenti essenziali della libera volontà e dell'autodeterminazione di chi è destinato ad apprendere. Soltanto i sostenitori dell'istruzione individualizzata hanno offerto un contributo vitale in questo senso.

Anche in questo settore la dottrina psicologica adleriana è sicuramente in grado di fornire un validissimo aiuto psico-

pedagogico. Nella parte conclusiva della sua esposizione, l'Autore sintetizza i punti base da seguirsi nella linea applicativa dell'insegnamento impostato sulla psicologia individuale. Essi sono così compendiabili:

- a) Le caratteristiche psicologiche di ogni individuo, da considerarsi sia singolarmente che nella loro risultante dinamica.
- b) L'unicità psicosociale di ogni lingua.
- c) L'auspicabile mutuo rispetto come obiettivo da raggiungersi nei rapporti fra studenti, insegnanti ed amministratori e la conseguente possibilità di una formulazione anche democratica dei programmi.
- d) La non imposizione delle metodiche d'insegnamento.
- e) L'avviamento ai processi logici attraverso la determinazione e l'adesione collettiva.

(Riassunto della comunicazione presentata al XIIº Congresso di Psicologia Individuale).

BERNARD PAULMIER (Montreuil)

LA PSEUDO-DEBILITA', ESPRESSIONE DI UNO STILE DI VITA

Il Paulmier, basandosi sulla sua esperienza di educatore, affronta il fenomeno della pseudo-debilità come appare nell'ambito della scuola. Egli prospetta anzitutto l'esigenza di una sua differenziazione dalla vera debilità su base organica e costituzionale, delineando poi un indirizzo psicopedagogico per il recupero degli individui in età evolutiva che ne sono affetti. La scuola infatti, come afferma giustamente Alfred Adler, è nel medesimo tempo un banco di prova per il sentimento sociale e una sede privilegiata per educarlo. Se si tiene presente che la pseudo-debilità sfocia spesso nella nevrosi, nella delinquenza e nella tossicomania, bene si può comprendere l'esigenza fondamentale di un riadattamento attivo di questi soggetti.

Il punto di partenza per la diagnosi è spesso il disadattamento scolastico, che può certo derivare da un'anomalia organica, ma che in moltissimi casi consente, con un'analisi più fine dei sintomi, l'individuazione di una possibile eziologia psicogenetica. Accade talora di avvertire dei segni puramente settoriali d'intelligenza, abbinati a caratteristiche comportamentali che consentono di ricostruire un « falso stile di vita », quasi sempre inquadrabile in una distanza abnorme fra il soggetto e le esigenze sociali, progressivamente incrementata sino a dare l'impressione di una inesistente carenza intellettuale.

Il trattamento psicopedagogico di questi soggetti, così come è stato efficacemente delineato da Alfred Adler, deve basarsi sull'educazione guidata alla relazione interpersonale. In tali casi, dunque, la scuola deve riprendere da principio

un condizionamento non riuscito nell'ambito della famiglia. La rieducazione deve essere impostata dalle sue basi più profonde, avviando l'individuo alla conquista dell'autocoscienza, della psicomotricità, della corretta articolazione del linguaggio parlato, strumenti indispensabili per accostarsi in un secondo tempo alle vere e proprie fasi dell'apprendimento scolastico. Si tratta ancora una volta di una modifica dello stile di vita, ottenibile mediante una mobilitazione delle più segrete risorse psicologiche individuali e con l'aiuto di una fattiva cooperazione intellettuale a tutti i livelli. Tale la chiave più sicura per la guarigione della pseudo-debilità.

(Riassunto della comunicazione presentata al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

PAUL ROM (Londra)

COMPLESSI E STILE DI VITA

Secondo il relatore né la ben nota concezione freudiana di complesso, né quella junghiana (che lo vede come « la semplificazione di una situazione psicologica estremamente complessa ») sono totalmente accettabili. Egli ritiene invece più realistica ed obiettiva la strutturazione dell'idea di complesso impostata da Alfred Adler nel 1926. Il fondatore della Psicologia Individuale, infatti, inquadra come complessi numerosi atteggiamenti dell'individuo, da porsi in relazione con un suo modello ideale e sempre corrispondenti a un determinato stile di vita.

Nella psicologia individuale, lo studio dei complessi si articola soprattutto nei due atteggiamenti base dell'inferiorità e della superiorità, suscettibili però di prendere corpo più minutamente in varie elaborazioni, come il complesso del « compagno di viaggio », del « redentore », dell'« evidenza », dell'« esclusione », della « predestinazione », del « no », del « capo » e dello « spettatore ».

Il Rom prosegue applicando clinicamente il suo inquadramento dottrinario all'illustrazione di un caso personalmente osservato e seguito. Il soggetto presentato reagiva al suo complesso d'inferiorità, accantonando ogni proposta attiva dei suoi amici e ponendo così in atto i due complessi dell'« esclusione » e del « no ». Egli però opprimeva le persone a lui vicine con i suoi consigli non richiesti (complesso del « redentore »), reagendo aggressivamente contro di loro quando il suo punto di vista non era accettato (complesso del « deprezzamento ») ed elaborando le sue critiche in modo particolarmente minuzioso (complesso del « perfezionista »). Non è difficile ricostruire, nell'insieme di queste scelte comporta-

mentali, la risultante unitaria di un modello ideale compensatorio e di uno stile di vita.

L'Autore conclude prospettando un realistico indirizzo psicoterapeutico e ribadendo come, nel corso dei trattamenti, non sia sufficiente l'identificazione dei complessi, ma sia soprattutto necessaria la valutazione finalistica dello stile di vita anomalo e la sua positiva trasformazione in una nuova scelta complessiva ispirata agli obiettivi dell'utilità e del senso sociale.

(Riassunto della comunicazione presentata al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Dr. HERBERT M. ROSENTHAL (New York)

IL RAPPORTO FRA PAZIENTE E TERAPEUTA: L'EGUAGLIANZA COME MODELLO OPERATIVO

Nei trattamenti psicoterapeutici, il rapporto fra paziente ed analista può essere impostato secondo modalità e livelli assai diversi. Ben nota è la situazione di transfert, con tutte le sue implicazioni profonde, come è stata descritta dalla psicoanalisi freudiana ortodossa. Un'altra modalità classica di rapporto è quella che utilizza la fiducia e l'ammirazione del paziente per il terapeuta, che può accentuare le sue caratteristiche di superiorità e di maggior conoscenza onde sfruttarne positivamente l'influsso. Una terza tecnica di contatto segue vie diametralmente opposte, se pure gradualmente raggiunte, attraverso una progressiva diminuzione della dipendenza del paziente dall'operatore, sino ad ottenere paradossalmente una dipendenza dell'operatore dal paziente (tale metodologia è descritta da Whitaker e Malone nell'opera « Fondamenti della Psicoterapia »).

Esiste infine un quarto e più equilibrato orientamento basato sulla convinzione che entrambe le individualità umane che partecipano alla situazione psicoterapeutica possano collaborare su un piano di essenziale parità, mettendo in atto un lavoro comune allo scopo di raggiungere la soluzione dei problemi del paziente e di avviarlo ad un più felice stile di vita. L'eguaglianza sostenuta da questa tecnica non prescinde naturalmente dalle indispensabili differenze che sussistono tra le due figure, le quali però devono strutturarsi non tanto sul piano emotivo-affettivo, in cui la parità è il supporto di questo metodo, quanto sul piano di un diverso bagaglio di conoscenza e di esperienza.

Allo sviluppo dell'ultimo indirizzo, considerato il più produttivo, è dedicata la relazione del Dr. Rosenthal, che ne definisce i vantaggi, avvertendone nel contempo i limiti, la portata e le conseguenze.

L'esposizione teorica è seguita dall'esemplificazione pragmatica di tutto l'iter di un trattamento positivamente concluso. Ne emergono, oltre alla conferma dei vantaggi di una mutua comprensione fra terapeuta e paziente, le precise modalità per realizzarla e le specifiche indicazioni per questo tipo di trattamento.

(Riassunto della comunicazione presentata al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Dr. HERBERT SCHAFFER (Parigi)

IMMAGINAZIONE ATTIVA E PSICOTERAPIA ADLERIANA

Dopo aver delineato il variare dei centri d'interesse della psicologia del profondo nel corso della sua evoluzione storica, l'Autore constata che oggi la psicoterapia, pur continuando a perfezionare le sue basi teoriche, indirizza largamente le sue tecniche in senso pragmatico e si preoccupa particolarmente d'incrementare e di collaudare il senso sociale dei pazienti, ossia la loro capacità di stabilire validi rapporti interpersonali. Ricorda, a questo proposito, il ruolo anticipatore di Alfred Adler nella strutturazione e nella sperimentazione delle metodiche psicoterapeutiche di gruppo.

Partito da queste basi di concretezza operativa, il Dr. Schaffer entra nel vivo del tema prescelto, delineando le caratteristiche dell'immaginazione alla luce della psicologia adleriana. In tutti gli individui — egli dice — la facoltà immaginativa svolge attività psicologicamente essenziali, costruendo prospettive di schemi di vita futuri, generando produzioni oniriche notturne e sogni ad occhi aperti dipanati ai limiti della coscienza durante il giorno. Nei soggetti più dotati l'immaginazione giunge al traguardo elevato della creazione artistica ed anche qui trasferisce complesse e significative componenti strutturali della personalità. Negli stati psicopatologici, infine, i fantasmi immaginativi, allontanandosi dalla realtà, danno corpo al mondo dei deliri e delle allucinazioni.

La costruzione immaginaria del futuro, prefigurando situazioni e soluzioni, desiderate o temute, e affrontando sempre il terribile ostacolo dell'ignoto potenziale, dà corpo al finalismo psichico così bene avvertito dal pensiero di Adler. In questi frutti dell'immaginazione appaiono elementi di grande importanza diagnostica e spunti suscettibili di positivi agganciamenti psicoterapeutici: ad esempio il livello e

la qualità del senso sociale, fermenti aggressivi con possibili componenti sadiche, mitizzazioni eroiche compensatorie o al contrario ripiegamenti masochistici e passivi che spesso si alternano agli spunti precedenti.

L'Autore passa quindi ad esaminare i processi ed il materiale di cui si serve l'immaginazione e soprattutto il suo grado maggiore o minore di creatività, ossia la capacità di costruire invenzioni veramente nuove, in contrapposizione ad una immaginazione puramente rievocativa e rielaboratrice di ricordi.

Il relatore affronta a questo punto il tema specifico della sua comunicazione, illustrando l'apporto diretto dell'immaginazione alle tecniche psicoterapeutiche. Una componente immaginativa fa sempre parte di ogni trattamento e condiziona in modo essenzialmente soggettivo tutto quanto riferisce il paziente, dalle esperienze della sua vita concreta alle fantasie oniriche rifiltrate al momento del colloquio con l'analista. Vi sono comunque periodi di stasi in cui l'immaginazione sembra cedere ed il soggetto perde la sua capacità di ricordare, il che molto spesso è l'espressione di resistenze ben motivate. Il Dr. Schaffer propone una nuova metodologia per stimolare ed esercitare l'immaginazione attiva, sganciandola da ogni soggezione al passato. Il terapeuta in tali occasioni può invitare il paziente ad improvvisare una storia del tutto fantastica e senza intenzionali riferimenti personali od anche, qualora pure questa iniziativa si arresti di fronte all'inibizione, iniziare lui stesso una narrazione e farla proseguire all'analizzato.

Lo scopo di tale tecnica è chiaramente duplice, poiché le storie rivelano quasi sempre una proiettività a contenuto simbolico o con più scoperte identificazioni ed inoltre rappresentano un fattore di sblocco, che consente in un secondo tempo la continuazione di un'analisi classicamente impostata.

L'esposizione accurata di un caso conferma dimostrativamente i rapporti fra immaginazione attiva e psicoterapia adleiana, ravvivati dalla sopra esposta tecnica innovativa.

(Riassunto dalla comunicazione presentata al XIIº Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Prof. MANFORD SONSTEGARD (West Virginia University)

SU DI UN CORSO TELEVISIVO DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE ADLERIANA

Il professor Sonstegard riferisce sul corso di guida e informazione n. 382, specificamente dedicato alla « applicazione della psicologia adleriana » e rivolto in particolare agli studenti dell'Istituto Superiore annesso all'Università del West Virginia. Tale corso rappresenta il più compiuto sviluppo di una precedente iniziativa con intenti divulgativi familiari. Esso è ora configurato con indirizzo non più semplicemente divulgativo, ma come un vero e proprio corso di studi superiori.

Come si può constatare dal titolo, il programma si propone un obiettivo di addestramento e di applicazione pratica, valendosi largamente di esemplificazioni dimostrative nell'ambito della psicopedagogia per le scuole elementari e superiori, delle consultazioni fra genitori e insegnanti, dell'uso di racconti per l'auto-comprensione, delle assemblee di studenti, delle analisi dello stile di vita e dei consigli di classe o di famiglia. Il mezzo televisivo consente, malgrado le finalità didattiche superiori del corso, di attribuirgli anche una funzione indiretta più ampia, destinata a portare nel vivo dei nuclei familiari gli esempi di una corretta ed efficace metodologia educativa.

I programmi sono articolati, durante i tre semestri del corso superiore universitario, in 31 ore di trasmissioni televisive, che gli studenti possono seguire sia riuniti in gruppi di ascolto universitari, sia in seno alle loro famiglie. Alla didattica televisiva fa seguito una giornata di istruzione clinica diretta. E' stato stampato inoltre un manuale di studi per facilitare l'iter dell'apprendimento.

Durante la giornata d'istruzione clinica, un docente controlla il grado di preparazione degli studenti, risponde esaurientemente alle loro interrogazioni supplementari e corregge le loro metodiche applicative, se non del tutto valide.

Il successo ottenuto dal corso, oltre che fra gli studenti ad esso iscritti, presso un pubblico più vasto di spettatori televisivi, fra cui si annoverano molti genitori e molti insegnanti con diverse e intuibili motivazioni interessati all'iniziativa, offre l'occasione al relatore per sostenere la validità dell'indirizzo seguito anche da un punto di vista più generale e con scopi psicopedagogici, psicosociologici e d'igiene mentale.

(Riassunto della comunicazione presentata al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

LIBRI RICEVUTI

- ALFRED ADLER: « The case of Mrs. A » - Alfred Adler Institute - Chicago - 1969.
- ERWIN WEXBERG: « Individual Psychological Treatment » - Alfred Adler Institute - Chicago - 1970.
- BERNARD H. SHULMAN: « Essays in Schizophrenia » - The Williams & Wilkins Company - Baltimore - 1968.
- BERNARD H. SHULMAN: « Contributions to Individual Psychology » - Alfred Adler Institute - Chicago - 1973.
- HAROLD H. MOSAK AND BERNARD H. SHULMAN: « The neuroses » - Alfred Adler Institute - Chicago - 1966.
- HAROLD H. MOSAK AND BERNARD H. SHULMAN: « Introductory Individual Psychology » - Alfred Adler Institute - Chicago - 1967.
- GIAN GIACOMO GIACOMINI: « I fondamenti teorетici della psicologia contemporanea » - Sabatelli Editore - Savona - 1969.
- ALEXANDER MULLER: « Grundlagen der Individualpsychologie » - Werner Classen Verlang - Zürick - 1973.
- HERTHA ORGLER: « Alfred Adler, the man and his work » - Sidgwick & Jackson - London - 1973.

ATTIVITA' DELLA S.I.P.I.

- La Società Italiana di Psicologia Individuale ha tenuto dal 26 aprile all'8 giugno 1973, presso l'Auditorium della Lepetit in Milano, il suo corso annuale di psicologia applicata, dedicandolo al tema « Il bambino difficile e la scuola ». Relatori: Prof. Francesco Parenti, Prof. Edoardo Pasini, Dott. Pier Luigi Pagani.
- A Parigi, il 7 e l'8 gennaio 1974, presso la Nouvelle Faculté de Médecine, il prof. Francesco Parenti, in rappresentanza della S.I.P.I., ha partecipato a due tavole rotonde organizzate dalla Société Française de Psychologie Adlérianne e dedicate rispettivamente ai problemi della schizofrenia e all'attualità della dottrina di Alfred Adler.
- Nella sua ultima seduta il Consiglio Direttivo della S.I.P.I. ha deliberato di dedicare al tema « Le tecniche psicoterapeutiche adleriane » il corso che si terrà nella primavera del corrente anno. Per ogni informazione al riguardo, preghiamo gli interessati di rivolgersi alla nostra Segreteria.

La Società Italiana di Psicologia Individuale si è costituita nel 1969, con lo scopo di promuovere studi, ricerche, pubblicazioni e manifestazioni scientifiche in campo medico-psicologico, ispirati all'orientamento della psicologia individuale adleriana.

La S.I.P.I. associa i medici che nutrano specifici interessi psicologici, gli psicologi e gli educatori che ne condividano l'impostazione dottrinaria e programmatica.

La S.I.P.I. tiene ogni anno un corso teorico-pratico su vari temi, concreti ed attuali, nell'ambito della psicologia applicata.

La S.I.P.I. indice periodicamente riunioni di Soci, dedicate alla discussione di casi clinici, simposi, tavole rotonde e dibattiti di argomento psicologico.

La S.I.P.I., nell'XIº Congresso Internazionale del luglio 1970, è stata accolta come « member group » nell'International Association of Individual Psychology e partecipa all'attività scientifica ed organizzativa di questo sodalizio.

Il sottoscritto

Cognome e Nome

Professione

Indirizzo

è interessato all'attività della S.I.P.I. e desidera essere informato circa le modalità di adesione.

Data Firma

(Da ritagliare, compilare e spedire in busta chiusa alla Segreteria della Società Italiana di Psicologia Individuale, via Giasone del Maino 19/A, 20146 Milano).