

# GGIORNAMENTI DI COTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

1  
1978

EDITORIALE

ARTE TERAPIA: UN APPROCCIO ADLERIANO DI GRUPPO

S.E. DREIKURS

LE BASI PRECULTURALI DEL TABÙ DELL'INCESTO: VERSO UNA TEORIA  
BIOSOCIALE

S. PARKER

CONSULTORIO PER CRISI FAMILIARI

H. BLANK

IL RUOLO DELLA TEORIA DEL LINGUAGGIO E DELL'ANALISI SEMANTICA  
NELLA PSICOANALISI

S. GOEPPERT - H.C. GOEPPERT

RECENSIONI



REDAZIONE: PAOLA COCORULLO, MARGHERITA LIZZINI, GIANDOMENICO MONTINARI, LIA OELKER, GIOVANNI ROBERT, MARINA AVANZINI, LUCIANO LUCATTINI, DANIELA SIGNORINI. SEGRETARIA DI REDAZIONE: TERESA BERRINO. REDATTORE CAPO: MARINA AVANZINI. DIRETTORE RESPONSABILE: GIANDOMENICO MONTINARI.

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TELEF. 541092. ANNO 7°, NUM. 1 GENNAIO-MARZO 1978. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV/70%. PREZZO DI UN FASCICOLO L. 2.500, ESTERO L. 4.000, ABBONAMENTO ANNUO L. 8.000, ESTERO L. 15.000. DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ANTONIO CECCHI 3/3 - 16129 GENOVA - TEL. 541092. C.C.P. 4/19690 INTESTATO A CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA. AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI GENOVA: NUM. 29990 DEL 16-12-1971. STAMPATO NELLA TIPOGRAFIA E OFFSET DARIO MEMO, VIA DELLE LEGHE 12 - 20127 MILANO. CONSULENZA GRAFICA: ARCH. ADA RIVA ROBERT.

## SOMMARIO

---

- 5 EDITORIALE
- 7 ARTE TERAPIA: UN APPROCCIO ADLERIANO DI GRUPPO  
S.E. DREIKURS
- 31 LE BASI PRECULTURALI DEL TABÙ DELL'INCESTO: VERSO UNA TEORIA BIOSOCIALE  
S. PARKER
- 19 CONSULTORIO PER CRISI FAMILIARI  
H. BLANK
- 45 IL RUOLO DELLA TEORIA DEL LINGUAGGIO E DELL'ANALISI SEMANTICA NELLA PSICOANALISI  
S. GOEPPERT - H.C. GOEPPERT
- 53 RECENSIONI



## EDITORIALE

---

Riprendiamo le pubblicazioni della nostra Rivista, sperando di ritornare alla normale frequenza e scusandoci con i lettori per l'irregolarità che ha caratterizzato le nostre uscite negli ultimi due anni.

La selezione che presentiamo in questo numero comprende alcuni articoli che consideriamo di notevole interesse.

Un approccio adleriano all'arte terapia ci è presentato da SADIE E. DREIKURS: accanto ai tradizionali obiettivi dell'arte terapia (stimolo e rieducazione della creatività, rafforzamento degli strumenti espressivi del paziente, ecc.) viene qui particolarmente valorizzato il lavoro sugli aspetti gruppali, come la collaborazione, la competitività, il sentimento di appartenenza al gruppo, il tutto in una cornice di riferimento, per l'appunto, adleriana. Varie tecniche vengono illustrate, applicabili in diverse situazioni, sia cliniche sia psicosociali, dal lavoro terapeutico con gli psicotici in ambito istituzionale e quello preventivo, per esempio, con le vedove della guerra del Kippur, fino alle esperienze dei « *Growth Center* », fornendo degli spunti e dei suggerimenti molto stimolanti.

Le basi preculturali del tabù dell'incesto costituiscono l'oggetto del secondo lavoro, indubbiamente uno dei più ricchi e interessanti che abbiamo letto negli ultimi anni in campo etologico. Problema centrale è stabilire fino a che punto il tabù dell'incesto costituisce un fatto tipicamente umano, anzi il punto di partenza e il pilastro dell'organizzazione sociale e della cultura, e quanto invece non è che uno sviluppo dell'« evitamento dell'incesto », presente in molte specie animali, di cui costituisce l'intelalatura sociale di base. L'Autore propende per la seconda ipotesi e lo dimostra attraverso una documentata sequenza di fatti e di riferimenti bibliografici.

La negazione o comunque la cattiva elaborazione di un lutto possono essere fattori patogeni per l'equilibrio psichico delle persone colpite da una perdita tanto più se si tratta di bambini, mentre i danni possono essere attenuati se si riesce a favorire un positivo sviluppo del processo del lutto; questo fatto di per sé risaputo, ha indotto un gruppo di operatori inglesi a cercare di trarne le logiche conseguenze sul piano operativo, creando un apposito consultorio che trattasse preventivamente, per brevi periodi, tutte le famiglie vittime di un lutto: i risultati dell'esperienza sono riportati nel lavoro che pubblichiamo.

Il quarto articolo che abbiamo selezionato presenta il problema dei rapporti tra teoria del linguaggio, analisi semantica e psicoanalisi, dopo Lacan; vi si cerca di intendere il senso della comprensione psicoanalitica come ermeneutica del linguaggio fra analista e analizzato, i cui elementi essenziali sono gli « universali del linguaggio », cioè le parole.

## ARTE TERAPIA: UN APPROCCIO ADLERIANO DI GRUPPO

S.E. DREIKURS (1)

SADIE E. « TEE » DREIKURS, ARTE TERAPEUTA ED OPERATRICE SOCIALE, INIZIÒ IL LAVORO SOCIALE CON JANE ADDAMS DI HULL-HOUSE. LAVORÒ COME INTERNA AD HULL-HOUSE PER 16 ANNI, FINCHÉ COSTITUÌ NEL 1930 UN GRUPPO DI AVVIAMENTO ALLA PITTURA PER GIOVANI DEVIATI. SI DEDICÒ ALLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE CON RUDOLF DREIKURS ED ALTRI. ATTUALMENTE PRATICA ED INSEGNA ARTE TERAPIA AL ST. JOSEPH HOSPITAL ED ALL'ALFRED ADLER INSTITUTE DI CHICAGO, IN VARI LUOGHI DEGLI STATI UNITI, IN CANADA E ALL'ESTERO. L'ARTICOLO QUI RIPRODOTTO È STATO PUBBLICATO IN INGLESE SULLA RIVISTA « JOURNAL OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY », VOL. 32, N. 1, MAGGIO 1976 COL TITOLO: « ART THERAPY: AN ADLERIAN GROUP APPROACH ».

(1) Sono grata a Eva DREIKURS FERGUSON per la sua assistenza editoriale ed a Maria PAPPAS per il suo aiuto nella raccolta della bibliografia.

Le descrizioni tradizionali dell'arte terapia si sono per lo più accontentate di considerare il prodotto artistico del paziente come un mezzo per diagnosticare il suo stato « interno » e per sorvegliare il suo « progresso », mentre le sue condizioni subivano miglioramenti o peggioramenti.

L'uso dell'arte come mezzo terapeutico per facilitare cambiamenti *comportamentali* è stato discusso molto più raramente, nonostante il ricorso ad altre forme d'arte, quali la musica (DREIKURS R., 1957, 1959, 1960, 1961), al fine di facilitare cambiamenti comportamentali, sia già stato trattato nella saggistica.

Questo articolo illustra come la pittura possa diventare un mezzo attraverso il quale il terapeuta può influenzare il comportamento, l'umore e gli atteggiamenti dei pazienti. Nel 1969 descrissi l'uso dell'arte terapia in ambiente ospedaliero (DREIKURS S. G., 1969). Da allora, mediante l'uso di sperimentazioni ed innovazioni, divenne evidente che le tecniche usate con pazienti psichiatrici potevano venire applicate a gruppi di non-pazienti, persino ad una comunità in generale, per una « *growth experience* ».

SCOPO: ACCRESCERE  
L'INTERESSE SOCIALE

Basandomi sulla teoria Adleriana, il mio scopo è stato ed è tuttora quello di sviluppare un senso di appartenenza, di coscienza del proprio valore, e di interesse sociale, secondo ciò che si rileva nell'ultimo lavoro di RUDOLF DREIKURS:

*L'interesse sociale è la più importante qualità umana. L'interesse sociale non è innato. Innata è invece la nostra abilità a svilupparlo. Esso non è statico; nel corso della nostra vita lo accresciamo e lo diminuiamo. Quando riportiamo dei successi ampliamo ed intensifichiamo l'area nella quale proviamo un senso di appartenenza; quando siamo infelici o subiamo dei fallimenti, la restringiamo. Tutti i nostri insuccessi esprimono una carenza di interesse sociale. Soltanto se proviamo un senso di appartenenza possiamo disporre di un livello di tolleranza così elevato da farci superare facilmente qualunque sorpresa la vita tenga in serbo per noi. Il grado di interesse sociale viene continuamente messo alla prova da tutte le avversità che ci troviamo ad affrontare durante la nostra esistenza. Al di fuori della cerchia del nostro interesse sociale, i nostri simili ci appaiono come nemici dai quali dobbiamo guardarci. Il senso di ostilità e di sospetto che ne consegue impedisce la nostra collaborazione (DREIKURS R., 1971, p. 66).*

L'individuo con diminuito interesse sociale è incline allo scoraggiamento e, in casi estremi, soggetto al ritiro e all'isolamento; condizioni, queste, che lo conducono ad una impossibilità di funzionamento ed infine al crollo. Il meccanismo delle turbe psicotiche è completamente diverso dalla struttura della nevrosi. Le difese contro la vita sono totali. La psicosi si instaura al momento in cui i legami tra l'individuo e il suo ambiente sociale vengono completamente spezzati o sono sul punto di esserlo. La psicosi non è più diretta contro que-

sta o quella situazione, ma contro la convivenza sociale (DREIKURS R., 1945). Gli scopi specifici dell'uso dell'arte mediante un approccio Adleriano di gruppo sono quelli di attenuare l'isolamento attraverso la partecipazione, di volgere atteggiamenti di scoramento in speranze, di mutare l'incapacità in funzionamento adeguato, di far sì che i partecipanti si sentano orientati verso un compito invece che solo verso se stessi, di tramutare la loro tensione in rilassamento, la loro noia in divertimento, di sviluppare cioè un ottimale senso di appartenenza.

L'approccio all'arte terapia che illustrerò si è dimostrato molto efficace come strumento atto ad aiutare i partecipanti a condividere responsabilità, ad operare nelle scelte ed a risolvere problemi. Si è mostrato valido anche nell'allentare la tensione e nel diminuire lo stato psicotico. Inoltre, ha aiutato individui a scoprire in se stessi del talento artistico ed a sentirsi autoconsapevoli. Io ho usato questo tipo di approccio con molti gruppi, sia con pazienti che con altri, ed ho trovato che si ottenevano risultati similari. I risultati universalmente positivi di questo approccio forniscono ulteriore appoggio alla applicazione della psicologia Adleriana mediante l'arte terapia.

## SEDUTE TIPICHE

### E SPIEGAZIONE

L'uso della musica durante le sedute terapeutiche di pittura aumenta la comunicazione non verbale. Ogni seduta inizia con una discussione, congegnata

in modo da trasmettere al partecipante il rispetto per le sue opinioni e con la richiesta della sua collaborazione al progetto.

L'atmosfera instaurata dalla terapeuta influenza l'esperienza successiva. Se essa è concentrata sul proprio successo, comunicherà la sua ansia e contribuirà alla tensione ed all'insicurezza del gruppo.

Il suo scopo è di abbandonare al più presto il ruolo della figura autoritaria per mostrarsi come una semplice compagna di lavoro. Per esempio: io saluto ogni paziente sulla soglia prima che entri. Gli dò la mano, chiedo il suo nome, mi presento e lo invito a chiamarmi col nome proprio, rispondendo, se capita, alle sue domande o discutendo le sue preoccupazioni riguardo a quello che sta per fare. L'incontro solitamente inizia con il « buttarsi giù » (*put down*) del paziente: « non sono un artista », « non sono mai riuscito a tracciare una riga dritta ». Per quanto è possibile, la risposta della terapeuta resta in carattere con la frase del paziente, facendo uso di una sottile forma « *anti-suggestion* » di DREIKURS (CORSINI, 1973) e che FRANKL descrisse come una intenzione paradossale (vedere CORSINI, 1973). Per esempio, la terapeuta potrebbe dare una risposta di questo tipo: « certo, non sei un artista, probabilmente farai disegni brutti come tutti noi » oppure « Fantastico, vediamo com'è fatto un disegno di righe storte! ». Il modo in cui il paziente dà la mano alla terapeuta, come risponde al suo saluto, il suo modo di muoversi, sono tutte indicazioni sul suo atteggiamento

e sul suo stato di quel momento. È infatti su questa reazione « *hic et nunc* » del paziente che ho scelto di lavorare in arte terapia. Dato che non intendo lavorare su alterazioni dello « stile di vita » (*personality pattern*) non mi è necessario conoscere la diagnosi del paziente, o, nel caso di individui « normali », essere al corrente dei suoi problemi particolari. La mia scelta di non voler essere influenzata dalle informazioni sui partecipanti ha origine dalla mia profonda esperienza con JANE ADDAMS, la quale rifiutava di tenere cartelle — le considerava infatti pregiudiziali nei riguardi del cliente — e si occupava soltanto dei suoi problemi immediati. Allo stesso modo, il mio ultimo marito, RUDOLF DREIKURS, raccomandava di non fare uso di prognosi nel lavoro con un paziente perché questo poteva ostacolare il terapeuta. Dopo i saluti ci sediamo tutti e la prima domanda che rivolgo al paziente è: « Perché pensi che lo abbia fatto? » (salutarli alla porta). Le risposte tipiche sono: « perché voleva farci sentire a nostro agio », « non so che cosa ha fatto », « voleva farci entrare », « non so », « lei è educata », « non vuole che io abbia paura ». Io rispondo dicendo: « sì, tutto quello che avete detto fa parte della ragione; io voglio darvi a voi ».

Il motivo per cui faccio domande ai pazienti sul mio comportamento è che non intraprendo nulla col mio gruppo senza elicitare la loro comprensione e la loro collaborazione. Il gruppo sarà produttivo nella misura in cui riuscirò a coinvolgere i partecipanti nell'esperienza. L'individuo ha il diritto di essere

trattato con dignità e rispetto — ha il diritto di sapere che cosa faccio e perché. Chiedo a lui il perché e la sua risposta è un altro passo verso la coesione del gruppo.

Nella vita di tutti i giorni ci sentiamo costantemente spinti verso il successo e minacciati dal fallimento. «Buono o cattivo» oppure «giusto o sbagliato» sembrano essere i nostri canoni di vita.

Tenendo presente tutto questo, io ho rinnovato varie tecniche nella pittura di gruppo per rendere possibile al partecipante di eseguire un compito, restando scevro da tali ansie. La mancanza di preoccupazioni circa lo status e il successo, la creatività e la spontaneità che i bambini possiedono nell'infanzia, ma che tendono a perdere nel processo di crescita verso l'età adulta, sono le qualità che io cerco di portare a galla nell'arte terapia.

Un esempio del passo successivo è: «Noterete che abbiamo carta colorata — perché avrei scelto carta colorata?». Risposte: «è carina», «mi fa sentire bene»; io riconosco la validità delle idee espresse ed aggiungo: «Appena mettete un colore sull'altro avete l'inizio di un quadro». Poi domando loro se sono disposti a fare un gioco con me, spiegando che ognuno sceglierà un foglio di carta, se lo metterà di fronte, si siederà, ascolterà la musica e lascerà che il suono guidi la sua mano. Di nuovo chiedo perché la musica e molti pensieri vengono espressi. A volte un paziente dice: «non sopporto la musica», e la mia risposta è: «per favore, non ascoltarla», oppure: «vuoi del cotone da mettere nelle orecchie?». Pro-

seguo poi dicendo: «per favore, iniziate a dipingere e fra pochi minuti vi chiederò di alzarvi e di camminare intorno alla sedia fino al posto alla vostra destra, quindi di continuare a dipingere sul foglio di fronte a voi. Sarebbe più semplice chiedervi di spostare il foglio a destra; perché dunque vi chiedo di alzarvi?». In generale le risposte sono: «per farci muovere», «per farci cambiare posto», «per farci venire un'idea nuova», «per farci sgranchire le gambe»; «tutto quello che avete detto costituisce una parte del motivo e aggiungo inoltre che vi fa bene alla circolazione e che quando lasciate quello che avete già fatto vi vengono in mente cose nuove».

Per gli agitati e gli irrequieti alzarsi e fare qualche passo risponde alle loro esigenze — per gli anziani ed i depressi questa attività diminuisce il letargo. L'esperienza nell'insieme prende l'aspetto di una danza che si muove seguendo il ritmo della musica.

Lo psicotico, che vive in un suo mondo privato, si trova di fronte al compito di partecipare e collaborare. In genere, la prima volta che cambia posto, non continua il disegno che è già stato iniziato da altri, ma scappa nell'angolo più lontano dove c'è ancora un posto vuoto. Dopo il terzo o il quarto cambio, non c'è più posto dove possa rifugiarsi, deve allora continuare il disegno iniziato da qualcun altro. Se si rifiuta di fare così, la sua frustrazione aumenta ed egli può diventare distruttivo coprendo l'intero foglio con un colore scuro e cancellando ciò che era stato fatto in precedenza. Se invece si concede di

seguire il disegno e/o il ritmo di quello che trova, diminuisce il suo stato psicotico e diventa un membro cooperante.

Egli comincia a provare, mediante il disegno comune, un senso di appartenenza nei riguardi del gruppo o della terapeuta ed il suo isolamento è così penetrato ed infranto. La continuazione di quello che è stato prima dipinto da altri partecipanti è il primo passo per uscire dallo stato psicotico, per provare un senso di appartenenza insieme a qualcuno o a qualcosa: in questo modo il paziente ha cominciato ad operare una transizione tra l'isolamento e la partecipazione. Nel caso che cancelli quello che è stato fatto prima, il paziente che viene dopo di lui, avendo fatto esperienze di collaborazione e condiviso responsabilità, «salverà» il dipinto o usando colori vivaci o in qualche altro modo, facendo sgocciolare il colore e facendolo ridiventare un quadro. Il paziente che continua a cancellare, presto si accorge che questo sforzo per distruggere non ha portato all'effetto desiderato, di rimprovero o di accettazione, e che il suo comportamento distruttivo non ha dato risultati. Smette allora di cancellare e prende un altro foglio e ricomincia, oppure continua a seguire quello che trova sul foglio di fronte a lui. Il non-collaboratore è salvato dal suo insuccesso e diventa parte del gruppo nel momento in cui quello che lui ha iniziato viene continuato da qualcun altro.

Le sedute si svolgono in un'atmosfera di concentrazione; si può osservare inoltre il nascere di un sentimento di interesse del singolo per il resto del gruppo

Ogni tanto si sente dire: «Oh, è bellissimo», oppure «non voglio rovinarlo», entrambe espressioni che rivelano l'interesse sociale, o ancora «ho paura che lo rovinerò», che esprime il senso di inadeguatezza.

Alla fine della seduta i dipinti vengono esposti ed ogni paziente sceglie quello che gli piace di più e gli viene chiesto il perché. A volte vengono espresse tendenze molto banali quali perfezionismo, rigidità, apertura, immaginazione. La terapeuta e gli altri partecipanti provano a suggerire interpretazioni: «non può essere che tu voglia tutto bene impacchettato e perfetto?», «è così in altre cose che fai?».

Si sollecita il *feedback*: «Che cosa ha rappresentato quest'esperienza per te», «hai imparato qualcosa oggi?», «ti senti diverso da quando sei entrato?». Alcuni rispondono così: «Mi sono sentito per la prima volta parte di un gruppo, «ho imparato che ero in grado di fare qualcosa», «mi sento rilassato», «sono ancora nervoso, ma voglio riprovare».

Non ci sono osservatori durante le sedute. I visitatori vengono incorporati come partecipanti attivi del gruppo; esperienza questa incoraggiante per i pazienti che si trovano nella posizione di poter dare consigli e di poter aiutare dal momento che sono più esperti — inoltre hanno la possibilità di osservare che gli altri non producono nulla di molto diverso da loro. Dopo le sedute tutti i partecipanti aiutano a scegliere e ad appendere i dipinti nelle sale di esposizione comuni. Altri pazienti entrano e fanno domande, favorendo così

una maggiore socializzazione ed interazione di gruppo. Quest'ultimo riordina e mette via il materiale per le prossime sedute — un'esperienza aggiuntiva, che accresce la collaborazione e la responsabilità di gruppo.

#### ALTRE ESPERIENZE E BENEFICI

Ogni seduta viene utilizzata per una varietà di esperienze. Un tipo di esperienza è la produzione di grandi pannelli murali, che dà ai partecipanti l'opportunità di scegliere i collaboratori che preferiscono e di decidere che cosa vogliono realizzare. Tutto questo rappresenta un eccellente esercizio di partecipazione alla *leadership*.

Capita a volte che un pannello finito sia molto bello e l'esperienza degli « artisti » si traduce in orgoglio per quello che hanno prodotto. Succede anche che non siano soddisfatti e, durante la discussione che segue, i vari membri concludono che hanno sbagliato tutti. Un vivace scambio permette loro di analizzare la ragione per la quale non hanno lavorato bene insieme.

Un altro tipo di esperienza consiste nel far lavorare due pazienti su un solo dipinto. Le coppie vengono scelte in modo che i componenti si influenzino e si completino l'un l'altro; p.e. vengono accoppiati un perfezionista ed un partner indifferente, uno passivo e l'altro attivo, uno esperto ed uno nuovo. Questo non comporta soltanto un cambiamento nel tipo di prestazione, ma implica anche un'esperienza di relazioni interpersonali.

Dopo che i partecipanti hanno usato

tutti i tipi di materiale, hanno sperimentato varie suddivisioni del gruppo ed hanno più coraggio nell'eseguire un compito per il piacere di farlo, vengono allora affidati loro incarichi di vario tipo. Per esempio, la terapeuta può dire: « Dipingete un luogo ove vorreste essere in questo momento. Il risultato può essere più o meno intelligibile, ma i pazienti si cimentano ad interpretare l'intenzione di ognuno. Questo è un interessante esercizio di immaginazione ed una esperienza rivelatrice per la terapeuta. Un altro incarico consiste nel suggerimento di un tema, come: « dipingete una foresta, una città, una fattoria ». Il tipo di incarico dipende sempre dalla valutazione della terapeuta degli stati d'animo e dei bisogni dei partecipanti in quel dato momento. Il risultato rivela se il paziente ha raggiunto una volontà nell'accettare direttive e se ha sviluppato una sufficiente fiducia nelle sue capacità tale da consentirgli di eseguire un compito senza la paura dell'insuccesso. Se un membro è esitante o riluttante, un altro si offrirà volontariamente di aiutarlo. È a questo punto che il senso di appartenenza diventa evidente. L'interesse sociale si sviluppa nella misura in cui i membri del gruppo hanno formato una cerchia compatta e un atteggiamento di interesse reciproco diventa naturale.

L'esempio seguente mostra quanto i pazienti si preoccupino l'uno per l'altro. R. entrò nella stanza piangendo. « Non starò mai bene, sono perduta! ». Era il suo primo giorno di ospedale. Continuava a piangere. Il paziente 2 disse: « non piangere, mi fai diventare triste ».

La terapeuta disse: « Se R. vuole piangere ne ha diritto; se ti disturba puoi chiederle di andare via ». Il paziente n. 2 lasciò la stanza, ritornò con una salvietta di carta molto fredda e la pose sul capo di R., dicendo: « Questo ti farà sentire meglio ». A causa dell'evidente agitazione di R. decisi di far fare al gruppo dei collages. Chiesi loro di strappare la carta, di qualunque colore, nella forma che desideravano. Il fatto di strappare pare che allenti la tensione. R. cominciò a strappare e ad appallottolare ogni pezzettino, continuando a piangere. Chiesi poi al gruppo di incollare i vari pezzetti su di un foglio più grande, di disporli come preferivano e di disegnare o fare qualunque cosa volessero. R. continuava a piangere. Il paziente n. 2 le si avvicinò, le tolse il pezzetto stropicciato dalla mano, lo asperse di colla, lo restituì a R. e le guidò la mano in modo da farglielo attaccare sul foglio che le stava di fronte. R. smise di piangere e andò avanti a incollare. Dopo un po', il paziente n. 2 disse: « È bellissimo, R. » ed alcuni si dichiararono d'accordo.

Terminato il collage, ogni paziente dipinse qualcosa a sua scelta e R. produsse un collage che destò l'ammirazione di tutti. Il gruppo aveva eseguito collages e dipinti. Durante la discussione che seguì, la produzione di R. fu largamente ammirata. In effetti, R. possedeva un deciso talento, un ottimo senso del colore e della forma, benché i suoi dipinti riflettessero la sua agitazione. Ora non piangeva più. Sembrava rilassata e quando le fu chiesto che cosa avesse significato per lei quell'esperienza, ri-

spose « Ora so che starò meglio ». In una seduta di qualche tempo dopo, raccontò che sua figlia era una buona pittrice, e che lei non aveva mai osato fare nulla perché le sembrava che solo sua figlia fosse abile e con del talento. « A mia figlia potrà non piacere che dipinga anch'io, ma correrò questo rischio ».

Durante un periodo in cui il giradischi non funzionava, il gruppo cantò in coro. Questo causò un'interruzione della pittura perché tutti erano impegnati a cantare. Ovviamente, se la musica proviene dal di fuori favorisce la concentrazione, ma, quando il suono viene prodotto dai pazienti stessi, ne consegue un cambiamento sia di atmosfera che di attività.

Di tanto in tanto i pazienti manifestano l'intenzione di continuare a dipingere anche dopo che avranno lasciato l'ospedale. Ammettono la possibilità di coltivare la pittura come hobby: « È molto utile quando mi sento teso ». Alcuni che non avevano mai provato a dipingere scoprono in se stessi un'abilità che diminuisce il loro senso di inferiorità ed aumenta in loro la coscienza del proprio valore. Alcuni pazienti mi scrissero infatti dopo che avevano lasciato l'ospedale per dirmi che avevano continuato a dipingere e che questo li faceva star bene.

#### ESEMPI DELLA TECNICA

L'arte terapia si è dimostrata uno strumento efficace nella preparazione al funzionamento di gruppi sul piano della collaborazione e della produzione. In Israele, per esempio, una classe di re-

lazioni umane usava la mia tecnica di ruotare i dipinti per riscaldare (*warm up*) il gruppo e fornire ai partecipanti un'esperienza nelle relazioni di collaborazione interpersonale. Una maestra faceva uso di questo metodo negli asili e nei giardini d'infanzia per ottenere una totale partecipazione di gruppo. In Grecia, alcuni comitati di un'organizzazione si avvantaggiarono dell'uso della pittura di gruppo per rendere più facili le relazioni sociali durante le loro riunioni. Un altro gruppo amministrativo di questo paese si trovava di fronte a grosse difficoltà nel risolvere alcuni conflitti. Dovevano infatti trascorrere molte ore prima che riuscissero a raggiungere un accordo ed ogni incontro terminava in un'atmosfera di considerevole ostilità e disappunto. Mi fu richiesto di lavorare con loro per analizzare gli antagonismi latenti tra i vari membri del gruppo. Chiesi loro di formare tre gruppetti a loro scelta ed ognuno di questi doveva dipingere un pannello murale. Non diedi loro altre istruzioni o suggerimenti. Quando il lavoro fu terminato, ogni gruppo valutò la produzione degli altri due. Domandai quindi a ciascuno che cosa vedeva nel dipinto e che cosa aveva vissuto mentre dipingeva. Descriverò qui il pannello murale di un gruppo per illustrare la mia tecnica di arte terapia. Si trattava di un dipinto grande e caotico pieno di inquietudine e di confusione. Queste caratteristiche furono immediatamente evidenti. Quelli che avevano partecipato alla produzione del pannello descrissero il loro procedimento. Essi avevano iniziato senza prima discuterne e senza preparazione, ognun-

no mirando alla leadership a livello non-verbale, cercando inoltre di sopraffare l'altro, qualunque cosa stesse dipingendo. Chiesi ad ogni membro di descrivere che cosa aveva vissuto.

Ne risultò che due di loro provavano un'aggressività reciproca e che ognuno dei due si sentiva respinto dall'altro: « non hai alcun rispetto per me, non fai mai attenzione a quello che dico - vuoi fare solo quello che vuoi tu ». Gli altri tre componenti del gruppo non avevano alcuna voce in capitolo. I due impegnati nella loro lotta personale, facevano sì che gli altri si sentissero « schiacciati » dal loro antagonismo. Il gruppo discusse le differenze dei soggetti. Venne chiesto a questi ultimi di pianificare il loro modo di procedere e di dipingere un altro pannello murale. Questo secondo dipinto esprimeva armonia, e la conclusione fu che se i componenti la squadra non si accordavano in precedenza su quanto volevano compiere, ne sarebbe risultato un conflitto. Dopo questa esperienza, gli incontri dell'organizzazione subirono un miglioramento in efficienza poiché la nuova atmosfera di mutua comprensione eliminava la lotta per il potere.

In Israele, una delle psicologhe si trovava di fronte ad un problema che riguardava la formazione di un gruppo terapeutico composto da giovani vedove della guerra dello Yom Kippur. (Il governo l'aveva incaricata di lavorare con coloro che avevano perso dei familiari, con gli infortunati, ecc.). La Psicologia organizzò con loro due o tre incontri. Esse parlavano fra di loro in gruppi di due o tre, concentrandosi esclusivamen-

te sui benefici materiali che avrebbero potuto ottenere dal governo. Non volevano esprimere pensieri o sentimenti a proposito della loro vedovanza. Mi si chiese di condurre con queste persone una seduta di arte terapia, al termine della quale domandai come feedback: « Che cosa ha significato quest'esperienza per te? », « Hai imparato qualcosa? », « Ti senti come ti sentivi prima di dipingere? ». Mi risposero: « Mi sento come se una pietra mi fosse caduta dal cuore », « mi sento vicina a tutte, qui », « credo che i miei pensieri siano come quelli delle altre ». Quando domandai: « Quali sono i tuoi pensieri? », una rispose: « Che cosa posso dire al mio bambino di due anni tutte le volte che mi domanda quando suo padre tornerà a casa? ». Da quel momento in poi le giovani vedove si aprirono e formarono una terapia di gruppo dove esse elaboravano i loro problemi, condividevano la stessa difficile situazione e si aiutavano reciprocamente.

Durante recenti viaggi in Europa e in Israele (Febbraio-Marzo 1975), ho introdotto una tecnica proiettiva che facilita l'autoconsapevolezza e fornisce un approccio di gruppo dinamico di interazione e transazione. Questa era stata studiata appositamente per studenti della tecnica di gruppo Adleriana. Il nuovo approccio si dimostrò un esercizio stimolante nello sviluppo della percezione e della sensibilità visiva. In tale procedimento si chiede ad ogni partecipante di scegliere tre dipinti che rappresentino un prodotto di gruppo oppure individuale. I tre dipinti scelti dal soggetto vengono appesi su di un muro a parte

e si chiede a tutti i partecipanti che cosa suggerisce loro quella selezione. « Che cosa si dice di sé mediante la selezione? ». Le risposte sono le più svariate e si continua finché nessuno ha più niente da dire. Poi si domanda a quella persona: « Quale delle cose che hai appena ascoltato fa "scattare un click" in te? ». A volte la scelta dei dipinti rivela la personalità ad un tale livello che il gioco diventa drammatico ed emozionante.

La scelta dei tre dipinti è congrua alla tecnica Adleriana delle Early Recollections (FERGUSON, 1964; MOSAK, 1958). Si sta lavorando ulteriormente sulla relazione esistente tra le nuove tecniche e quelle della Early Recollections. Al momento, ho trovato che una scelta individuale di tre dipinti include un tema ed uno schema, nello stesso modo in cui le Early Recollections di un individuo si sostengono e si completano vicendevolmente. Posso dimostrarlo con un esempio. Il primo dipinto scelto da una partecipante raffigurava una continuità di cerchi, gli uni dentro gli altri, e conteneva grandi pennellate di colore scuro, senza aperture. Il secondo era formato da linee continue con apici appuntiti, il tutto bordato di blu scuro. Il terzo conteneva il ritratto di una ragazza che aveva in testa un cappello con dei fiori. Interpretando la selezione della partecipante, il gruppo arrivò alla seguente conclusione: « Se solo mi fosse possibile ritornare ad essere giovane ed innocente (3), solo così non dovrei affrontare questa sofferenza (2), causata dal mio problema per il quale non riesco a vedere una solu-

zione (1). « La donna accolse questa interpretazione scoppiando in lacrime e chiedendo di entrare in terapia.

L'esempio citato si riferisce ad un episodio verificatosi verso la fine di dieci sedute di un laboratorio. Molti partecipanti sviluppano le loro capacità interpretative in misura notevole. Per l'autore, fu un nuovo strumento di insegnamento. Vorrei far notare che io considero l'arte terapia come un mezzo per cambiare il comportamento di un individuo e l'opinione che ha di sé, attraverso il processo basato più sull'esperienza che sull'insegnamento. Si tratta di un'esperienza sociale e creativa nello « hic et nunc ». Non cerca di essere una sostituzione della psico-terapia, ma piuttosto un aiuto integrativo. L'arte-terapeuta non tenta di cambiare lo « stile di vita » e gli « errori fondamentali » dei pazienti (vedere Shulman, 1973, in particolare pp. 16-44), bensì di fornire esperienze che aumentino l'interesse sociale dell'individuo e di facilitare o rendere più efficace la psicoterapia.

## RIASSUNTO

Considero quali elementi vi siano nella pittura capaci di portare a risultati così costruttivi. Penso che l'esperienza faciliti la fuoriuscita di quella creatività naturale e di quella spontaneità che tutti abbiamo posseduto nell'infanzia, qualità

queste che si perdono spesso nel processo della crescita. L'esperienza di gruppo accentua la collaborazione e produce una sensazione di appartenenza - i partecipanti rispondono più secondo il loro umore che secondo il ragionamento - si instaurano nuove relazioni - e si realizza così un'esperienza di responsabilità di gruppo. Se i legami causati da esperienze repressive, da inibizioni, e da proibizioni vissute durante la crescita possono venire spezzati, si aprirà allora il pozzo della nostra creatività e comincerà a fluire, producendo in noi sensazioni liberatorie e vivificanti. La pittura può venire applicata come mezzo per facilitare cambiamenti comportamentali, emotivi e attitudinali nella situazione di « hic et nunc ». Non è richiesta alcuna conoscenza dell'anamnesi o della categoria diagnostica del paziente, dato che una terapeuta preparata è in grado di percepire le risposte comportamentali immediate del paziente e può considerarle in termini di distanza sociale contro partecipazione sociale, di scoraggiamento contro ottimismo e di competitività contro collaborazione. Tali concetti sono naturali per la terapeuta che è stata formata sulla base della teoria Adleriana (DREIKURS R., 1955). Questo articolo ha illustrato le specifiche tecniche facilitanti che sono state usate dall'autore nel lavoro con gruppi di pazienti e con gruppi « normali ».

## BIBLIOGRAFIA

1. CORSINI R.J.: Current psychotherapies. *Itasca III*, Peacock, 1973.
2. DREIKURS R.: Psychological differentiation of psychopathological disorders. *Individual Psychology Bulletin*, 4, 35-48, 1945.
3. DREIKURS R.: An Adlerian analysis of interaction. *Group Psychotherapy*, 8, 298-307, 1955.
4. DREIKURS R.: Psychiatric considerations of music therapy. 7, 31-36, 1957.
5. DREIKURS R.: The impact of the group for music therapy and music education. *Music Therapy*, 9, 93-106, 1959.
6. DREIKURS R.: Music therapy with psychotic children. *Psychiatric Quarterly*, 34, 722-734, 1960.
7. DREIKURS R.: The Psychological and philosophical significance of rhythm. *Bulletin of the National Association of Music Teachers*, 10, 8-17, 1961.
8. DREIKURS R.: Social equality: The challenge of today, Chicago Regnery, 1971.
9. DREIKURS S.G.: Art therapy for psychiatric Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 7, 102-103, 134-143, 1969.
10. FERGUSON E.D.: The use of early recollections for assessing life style and diagnosing psychopathology. *Journal of Projective Techniques*, 28, 403-412, 1964.
11. MOSAK H.: Early recollections as a projective technique. *Journal of Projective Techniques*, 22, 302-311, 1958.
12. SHULMAN B.: Contributions to Individual Psychology. Chicago. *Alfred Adler Institute*, 1973.



## LE BASI PRECULTURALI DEL TABÙ DELL'INCESTO: VERSO UNA TEORIA BIOSOCIALE

S. PARKER

L'ARTICOLO DEL QUALE IN QUESTO NUMERO SI RIPRODUCE LA PRIMA PARTE È COMPARSO IN INGLESE SULLA RIVISTA «AMERICAN ANTHROPOLOGIST», VOL. 28, N. 2, GIUGNO 1976 COL TITOLO «THE PRECULTURAL BASIS OF THE INCEST TABOO: TOWARD A BIOSOCIAL THEORY». L'AUTORE LAVORA PRESSO L'UNIVERSITÀ DI UTAH.

*La saggistica sulle origini del tabù dell'incesto è caratterizzata dalla controversia a proposito della questione natura/cultura (nature/nurture) e dal timore di compiere un'operazione riduttiva. In questi ultimi anni, lavori provenienti da discipline diverse quali l'antropologia culturale e fisica, l'etologia e la neuropsicologia apportano una nuova prospettiva a questo interessante problema. È probabile che l'evitamento del-*

*l'incesto<sup>(1)</sup> sia ampiamente diffuso tra i vertebrati e costituisca l'intelaiatura sociale di base. Al momento in cui un comportamento acquisito diventa più importante filogeneticamente, la curiosità e l'esplorazione giocano un ruolo più ampio nell'adattamento e vi sono evidenti vantaggi ai fini della sopravvivenza.*

*L'evitamento dell'incesto funziona come un meccanismo che spinge l'individuo verso nuove relazioni e «territori sociali».*

*Per gli esseri umani, l'evitamento dell'incesto e la sua ulteriore elaborazione in tabù culturale servono per motivare l'esplorazione e l'inserimento in un nucleo sociale più esteso della sola famiglia. Tutto questo evita anche la fissazione ad uno stadio di sviluppo psicologico relativamente indifferenziato.*

### INTRODUZIONE E DISCUSSIONE SULLA SAGGISTICA ANTROPOLOGICA

Pochi argomenti in antropologia sono stati approfonditi e sviluppati così ampiamente come è avvenuto per il tabù dell'incesto.

L'alto livello di interesse è stato messo in relazione con l'universalità (a parte variazioni minime ed insignificanti) del tabù nei rapporti sessuali tra fratelli e

(1) L'espressione «incest avoidance» che sembra preferibile per ragioni di eufonia tradurre con «astensione dall'incesto», a mettere in rilievo l'aspetto comportamentale, o con «avversione all'incesto», per marcare l'aspetto motivazionale, è stata poi tradotta con «evitamento dall'incesto» per maggior fedeltà al termine inglese «avoidance» che, del resto, si trova spesso tradotto proprio con «evitamento». (N.d.t.)

sorelle e tra genitori e figli nel nucleo familiare. Data la scarsità di dati empirici sulle origini del tabù dell'incesto, è comprensibile che la saggistica sia stata caratterizzata da speculazioni e controversie per lo più originate da problemi quali istinto contro natura, natura contro cultura.

Io ritengo che ora si possa disporre di un numero consistente di nuovi dati, provenienti principalmente dall'etologia, dalla psichiatria e dalla paleontologia umana, tali da consentire un riesame della questione antropologica riguardante le origini preculturali del tabù dell'incesto. Questo compito è importante non solo per l'interesse intrinseco dell'argomento stesso, ma anche perché si riferisce alla questione dell'integrazione di differenti livelli di astrazione nelle scienze comportamentali.

Questo articolo si propone tre finalità: primo, esaminare le testimonianze alla luce di discipline accademiche riferentisi alle origini del tabù dell'incesto; secondo, integrare dette testimonianze e suggerire alcuni meccanismi causali implicati nell'origine di questo fenomeno; infine, proporre un modello della vita sociale dell'uomo primitivo che sia congruo alla spiegazione. Il termine « tabù dell'incesto » si riferisce alla *proibizione culturale* di rapporti sessuali tra fratelli e sorelle e tra genitori e figli. L'elaborazione di regole esogame non è inclusa nel codice culturale. Il termine « evitamento dell'incesto », si riferirà a *manifestazioni comportamentali* (in opposizione a proibizioni normative) di relazioni sessuali tra individui socializzati in una situazione di tipo familiare.

In un recente articolo, riguardante le radici psicologiche della cultura, D'Aquili afferma: « Pochi antropologi si sono preoccupati degli elementi biopsicologici nella genesi della cultura. I più sembrano essersi accontentati di una rigida distinzione tra natura e cultura » (1972:2). A parte la formazione della maggior parte degli antropologi culturali, i quali non sono preparati a trattare argomenti biologici, c'è stata una prevalente antipatia verso spiegazioni riduttive (WHITE, 1949; KROEBER, 1963) e si è cercato di porre l'analisi della cultura come un tentativo già considerevole di per sé. Mentre questo sforzo è stato produttivo, il rigido mantenimento dei confini può avere limitato in alcuni casi gli orizzonti della ricerca. A questo punto, sarebbe giusto citare alcuni fattori più importanti che hanno influenzato la trattazione dell'argomento nella saggistica antropologica.

Per prima cosa, molte delle discussioni sulla controversia natura/cultura hanno accettato, più o meno apertamente, un concetto antiquato di istinto, che ammette una rigida dicotomia tra i due campi e una sterile posizione di « aut-aut ».

Recenti lavori nel campo della genetica, dell'etologia e della psicologia sperimentale hanno reso anacronistica questa posizione (SOUTHWICK, 1970; ARONSON, LEHRMAN, TOBACH e ROSENBLATT, 1970). Fattori genetici e neurofisiologici rappresentano potenziali o propensioni per tipi di comportamento che interagiscono in modo complesso con le esperienze socio-ambientali dell'individuo.

Tali propensioni programmate hanno un effetto più diretto sulle « unità » comportamentali di piccole dimensioni che non su quelle di grandi dimensioni, quali gli eventi socio-culturali. Mentre il comportamento culturale non può mai essere spiegato del tutto da fattori biopsicologici, lo studioso dei comportamenti umani si preoccupa di capire in che modo i fenomeni concettualizzati ad un discreto livello di astrazione possono interagire ed influenzarsi reciprocamente in un sistema di feedback. Se consideriamo per esempio dei comportamenti umani complessi come la protezione materna o l'aggressione, troviamo che vi sono certamente meccanismi neurofisiologici soggiacenti che influenzano queste manifestazioni. Tuttavia, è altrettanto chiaro che tali comportamenti umani, così come si manifestano in un contesto istituzionale e normativo, non possono venire semplicemente « ridotti » ai meccanismi soggiacenti suddetti.

Trattando il problema natura/cultura, Detleve Ploog (1973), non solo rifiuta la posizione di « aut-aut » ma mette in discussione anche una soluzione che si presenti come semplice giustapposizione di fattori « puramente » biologici e « puramente » culturali sovrapposti. Il comportamento umano, pur rappresentando un'organizzazione emergente, non può essere compreso pienamente se non viene considerato in un contesto di più antiche funzioni filogenetiche (D'AQUILI, 1972). Tuttavia, come conseguenza dell'inattualità della prospettiva esplicativa fondata sull'istinto e dei manifesti elementi socio-culturali contenuti nel-

l'evitamento dell'incesto negli esseri umani, molti antropologi non hanno mai preso seriamente in considerazione la filogenesi del fenomeno, in quanto si rendevano conto che questo non avrebbe potuto implicare un rifiuto della casuale socioculturale.

Gli scritti di KROEBER e WHITE, fra gli altri, hanno deviato l'attenzione dal sostrato biopsicologico del comportamento umano ed hanno fatto della cultura una cosa « sui generis ».

Dipendente dall'inattualità del concetto di istinto è l'assiomatica assunzione dei fenomeni biologici come prepotentemente coercitivi ed immutabili nei loro effetti comportamentali. Questo ha portato LEVI-STRAUSS (1969) e HARRIS (1971) a rifiutare l'idea di specifici fondamenti biologici del tabù dell'incesto, per il motivo che, se detti fattori fossero esistiti, non si sarebbe creato il bisogno di un tabù culturale rinforzato da così diffuse e potenti sanzioni negative. Freud aveva preso già in precedenza tale posizione. Una volta di più quest'ottica ha origine da un apprezzamento piuttosto limitato e non completo dell'interazione dei fattori biologici e culturali. Così come il fenotipo può differire considerevolmente dai genotipi, i potenziali biologici del comportamento possono non diventare mai evidenti, possono variare considerevolmente nella loro espressione manifesta oppure possono perfino arrivare in seguito ad atrofizzarsi completamente (MASLOW, 1963).

Dal momento che l'universalità di un bisogno di manifestazione comportamentale può non costituire una prova della sua qualità istintuale, del pari l'esistenza

di un tabù *culturale* non indica necessariamente l'assenza di tale qualità. Un'altra questione ancora è stata sollevata nella saggistica sul tabù dell'incesto a proposito della relazione tra biologia e cultura. Alcuni antropologi, di fronte alla eterogeneità delle pratiche culturali, respingono l'idea che variabili culturali possano venire spiegate da universali biologici (KROEBER, 1963: 117-118; HARRIS, 1971: 287). Questo ragionamento deriva dall'assenza di una distinzione tra cultura intesa in senso specifico e cultura in senso generico.

Benché vi sia controversia nella saggistica concernente il tabù dell'incesto, esiste un accordo generale su un certo numero di punti. Primo, il tabù sui rapporti sessuali tra fratelli e sorelle e tra genitori e figli è universale, eccettuate poche circostanze particolari. Mentre la spiegazione, il grado di precisione e la forza delle regole e delle sanzioni differiscono tra loro, tutte restano onnipresenti.

Nella saggistica è anche diffusa la convinzione che il tabù dell'incesto sia un contrassegno di cultura e che sia probabilmente emerso in concomitanza con la vita sociale dell'uomo (ABERLE et al., 1963; LEVI-STRAUSS, 1969; SELIGMAN, 1950).

In quell'area di consenso l'accordo si arresta e ci troviamo di fronte ad una varietà di spiegazioni. Sottolineerò brevemente alcune delle posizioni più salienti riguardo alle origini ed alle funzioni del tabù dell'incesto. Due punti di vista differenti nascono dalle prime speculazioni sul tabù dell'incesto. Nella sua classica «History of Human Mar-

riage», WESTERMAC fece notare che individui che vivono in stretto contatto sviluppano un'avversione sessuale gli uni verso gli altri. Similmente, HAVELOCK ELLIS (1906), affermava che una convivenza di lunga durata e il condividere le abitudini quotidiane diminuivano il livello di attivazione sessuale. Entrambe le posizioni si attestano sulla variabile di convivenze protratte e non di rapporti tra parenti. Per FREUD (1938), d'altro canto, il tabù dell'incesto era culturale come origine e rappresentava una risposta ai bisogni della società umana.

Nella sua moderna versione sociopsicologica, questo punto di vista è rappresentato dagli scritti di PARSONS, il quale ritiene che il tabù dell'incesto «assicura che nuove famiglie di procreazione siano costituite da persone socializzate in due distinte famiglie di orientamento (1938: 334). Il tabù funziona come motivazione per l'individuo a lasciare la sua famiglia di orientamento per formare una nuova famiglia e per partecipare a gruppi sociali più vasti, caratteristici della vita umana. Quest'ottica fornisce fondamenti psicologici e sostiene la «alliance theory» dell'incesto che si trova nella letteratura antropologica. La speculazione sull'effetto deleterio dell'incrocio tra affini fa parte del folklore della nostra società ed ha avuto un ruolo di preminenza nelle discussioni sulle origini dell'evitamento dell'incesto tra gli uomini e tra gli animali.

Con lo sviluppo di una conoscenza più approfondita della genetica, gli affetti negativi dell'accoppiamento di parenti prossimi vennero messi in discus-

sione. Vari ricercatori affermarono che l'incrocio tra consanguinei poteva essere sia deleterio che vantaggioso a seconda della condizione genetica del ceppo originario.

Una recente testimonianza ha tuttavia ammesso ancora una volta la possibilità che le conseguenze genetiche di un incesto possano fornire una spiegazione sull'evoluzione delle sue origini (ABERLE et al., 1963; CAMPBELL, 1966; FOX, 1972).

Detti ricercatori non rifiutarono le teorie concernenti i vantaggi sociali e le funzioni del tabù dell'incesto. In ogni caso, cercando le *origini* dei fenomeni diedero la priorità alla teoria genetica. Considerarono che solo ad uno stadio più avanzato nello sviluppo della società umana, i fattori culturali apportarono nuovi vantaggi selettivi ad una preesistente propensione verso l'evitamento dell'incesto. In tale ottica, il tabù rappresentava un'istituzionalizzazione di un già esistente evitamento dell'incesto tra animali non umani. Riporterò ora una testimonianza convincente sugli effetti genetici deleteri di unioni incestuose tra esseri umani. ADAMS e NEEL (1967), SCHULL e NEEL (1965) e SEEMANOVA (1971), fornirono dati che indicavano che i bambini nati da accoppiamenti incestuosi mostravano un indice di mortalità e di malformazioni gravi molto più alto rispetto a quello di gruppi di accoppiamenti normali. Adams e Neel trovarono che l'indice di mortalità più le malformazioni gravi era di 6 su 18 tra bambini nati da incesto e solo di 1 su 18 sui gruppi « normali » di confronto.

Un'altra loro scoperta fornì ulteriori

dati rilevanti per quanto riguarda l'argomento in oggetto. Figli di matrimoni tra cugini primi mostravano un indice di mortalità e malformazioni gravi che era solo del 4% rispetto al 5% del gruppo di riferimento. Questi ricercatori valutarono che nei bambini nati da matrimoni tra cugini primi la probabilità di omozigosi, dovuta ad un gene specifico presente in uno dei due nonni era 0625, mentre in bambini nati da incesto (familiare), il termine di paragone era 250. Le cifre riportate indicano che la possibile incidenza dell'argomento genetico per chiarire le origini del tabù dell'incesto concerne le proibizioni sessuali del nucleo familiare e *non* gli accoppiamenti tra cugini (esogami). Tutto ciò indebolisce le affermazioni di LEVI-STRAUSS (1969), WHITE (1959) e HARRIS (1971), i quali classificano insieme (nucleo familiare) incesto ed esogamia e sostengono poi che l'argomento dell'origine genetica non può essere valido perché le proibizioni dell'incesto incoraggiano a volte proprio l'accoppiamento tra consanguinei (p.e. matrimonio tra cugini incrociati).

Inoltre i matrimoni costituiti da accoppiamenti tra cugini incrociati che vengono « incoraggiati » sono, per la stragrande maggioranza dei casi, classificati come cugini, benché non siano « cugini primi » nel senso comunemente inteso.

Una spiegazione demografica non-culturale sulle origini del tabù dell'incesto fu avanzata da SLATER (1959) e, più recentemente, elaborata e sostenuta da WASHBURN e MOORE (1974). Essa si basa in sostanza su di un numero

di assunti demografici riguardanti la mortalità infantile, la gravidanza, la durata della vita sessuale, e sulla composizione dei gruppi di procreazione delle primitive forme ominidi. Slater conclude che le probabilità statistiche di accoppiamento interfamiliari devono essere state molto basse e che l'individuo in evoluzione sarebbe stato costretto a cercare partners con appropriate capacità riproduttive ed economiche al di fuori dell'insieme familiare. Di conseguenza sposarsi « fuori » era inizialmente una necessità demografica e solo più tardi tale necessità venne istituzionalizzata come « tabù dell'incesto », quando l'emergere della vita sociale dell'uomo forniva ulteriori elementi culturali di sopravvivenza a questa norma. Quando i legami di parentela diventarono fondamentali per stringere alleanze tra gruppi umani più consistenti, questa usanza divenne sempre più normativa. Una delle spiegazioni culturali di maggior rilievo sulle origini del tabù dell'incesto è stata formulata da WHITE (1959) e LEVI-STRAUSS (1969). Benché esistano alcune differenze tra i loro punti di vista, entrambi si basano su quella che potremmo chiamare « alliance theory ». Il punto centrale della teoria di tali studiosi è che con l'emergere della vita sociale dell'uomo ed il suo alto livello di interdipendenza, il bisogno di collaborazione e l'organizzazione a più livelli, il tabù dell'incesto ebbe la funzione di creare alleanze tra famiglie e tra gruppi sociali più vasti. Tali legami accrebbero al massimo la sicurezza e la collaborazione necessarie all'esistenza sociale umana.

Precedenti valutazioni della teoria di White e Lévi-Strauss mettevano in rilievo che il loro rifiuto di attribuire radici preculturali al tabù dell'incesto aveva origine nel fatto che essi propendevano ad assimilare incesto ed esogamia come fenomeni omogenei per origine e per funzione.

Se le norme di parentela costituiscono il fattore centrale, il tabù dell'incesto non può aver avuto origini preculturali.

I sistemi di classificazione della parentela dipendono da sviluppate capacità simboliche e dal linguaggio. Tuttavia, seguendo gli usi di FOX (1967), SALIGMAN (1950) ed EMBER e EMBER (1973), il tabù dell'incesto viene definito come proibizione di rapporti sessuali tra fratelli e sorelle e tra genitori e figli; l'esogamia si riferisce a relazioni coniugali all'interno di una specifica categoria di parentela. Facendo uso di questa definizione, che ammette il riconoscimento solo di genitori e figli, e di fratelli e sorelle, l'evitamento dell'incesto non dipende né dal linguaggio né dalla complessità simbolica.

Altre spiegazioni culturali potrebbero avere questa intestazione: Teorie sulla « Confusione di ruolo e disgregazione della famiglia » (MALINOWSKI, 1927). In tale ottica il tabù culturale è sorto con l'emergere della società umana nella misura in cui facilitava lo sviluppo di relazioni con ruoli ben distinti (per es. autorità e ripartizione di funzioni) necessarie al processo di socializzazione, sul quale si basa lo scambio culturale. Per di più, la suddivisione del lavoro in una modalità di vita basata sulla caccia, aggiunta alla lunga dipen-

denza dell'essere umano da piccolo, necessitava di un alto livello di collaborazione, sia all'interno della famiglia che tra i vari gruppi familiari, tanto ai fini della sicurezza che per motivi economici. A questo riguardo WASHBURN e MOORE (1974), ABERLE et al. (1963) e CAMPBELL (1966) ritengono che il tabù dell'incesto riduca le possibilità di nascita di bambini prima che vi sia un maschio economicamente maturo che possa provvedere al loro sostentamento. Appare logico pensare di conseguenza che sia necessaria una donna sufficientemente matura in grado di far fronte alla socializzazione ed alle funzioni di raccolta di cibo.

Ciò non toglie che ABERLE con i suoi collaboratori e FOX (1972) ritengano che la precedente ed altre spiegazioni culturali del tabù dell'incesto siano rilevanti per quanto concerne le *funzioni* del tabù stesso (una volta esistente) e siano scarsamente rilevanti *per le sue origini*.

Essi sono dell'opinione che le funzioni manifeste del tabù dell'incesto spieghino le pressioni selettive per l'istituzionalizzazione di una propensione comportamentale preculturale dell'organismo verso l'evitamento dell'incesto. Per quanto il presente articolo appoggi questo punto di vista, non è sempre possibile operare una netta distinzione tra le funzioni di un fenomeno e la spiegazione delle sue origini. Date le caratteristiche di *feedback* di un sistema sociale e la natura simbolica e tendente all'anticipazione del pensiero umano, è comprensibile che i bisogni percepiti e le supposizioni circa le probabili con-

sequenze funzionali di un'azione sociale possano essere stati fattori causali rilevanti per le sue origini.

COHEN (1964), la cui teoria dell'incesto si basa su un presupposto bisogno psicologico universale di *privacy* e su meccanismi per il mantenimento dei confini, ritiene che le relazioni sessuali all'interno della famiglia costituiscano un danno per il bambino; gli impedirebbero di raggiungere la *privacy* di cui ha bisogno e di mantenere quei confini entro i quali poter sviluppare una propria auto-identità definita. Questa famiglia costituita sulla base del tabù si estenderà poi delineando la propria individualità nei confronti di più vasti gruppi di parenti e promuovendo un alto livello di interazione e di interdipendenza cooperativa.

Nonostante le spiegazioni pletoriche esistenti in letteratura riguardo alle origini del tabù dell'incesto, restano ancora delle questioni in sospeso. Nuovi dati di ricerca fanno sì che sia venuto il momento di riprendere in considerazione la relazione tra cultura e biologia. Il punto di vista adottato in questo articolo è riassunto da una recente discussione sul tabù dell'incesto tenuta da FOX (1972), il quale vede gli aspetti generali del comportamento umano come prodotti filogenetici di evoluzione piuttosto che come istinti latenti operanti nella struttura genetica e determinanti specifici eventi culturali.

Se, come io credo, questa prospettiva è rilevante nello studio del tabù dell'incesto, ci sembra opportuno esaminare quei meccanismi all'interno dell'organismo dell'uomo che sono stati soggetti

a pressioni di sopravvivenza per evolversi in una particolare direzione.

#### EVITAMENTO DELL'INCESTO NELLE SOCIETÀ UMANE ED ANIMALI

Uno dei problemi che sottolineano la controversia sulle origini preculturali del tabù dell'incesto deriva dal tipo di testimonianze che abbiamo avuto fino ad ora. Dato che il tabù è universale nelle società umane, è difficile operare una separazione tra le possibili componenti culturali e quelle non-culturali. Per quanto riguarda il comportamento animale, è stato spesso affermato, nonostante una insufficiente osservazione nell'*habitat* naturale, che l'avversione all'incesto non esiste al di sotto del livello umano. In questi ultimi anni è stato possibile ottenere dati, concernenti sia la società umana che quella animale, rilevanti per questo problema. Prima di affrontare direttamente la questione dei possibili meccanismi all'interno dell'organismo, vorrei rivedere brevemente quei dati che ci sono forniti dall'antropologia culturale e dall'etologia. Nuove informazioni interessanti ci vengono dalle organizzazioni comunitarie in Israele, dette *Kibbutzim*. In tali comunità, piccoli gruppi di bambini più o meno della stessa età, vengono allevati insieme dall'infanzia fino all'inizio dell'età adulta. Questi coetanei, di entrambi i sessi, hanno in comune una « *metopelet* », ovvero una specie di madre-bambinaia, e vengono socializzati in stretta convivenza. Essi seguono l'insegnamento comune, dormono, mangiano e si lavano insieme fino all'età di 12 o 13 anni. Dal punto di

vista pratico potrebbero essere considerati sociologicamente come fratelli e sorelle. TALMON (1964) ha compiuto per anni studi sulla formazione degli accoppiamenti in 3 *kibbutzim* e riferisce che praticamente non vi sono matrimoni tra i membri di uno stesso gruppo di coetanei. Questa situazione esiste nonostante l'assenza di costrizioni normative sulle scelte di questi gruppi.

Il risultato delle interviste destinate a scoprire la ragione per cui non avvenivano i detti accoppiamenti può venire riassunto in una frase detta da un abitante di *kibbutz* intervistato da Talmon: « Siamo come un libro aperto l'uno per l'altro. Abbiamo letto e riletto più volte la storia contenuta nel libro ed ormai la conosciamo tutta » (1964: 504).

Uno studio più preciso sui matrimoni e le relazioni sessuali in seno ai *Kibbutzim* venne fatto da SHEPHER, il quale riferì che su 2769 matrimoni tra adulti della seconda generazione di *kibbutz* « non vi erano casi di matrimoni fra i componenti lo stesso gruppo di coetanei ». Oltre a questa statistica, scoprì anche che in un *kibbutz* sul quale aveva fatto studi approfonditi « non vi erano casi di attività eterosessuale tra adolescenti dello stesso gruppo... L'astensione era completamente volontaria » (1971: 293).

Da una mia intervista personale a quattro giovani *kibbutzniks* (di due *kibbutzim* diversi) emersero notizie significative:

a) Nonostante precoci esplorazioni e sperimentazioni sessuali, i membri di gruppi di coetanei non intrecciano relazioni sessuali né si sposano tra loro

quando diventano adulti.

b) Non vi sono sentimenti negativi da parte della comunità verso le relazioni intime tra membri dello stesso gruppo, quando essi diventano adulti. Inoltre questi stessi giovani non considererebbero « sbagliato » o « strano » avere tali relazioni nel caso in cui si sentissero attratti gli uni verso gli altri.

c) Quando venne chiesto loro il motivo della mancanza di tali relazioni intime, le risposte furono variazioni sul tema « non ci eccitano ».

Gli uomini parlano di « mancanza di novità e di eccitazione » e del fatto che quel tipo di matrimonio non sarebbe stato associato ad un sentimento di soddisfazione personale e ad un senso di raggiunta indipendenza come avviene invece se ci si sposa con qualcuno di un ambiente diverso.

Un altro caso ancora che indica la plausibilità delle spiegazioni di WESTERNMACH ci viene fornito da uno studio sui matrimoni cinesi maggiori e minori, condotto da WOLF (1966, 1968). La forma minore consiste nel matrimonio di una ragazza che è stata adottata dalla famiglia dello sposo durante l'infanzia ed ha vissuto con il ragazzo come una sorella (sociologica) fino al momento del matrimonio.

Wolf ha seguito alcuni casi di queste forme di matrimonio ed ha scoperto che sono caratterizzati da livelli di insoddisfazione matrimoniale e sessuale relativamente alti, da adulteri, divorzi, separazioni e basso indice di fertilità. Sia nel caso di Israele che in quello dei cinesi, appare evidente che una convivenza lunga e precoce funziona come

depressivo per quanto riguarda il desiderio erotico. Il meccanismo che interviene in queste situazioni resta oscuro. Come abbiamo già detto, la maggior parte degli argomenti contro l'esistenza di radici preculturali (biopsicologiche) del tabù dell'incesto traggono origine dal presupposto che l'evitamento dell'incesto non abbia storia filogenetica e non sia presente in organismi al di sotto del livello umano. Recenti studi sugli animali hanno provato che tutto ciò è semplicemente infondato. A livello di primati non-umani, la testimonianza più conclusiva circa l'esistenza dell'evitamento dell'incesto tra madre e figlio si riferisce al comportamento di varie specie di macachi (IMANISHI, 1965; SADE, 1968; KOFORD, 1963; TOKUDA, 1961-62; JALLY, 1972). Sia Imanishi che Tokuda riferiscono che in quattro anni di osservazione di accoppiamenti tra scimmie rhesus in libertà, non hanno mai visto un solo caso di copulazione tra madre e figlio. Oltre che nelle colonie di scimmie in Giappone, questo fatto fu anche rilevato nelle colonie di macachi rhesus a Portorico (SADE, 1968). Questi dati sono particolarmente sorprendenti in vista del fatto che un comportamento di stimolazione reciproca tra madre e figlio è frequente ed intenso sia nella stagione degli accoppiamenti che in altri periodi.

Tutto questo suggerisce che un concetto globale psicanalitico come « erotismo da libido » può non essere molto utile.

Dedicatosi all'osservazione degli scimpanzè, VAN LAWICK-GOODALL (1968) non rileva alcuna copulazione tra ma-

dre e figlio e nota una struttura (a parte contatti sessuali occasionali) di evitamento dell'incesto tra fratello e sorella. ALEXANDER (1970) registrò un'osservazione di evitamento all'incesto padrefiglia.

In una colonia dell'Oregon, Boris, un macaco di terza classe, teneva molto ad una femmina (Gamma) fino a quando questa ebbe quattro anni. La difendeva, la accudiva e la coccolava proprio come avrebbe fatto qualunque madre. Quando Gamma diventò sessualmente ricettiva, sia lei che suo « padre » ebbero rapporti sessuali con altri del gruppo ed evitarono di averne fra loro.

Prima e dopo il parto di Gamma, lei e Boris continuarono ad avere una stretta relazione « platonica ».

Benché i dati riportati non siano proprio determinanti, è comunque interessante notare che il comportamento di evitamento dell'incesto è stato riferito ad una schiera completa di potenziali relazioni incestuose. Convivenze in giovane età e di lunga durata sembrano essere le variabili cruciali. Per quanto concerne il possibile meccanismo causale implicato, si è fatta più volte la supposizione che l'evitamento dell'incesto in una relazione potesse essere basato sull'incompatibilità di relazioni sessuali con un appartenente ad una diversa classe sociale (FOX, 1972). Il caso di Boris e Gamma sopra citato, fa sorgere domande a proposito di questa spiegazione. Inoltre SADE (1968) afferma che tra i macachi il maschio ha delle inibizioni ad accoppiarsi con una femmina di classe superiore *solo nel caso* in cui questa sia sua madre. Edli

conclude quindi che « l'inibizione è specifica alla relazione genitore-prole », e obietta contro la spiegazione di diversità della classe. Vi sono anche dati che sostengono l'idea dell'avversione all'incesto al di sotto del livello dei primati.

L'etologo EIBL-EIBESFERLDT afferma che in molte specie di vertebrati vi sono forti inibizioni contro la formazione di coppie tra genitori e i loro piccoli e tra i nati della stessa cucciolata (1930: 361). Tra le altre, le osservazioni di LORENZ (1943, 1970) e di SCHUTZ (1965) confermano questo tipo di avversione in varie specie di oche e di anatre. Lorenz fa alcune osservazioni interessanti su questi fenomeni: « Generalmente la caratteristica della specie che induce tale *imprinting* (genitore o fratelli e sorelle) non possiede alcun meccanismo di attivazione collegato a modelli di comportamento sessuale istintivo, e se questi sono in effetti presenti, non lo sono mai nell'uccello giovane. Così, non si tratta di *imprinting* del compagno sessuale di una femmina giovane attraverso fattori che emanano dal padre o dal fratello, o del processo inverso di *imprinting* di giovani maschi da parte di femmine facenti parte della famiglia (1970: 235-236) ».

Sia LORENZ (1970) che SCHUTZ (1965) fanno notare inoltre che mentre gli uccelli maschi possono essere sessualmente *imprinted* su una femmina di un'altra specie, non si accoppieranno con femmine con le quali hanno vissuto in stretto contatto durante la loro prima fase di sviluppo. Da questa osservazione risulta che il fattore cruciale in

questo tipo di avversione è una convivenza in giovane età piuttosto che una parentela biologica.

Per questo tipo di riconoscimento interindividuale, il linguaggio ed i complessi simbolici non sono necessari. SCOTT rileva che « giovani topi allevati insieme sviluppano abitudini di inibizione passiva o gioco attivo che interferiscono più tardi con il loro comportamento sessuale » (1964: 247).

Su questo argomento EISENBERG (1967) formulò alcune osservazioni. Egli notò che molte specie di topi, quando vengono costretti a vivere insieme, non manifestano un normale comportamento

riproduttivo a causa del mancato ciclo ovulatorio della femmina o dell'insufficienza delle gonadi del maschio. Benché i piccoli (in particolare quelli della stessa figliata) di questa specie, quando rimangono insieme, si tollerino l'un l'altro senza aggredirsi apertamente, « non si verifica una normale riproduzione ». Infine HILL (1974), in un elaborato esperimento sui topi della prateria, trovò che una convivenza prepuberale, che si tratti o meno di fratelli e sorelle, interferisce con le future relazioni sessuali e le prestazioni riproduttive.

*(fine prima parte)*



## CONSULTORIO PER CRISI FAMILIARI

**H. BLANK**

TENTATIVO DI DESCRIVERE L'OPERA DI PREVENZIONE EFFETTUATA ALLA CHILD GUIDANCE CLINIC DI SLOUGH (INGHILTERRA) PRINCIPALMENTE CON FAMIGLIE COLPITE DA LUTTO. TALE OPERA FU INIZIATA NEL 1960 DALLA DOTT. MILDRED POTT, CHE ERA ALLORA LA PSICHIATRA RESPONSABILE, E VENNE CONTINUATA DAL 1969 IN POI SOTTO LA RESPONSABILITÀ DELLA DOTT. VERA WILKINSON. LA SEGUENTE RELAZIONE SUI CONSULTORI FAMILIARI, AD OPERA DI HILDA BLANK, ASSISTENTE SOCIALE PSICHIATRICA, MEMBRO DELL'ASSOCIAZIONE BRITANNICA DEGLI OPERATORI SOCIALI, È RIPRESA DA « THE INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY », VOL. 21/3, AUTUNNO 1975, DOVE È STATA PUBBLICATA IN INGLESE CON IL TITOLO DI « CRISIS CONSULTATION ».

### Introduzione

« Durante la crisi, un fattore di entità relativamente minore agendo per un periodo relativamente breve, può spostare l'intero equilibrio da una parte o dall'altra: dalla parte della salute mentale o da quello della malattia mentale ».

*(Gerald Caplan)*

Avendo incontrato nel suo lavoro alcuni bambini le cui difficoltà emotive si potevano ricollegare a sentimenti e a problemi irrisolti riguardanti la morte di una persona vicina, la Dott. Pott capì che la cura sarebbe stata più efficace e più breve se avesse potuto incontrare i bambini e le loro famiglie all'epoca del lutto e mise in opera il servizio di Consultorio per Crisi Familiari.

Lo scopo era quello di aiutare la famiglia colpita, immediatamente e per un breve periodo, come misura preventiva e raggiungendo coloro che, in condizioni normali, non avrebbero avuto bisogno dell'aiuto psichiatrico.

### Atteggiamenti

#### nei confronti della morte

Nelle società primitive i sentimenti di dolore, paura e orrore che si accompagnano alla morte vengono manifestati apertamente col lamento, la pacificazione degli spiriti, la purificazione, l'offerta di doni e sacrifici. Sono anche fissate regole definite e rituali di comportamento sia nei confronti delle persone colpite sia per quanto riguarda

la loro stessa condotta nella comunità. La tribù si riunisce intorno al colpito e lo incoraggia ad esprimere il suo dolore. Fino all'inizio di questo secolo quasi tutte le società del mondo avevano fissato particolari costumi per le persone in lutto a seconda della loro religione e della loro posizione sociale.

Col progresso della medicina, con i nuovi farmaci e le vaccinazioni, la morte è diventata più rara, a paragone ad esempio di quanto avveniva nell'età vittoriana quando quasi nessuna famiglia cresceva senza subire la perdita di alcuni dei suoi membri in età infantile o adolescenziale e in cui i genitori morivano giovani. Con le riunioni intorno al letto del morto dei familiari che rendevano gli ultimi onori al defunto nella bara e con elaborati funerali, veniva necessariamente presentata a grandi e piccoli la realtà della morte. C'era meno segretezza alla morte e la gente trovava sostegno e guida nel proprio credo religioso.

Oggi, in Gran Bretagna, solo piccole comunità di minoranze hanno regole per la persona in lutto e la sostengono incoraggiando l'espressione delle sue emozioni. Vi è nella nostra società una certa tendenza a negare e soffocare le espressioni dolorose collegate alla morte e a fingere che niente sia accaduto. È molto ammirato chi non batte ciglio, non mostra il suo sentimento ferito, non parla del morto e « va avanti come al solito », risparmiando alla gente che lo circonda emozioni sgradevoli e imbarazzanti. Molte persone colpite da lutto si sentono « evitate come lebbrosi » e sono

to apparentemente insensibile dei familiari che non fanno alcun riferimento alla scomparsa della persona amata. Mentre il sesso perde la sua aura di segretezza e di mistero, la morte sembra prenderne il posto di « argomento impronunciabile ».

Persone intelligenti e di solito ragionevoli rifiutano di parlare al bambino della morte del genitore, illudendosi che se ne dimenticherà, non capendo che l'inesplicabile scomparsa di una persona tanto amata e necessaria genererà disturbi emotivi e insicurezza.

Poche persone, oggi, credono in un al-di-là e in un dio personale. Nondimeno, genitori non credenti, insicuri di sé e incapaci di riempire il vuoto lasciato dalla perdita di un credo religioso, tornano nel lutto a formule religiose che nell'attuale assetto familiare, per i figli, non hanno più né sostanza, né significato, ma vengono usate per nascondere la loro confusione e paura, mentre provocano nei figli un senso di sbalordimento.

La mancata familiarità con la morte, le spiegazioni non convincenti e oscure degli adulti, la riluttanza a parlare del morto, tutto contribuisce ad erigere una barriera tra il ragazzo e la sua comprensione della morte, cosicché il lutto ed il superamento di esso attraverso il dolore sembrano essergli negati.

### **Effetti della perdita dei genitori sui figli**

I bambini al di sotto dei 5 anni sono particolarmente sensibili alla perdita dei genitori a causa della loro grande di-

pendenza emotiva e delle loro scarse difese contro gli stress emotivi.

Il dott. BOWLBY nel suo articolo « Infanzia in lutto e sue implicazioni in psichiatria » descrive le tre fasi della separazione di un bambino dalla madre: protesta, disperazione e distacco: « Nell'infanzia i processi che portano al distacco sono atti a svilupparsi prematuramente in quanto coincidono, nel contempo mascherandoli, con forti desideri residui dell'oggetto perduto e con un senso di collera nei suoi confronti, ed entrambi questi sentimenti resistono, pronti ad essere espressi, a livello inconscio. A causa di questo prematuro inizio del distacco, il fenomeno luttuoso nell'infanzia ha abitualmente uno sviluppo che nei bambini più grandi e negli adulti è considerato patologico ».

Egli rileva ancora che: « nell'infanzia (e nel lutto patologico degli anni più avanzati), lo sviluppo dei processi di difesa è accelerato. Ne risulta che il bisogno del ricupero e del riavvicinamento all'oggetto perduto non ha probabilità di estinguersi, ma anzi persiste », e che la repressione e lo spaccarsi dell'io, con conseguenti fissazioni, porta ad un dannoso sviluppo della personalità e inclinazione alla malattia psichiatrica.

FREUD in « Lutto e Malinconia » collega stati d'ansia, depressioni e isterismo alla perdita di un parente, quando il lutto ha preso un corso patologico.

BARRY e LINDEMANN nel 1960 scoprono che la perdita prematura della madre era tre volte più comune tra i pazienti psichiatrici che in molti altri gruppi di controllo.

BURLINGHAM e FREUD notarono che tra i bambini separati dai loro genitori erano comuni gravi reazioni di dolore, in particolar modo tra i bambini al di sotto dei 3 anni. Scoprirono anche che i bambini che avevano sperimentato lunghe e ripetute separazioni dai genitori nell'infanzia e nella prima fanciullezza, tendevano a manifestare chiusura, umore depresso, atteggiamenti autoaccusatori e ostili.

ANTHONY rileva che i bambini tra gli 8 e i 12 anni hanno la tendenza a biasimare se stessi per la morte di un genitore.

Bowlby sottolinea l'importanza dell'età di un bambino all'epoca della separazione e la gravità della sua privazione. È facile che la separazione dalla madre provochi grave ansietà ed eccessivo bisogno di amore. Nello stesso tempo il risentimento del bambino verso il genitore che lo ha abbandonato porta a senso di colpa, chiusura e depressione e, in certe circostanze, all'incapacità di stringere più tardi rapporti di amore. I bambini gravemente privati sembrano anche inclini alla delinquenza e ad un comportamento anti-sociale.

### **Consulto della crisi e processo del lutto**

La prima idea di una « teoria della crisi » fu sviluppata da ERICH LINDEMANN che pensò che le insane reazioni alla morte di un parente potessero essere evitate aiutando la gente a condolarsi in modo adeguato e notò che la repressione di concezioni di dolore im-

pediva alle emozioni di scaricarsi come è necessario.

PARKERS e altri scrittori hanno esaminato il fenomeno di una reazione di dolore morbosa e CAPLAN ha ulteriormente esteso la teoria della crisi e la pratica della prevenzione.

Durante la crisi la gente si trova di fronte a gravi e inevitabili problemi che sembra incapace di risolvere con i soliti meccanismi imitativi e di difesa. Se non si riescono a mettere in atto forze addizionali interiori o se non si è aiutati a fare ciò, si è minacciati da depressione, ansietà, disordini e disintegrazione della personalità.

Quando una persona amata muore, il sopravvissuto deve non solo accettarne la perdita, ma anche i sentimenti di dolore, rabbia, colpa, disperazione e frustrazione che la accompagnano. Deve « rassegnarsi attivamente e per sempre all'impossibilità di soddisfare le sue necessità attraverso legami col deceduto. Deve psicologicamente « seppellire il morto », solo dopo di ciò egli sarà libero di cercare una gratificazione di questi bisogni in altre persone (Gerald Caplan).

Ma nello stesso tempo deve concedersi di pensare e provare dei sentimenti nei confronti del morto e condividere la pena e il lutto con gli altri membri della famiglia o con gli amici. Solo in questo modo potrà emergere dalla crisi mentalmente sano, forse con capacità arricchite e sviluppate e in grado di stringere nuovi rapporti di amore.

Durante il lutto si manifestano significative deviazioni dal comportamento

normale ed atteggiamenti che, in altre circostanze, sarebbero considerati patologici, come ad esempio allucinazioni visive e auditive; per esempio può succedere che al sopravvissuto sembri di vedere il coniuge morto zappare il giardino o che egli abbia l'impressione di sentir gridare il figlio morto, pur essendo ben consapevole della loro scomparsa. Queste manifestazioni, che sono tentativi inconsci di addolcire l'impatto della perdita e di abituarsi lentamente alla nuova situazione, possono produrre una grave ansietà nel soggetto e fargli credere di avvicinarsi alla follia.

Altre persone che cercano di negare il lutto, che reprimono i loro sentimenti e vanno avanti come se niente fosse accaduto e si buttano nel lavoro per dimenticare, probabilmente verranno più tardi sopraffatte dai loro sentimenti inespresi e manifesteranno sintomi di malattia fisica e mentale.

Uno dei processi di difesa è lo « spaccarsi dell'io » in cui una parte segreta della personalità consciamente nega che la persona morta sia perduta, mentre l'altra parte riconosce la realtà della perdita.

Un altro meccanismo meno segreto per evitare il lutto è la cosiddetta « mummificazione », in cui il sopravvissuto finge che il morto sia ancora con lui e si rifiuta di affrontare la realtà della perdita. La stanza e gli oggetti del defunto sono mantenuti come erano prima, a volte gli viene apparecchiato un posto a tavola, si tengono con lui conversazioni immaginarie e gli si offrono dei regali al compleanno.

Se il lutto procede normalmente, se-

condo quanto Lindemann asserisce, vi sono tre fasi: un breve periodo di choc e torpore, un periodo di intenso dolore e un periodo di ripresa.

La crisi non è necessariamente e non dovrebbe essere una esperienza totalmente negativa. È una grande sfida che può rafforzare o indebolire l'Io, integrando le esperienze traumatiche con le capacità di adattamento e quindi portare alla fine ad una maggiore maturità e forza.

### **Struttura e funzionamento del consultorio per crisi familiari a Slough**

Poiché l'idea di aiutare le famiglie colpite da lutto era nuova e non rispondeva ad una prassi usuale, si ritenne importante, come primo passo, prendere contatto nella comunità con quei professionisti che, con più probabilità, incontravano le famiglie colpite da lutto e li si introdusse ai principi del Consultorio per Crisi, si spiegò loro il nostro operato e si chiese la loro collaborazione. Medici, sacerdoti, insegnanti e assistenti sociali vennero incontrati a gruppi, oppure si fece la loro conoscenza per mezzo di speciali lettere (vedi Appendice). Il risultato fu che essi cominciarono a consultarci riguardo alle famiglie colpite o a mandarle alla Clinica.

Noi non ci basiamo solo sul lavoro di altri enti, ma ci avviciniamo direttamente alle famiglie dopo aver letto del loro lutto sul giornale locale o averlo saputo da altra gente. In tali casi

scriviamo una lettera di condoglianze ed offriamo il nostro aiuto immediato (vedi Appendice). Nonostante alcuni non rispondano subito, a volte tengono la lettera e ci cercano più tardi: una famiglia dopo due anni.

Prendiamo contatto anche con organizzazioni quali il Cruise Club per le Vedove, i Befrienders e i Samaritans e li sollecitiamo a mandarci le famiglie che hanno bisogno di aiuto psichiatrico, mentre mandiamo a queste organizzazioni alcune delle nostre famiglie che hanno bisogno di contatti sociali o hanno altre necessità pratiche.

I bambini che hanno subito un lutto avrebbero bisogno di essere incontrati immediatamente dopo la morte del familiare, mentre gli adulti, per le prime due settimane, sono di solito shockati, intontiti e oppressi dalle questioni pratiche, cosicché è meglio incontrarli dopo quel periodo.

Alcuni bambini coi genitori morenti furono incontrati prima che avvenisse la morte, per stabilire in precedenza un rapporto con loro.

La maggior parte dei bambini viene con la propria famiglia, ma abbiamo anche incontrato i genitori adottivi che si prendevano cura dei bambini orfani.

Siccome i nostri psicologi dell'educazione sono in stretto contatto con le scuole, a volte incontrano là i bambini orfani, prima ancora che la famiglia si presenti alla Clinica.

Il primo incontro alla Clinica di solito ha luogo tra gli adulti responsabili dei ragazzi e l'Assistente Sociale Psichiatra. Ciò offre l'opportunità di valutare la situazione e di stabilire come e che cosa

dire ai bambini e di permettere agli adulti di scaricarsi emotivamente. Quasi tutti i genitori in Clinica piangono e trovano sollievo nel parlare della persona morta.

Durante questo incontro si decide se lo psichiatra dovrà incontrare la famiglia, se gli adulti vogliono ritornare alla Clinica senza i figli o se devono superare la crisi con i loro figli senza l'aiuto della Clinica. Successivamente si incontra la famiglia nel suo complesso o in sedute individuali, secondo le necessità, a volte soltanto per una o due volte, poi si tengono i contatti con lettere, telefonate, inchieste a scuola o nei circoli. Altre famiglie vengono incontrate a intervalli per un periodo di parecchi mesi.

Da quando iniziò il servizio ci vennero inviate 130 famiglie come casi critici. Altre 110 famiglie, i cui sintomi erano dovuti a una crisi del passato, vennero considerate casi di pertinenza della Guida del Ragazzo. Durante lo stesso periodo vennero inviate 142 famiglie, ma non si presentarono.

Il Consultorio per le Crisi, in contrasto con l'Opera di Guida del Ragazzo, si limita a curare la situazione presente ed i sentimenti provocati da essa, e mira a dare un aiuto immediato per un breve periodo.

Inevitabilmente incontriamo famiglie le cui difficoltà psicologiche risalivano a molto tempo prima della crisi e talvolta erano di tale gravità da richiedere un trattamento prolungato attraverso il servizio generale di Guida del Ragazzo.

Sebbene non sia stato possibile con-

siglie che hanno usufruito del servizio, siamo rimasti in contatto con quasi tutti per un periodo di parecchi mesi fino ad un anno e, finché stanno nel distretto, il nostro Servizio Psicologico Scolastico è disponibile in caso di ulteriori difficoltà.

Il nostro servizio aiuta le famiglie a superare la crisi da principio nel modo meno dannoso ed incoraggia la partecipazione del dolore e l'espressione della rabbia, della colpa, della paura e dell'ansietà in modo da liberare negli individui nuove forze che li porteranno, attraverso un lutto misurato, ad un nuovo equilibrio.

### Discussione dei casi

Vi è stata un'ampia serie di casi, da bambini che assistono ad incidenti di estranei a tre casi in cui il padre uccideva la madre. In un caso il padre aveva strangolato la madre durante un esaurimento psicotico. I due bambini, di 8 e 6 anni erano atterriti, scontenti e confusi e cercavano di negare i loro sentimenti. Una giovane coppia, imparentata coi bambini, si era presa cura di loro e collaborò bene con la Clinica. Nelle sedute di gioco con la psichiatra i bambini davano sfogo alle loro paure e fantasie e recedevano dalla loro posizione di diniego. I genitori adottivi erano sensibili alle necessità dei bambini e dopo circa sei mesi di cura i bambini erano diventati felici, affezionati e capaci di fare amicizie.

I genitori riferiscono che rabbia, aggressività e sfida sono le reazioni di

anni, era molto attaccato al suo fratello maggiore che morì di encefalite. Dopo la morte di lui, Andrew divenne estremamente aggressivo ed insolente nei confronti della madre, si rifiutava di andare a scuola ed aveva disturbi di insonnia. I genitori non capivano quale fosse la fonte della rabbia e dell'aggressività di Andrew ed erano completamente sprovvisti sul come trattarlo. Durante i molti incontri in Clinica, i genitori si accorsero che Andrew rimproverava loro per la morte di suo fratello e che lui stesso temeva di morire. Essi riuscirono ad aiutarlo in questo periodo di rabbia e terrore ed egli tornò a scuola, trovò amici e più tardi accettò un nuovo fratellino.

Il senso di colpa è sperimentato da quasi tutti gli orfani e se questo è sovrachiaro e persistente può portare ad una interruzione della comunicazione con gli altri, difficoltà funzionali, odio di sé e autodistruzione. Un eccessivo senso di colpa era riscontrabile in Linda, di dieci anni, dopo la morte di suo fratello su una bicicletta. Poiché ella ne era gelosa, sentiva che i suoi desideri cattivi lo avevano ucciso, credeva di essere posseduta da magia nera e si aspettava di essere punita.

I bambini che hanno assistito ad incidenti fatali sperimentano sensi di colpa e rimorso dovuti alla loro impotenza; specialmente quando è coinvolto nell'incidente anche un altro bambino e peggio se il bambino era in loro custodia.

Man e Terry di 9 e 7 anni erano stati lasciati sulla spiaggia a giocare con la loro sorellina di 5 anni mentre i genitori

erano andati a comprare. I genitori erano affettuosi e di solito responsabili, ma nel breve e spensierato periodo delle vacanze avevano dimenticato i pericoli. La ragazzina affogò davanti ai fratelli e l'intera famiglia rimase sconvolta dalla colpa e dal rimorso. I due ragazzini, che si rendevano conto che avrebbero potuto salvare la sorella, divennero depressi ed incapaci di concentrarsi a scuola. Tutta la famiglia ebbe bisogno di appoggio per circa 6 mesi e lentamente si riprese dalla depressione. Infine tutti riacquistarono la fiducia e l'equilibrio, i ragazzi ottennero buoni risultati a scuola ed i genitori superarono i loro sentimenti di colpa, tanto da volere un altro bambino.

I bambini che hanno sperimentato la separazione dai genitori e un prolungato senso di insicurezza sono più inclini a provare paura per la possibile morte di un genitore. Cristina era stata lontana da sua madre per 4 mesi quando era ancora piccola perché la madre soffriva di tubercolosi. Quando ebbe 8 anni, morirono in rapida successione suo nonno ed il bambino di un vicino di casa. Dopo di ciò ella cominciò a preoccuparsi morbosamente della morte, ebbe pensieri depressivi e si attaccò tenacemente alla madre. Ella non era a conoscenza della precedente malattia della madre, la morte del nonno e del bambino avevano riattivato ansietà non risolte. Ella venne aiutata mediante una cura psichiatrica e perse la sua ansietà. Fu interessante notare che, quando suo padre improvvisamente morì 5 anni dopo, fu Cristina che, meglio delle tre sorelle, seppe far fronte alla situazione di orfana. Ose-

remmo sperare che la soluzione della precedente situazione di stress avesse rafforzato la sua capacità di adattarsi ad un'analoga situazione posteriore.

I genitori che perdono il figlio prediletto provano ansia e senso di colpa per il loro risentimento nei confronti dei figli sopravvissuti che vorrebbero morti al posto dell'altro. In una famiglia in cui morì l'unico e amatissimo figlio, la madre perse ogni interesse per il resto della famiglia, desiderò morire ella stessa e divenne completamente silenziosa con le due figlie ed il marito che soffrivano a causa della sua depressione. Sentiva che la casa era « come un obitorio » senza il ragazzo ed era consapevole di desiderare la morte delle sue figlie che si sentivano rifiutate e prive di valore. La madre si era aggrappata al dolore come mezzo per sentirsi ancora unita al figlio e vedeva con terrore il giorno in cui avrebbe trovato un po' di pace perché ciò avrebbe minacciato di spezzare il legame che aveva con lui. Dapprima era riuscita a parlare solo in Clinica dei suoi sentimenti di rancore, rabbia e distruzione, ma gradatamente riuscì a farne parte a suo marito e, dopo molta fatica, arrivò a capire le sofferenze di lui e delle figlie e fu in grado di dedicarsi anche a loro. La figlia più piccola si era rinchiusa in se stessa e non parlò fino dopo i 3 anni, la più grande divenne estremamente timida, incapace di applicarsi a scuola e sofferente di claustrofobia, ma, con l'aiuto della Clinica e col miglioramento della madre, le figlie superarono le loro difficoltà e non manifestarono disturbi quando furono incontrate

in una seduta successiva due anni dopo.

Alcuni genitori investono tutte le loro emozioni sul figlio sopravvissuto o si aspettano che il ragazzo prenda il posto del marito o della moglie. Malcolm, un ragazzo di 10 anni, rimase solo con la madre dopo la morte del padre. La madre si attaccò morbosamente al figlio aspettandosi da lui un comportamento da adulto. Il ragazzo era tanto oppresso da un senso di rancore contro la madre e da un senso di colpa verso il padre morto che era incapace di qualunque tipo di attività. Si rifiutava di andare a scuola e non usciva quasi mai di casa. Si rinchiuso in se stesso e divenne paranoide nei confronti della gente. Si dovettero avere molti incontri sia col ragazzo che con la madre prima che la situazione migliorasse.

I ragazzi in situazione edipica, cioè in competizione con il padre per l'esclusivo possesso della madre, possono essere atterriti se la situazione psicologica diventa realtà e le ragazze hanno gli stessi sentimenti alla morte della madre. Doreen perse la madre all'età di 11 anni e fu straziata da sentimenti contrastanti di dolore per la perdita della madre e di trionfo per il possesso del padre. Era molto esigente ed infelice, si irritava con lui per i motivi più futili e ci rimase male quando il lavoro costrinse il padre a stare lontano da casa. Divenne palesemente gelosa della sorella minore e voleva il padre esclusivamente per sé. Essa cercava di dominarlo, ed i loro rapporti divennero sempre più involuti e difficili. Fu aiutata in varie sedute psichiatriche ed il padre divenne infine capace a porre un limite

alle irragionevoli richieste della figlia. Quando il padre si risposò, Doreen ebbe un rapporto eccezionale con la sua matrigna e sembrò sollevata quando la realtà della situazione limitò le sue fantasie sessuali nei riguardi del padre.

Molti bambini diventano estremamente ansiosi nei confronti del genitore sopravvissuto, altri mostrano tensioni nervose come tic o si rosicchiano le unghie o regrediscono ad un comportamento infantile. Spesso credono che la persona morta possa ritornare e sentirsi apparentemente rifiutata, oppure immaginano che la loro « cattiveria » abbia allontanato il morto.

Negli ultimi tre anni fra le famiglie che si presentarono alla Clinica, quelle in cui era morto il padre erano circa quattro volte più numerose di quelle in cui era morta la madre. Questo sembra dovuto soprattutto al fatto che muoiono giovani più uomini che donne. (Di tutti i casi di cui siamo venuti a conoscenza in questo periodo erano morti 39 padri e 15 madri). Ma sembra anche che le vedove sentano più bisogno del nostro aiuto. (Delle 42 famiglie che avevamo invitato ma che non si erano presentate, erano morti 16 padri e 9 madri).

Oltre ai casi di orfani, abbiamo notato anche bambini che reagivano con vivo dolore quando un genitore andava in prigione o in ospedale.

Recentemente si sono verificati molti casi di divorzi o separazioni in cui i bambini mostravano ansietà e dolore per il genitore assente e aggressione o comportamento morboso nei confronti del genitore che rimaneva.

Una parte dei genitori tornavano in

Clinica per un consulto quando decidevano di sposarsi nuovamente, sia perché non erano sicuri di come i figli avrebbero reagito alla nuova situazione.

In genere, nelle stesse condizioni, sembra che le famiglie con buoni rapporti riescano a superare meglio il dolore e il lutto di quelle in cui i rapporti tra i coniugi o tra genitori e figli erano tesi anche prima della morte. In queste famiglie il processo di lutto è ostacolato da un eccessivo senso di colpa e da sentimenti di autoaccusa.

La nostra esperienza con bambini che si presentano molti anni dopo la crisi, conferma che il loro trattamento richiede di solito molto più tempo di quello di bambini portati tempestivamente, poiché i primi sono tanto arroccati su posizioni di difesa e radicati nei loro modelli di comportamento nel momento in cui si raggiungono, che il loro trattamento dà risultati solo parziali.

### **Conclusione sui metodi del servizio**

Dal 1960 il Servizio di Consultorio per le Crisi a Slough cerca di aiutare le famiglie in lutto e altre famiglie sotto stress mediante un'immediata assistenza psichiatrica per brevi periodi.

Non riusciamo ancora ad incontrare le famiglie tanto tempestivamente dopo la crisi come sembra necessario. Questo è in gran misura dovuto alla resistenza della comunità a esplorare i sentimenti riguardanti la morte e a farsi coinvolgere nel processo di lutto.

Si è anche riluttanti a portare i bambini dallo psicologo quando apparentemente non c'è niente di strano in loro;

molti adulti non capiscono che i bambini sono profondamente turbati dalle morti e dalle separazioni.

Nella nostra esperienza notiamo che, sebbene gli adulti si sentano spesso sollevati dal nostro trattamento e ne traggano beneficio, esitano a sottoporvi i loro figli. Forse un approccio più centrato sugli adulti otterrebbe un esito migliore.

Forse facendo visita alla gente in casa verremmo a contatto con famiglie che al presente non rispondono ai nostri inviti e, nonostante le sedute dedicate al servizio siano limitate, sarebbe utile sperimentare questo metodo in alcuni casi futuri.

Abbiamo scoperto che è importante calcolare il momento dei nostri incontri e che è utile avere altre organizzazioni o esperti che possano tenersi in contatto con le famiglie finché queste sono pronte a presentarsi e consigliarle sul momento più adatto per rivolgersi alla Clinica.

GEOFFREY GORER in « Morte, Dolore e Lutto nella Gran Bretagna Contemporanea » suggerisce: « la creazione di invenzioni sociali che offrano secolari rituali per le persone colpite da lutto, la loro stirpe, i loro amici e vicini... Tali rituali dovrebbero tener conto sia del desiderio di compagnia che di privatezza della persona colpita ».

Tali innovazioni potrebbero condurre il colpito ad un adeguato processo di lutto e ad un miglioramento del suo stato mentale, secondo quanto si propone il servizio per le Crisi.

## APPENDICE 1

### *Modello di una lettera mandata alle persone competenti del distretto*

Health Centre  
Burlington Road, Slough, Bucks  
Child Guidance Clinic

### **Servizio di Consultorio per la Crisi di Famiglie Colpite da Lutto**

Qualcuno di voi è forse già a conoscenza del servizio speciale effettuato presso la nostra Clinica per i genitori ed i bambini che hanno avuto un morto nella loro famiglia o tra gli amici più stretti, e di questo vorremmo ora darvi informazioni più specifiche.

Crediamo che sia molto importante offrire aiuto a figli e genitori in quel momento di crisi perché è spesso difficile sul momento venire a patti con i propri sentimenti, e d'altro canto è facile che sentimenti repressi creino più tardi problemi nella vita. Tali circostanze possono rendere a volte incapaci di stringere rapporti positivi, oppure generano eccessive paure, difficoltà di apprendimento e sintomi fisici dovuti all'ansietà.

Una delle reazioni più comuni è quella del bambino che teme che il genitore sopravvissuto o lui stesso morirà o sarà mandato via.

Da quando il nostro Consultorio per Crisi ha cominciato a funzionare, noi abbiamo sempre fatto assegnamento su Ispettori sanitari, dottori, insegnanti, operatori sociali e sacerdoti perché ci portassero a conoscenza delle famiglie bisognose di aiuto e vorremmo ora farvi presente che accetteremo con piacere il vostro sostegno al nostro lavoro.

La nostra collaborazione consisterebbe sia nella discussione dei casi sopracitati, perché voi possiate meglio sostenere la famiglia in questione, sia nell'incontro di tali famiglie presso la Clinica, qualora voi lo giudicaste idoneo e qualora la famiglia lo gradisse. Abbiamo destinato un'ora (giovedì dalle 12 alle 13) alla discussione di questi casi; uno di noi sarà disponibile per parlarvi se lo desidererete. Gradiremmo avere l'occasione di incontrarvi.

.....  
Psichiatra

.....  
Assistente Sociale Psichiatria

APPENDICE 2

*Modello di lettera mandata alle famiglie colpite da lutto*

Cari .....

Con profondo dispiacere abbiamo saputo della morte di .....  
Non abbiamo voluto disturbarvi nei difficili momenti che voi tutti dovete aver passato, ma vi preghiamo di accettare ora le nostre sincere condoglianze.

In questa Clinica abbiamo in funzione un servizio speciale per i figli e i genitori che hanno perso un parente; li incontriamo con piacere qui, parliamo con loro e li aiutiamo ad adattarsi alla perdita.

I bambini sono spesso disorientati da ciò che è accaduto e ciò può portarli a fantasie e preoccupazioni terrificanti che possono rendere loro la vita difficile sia immediatamente, sia, qualche volta, in uno stadio posteriore.

Se credete che possiamo aiutarvi, saremmo molto contenti di vedervi qui. Ci potremmo incontrare .....

Se questo orario non vi è comodo, gradiremmo sapere da voi quando si potrebbe organizzare un incontro una prossima volta.

Cordiali saluti.

l'Assistente Sociale

APPENDICE 3

*Casi clinici incontrati dal 1969 al 1971*

**38 nuove famiglie** vennero incontrate in questo periodo, e inoltre **le altre 24 famiglie** incontrate si ripresentavano sia a causa di un'altra crisi, o per un altro matrimonio, oppure la loro crisi si era manifestata più di due anni prima.

**I nuovi 38 casi:**

Presentati:

in risposta alla lettera della Clinica	13
da Dottori e Ospedali	11
da scuole e Psicologi dell'educazione	6
da Assistenti Sociali e Ispettori sanitari	5
da Genitori	3

= 38

(Alcuni erano presentati da vari enti, ma qui è riportato solo il primo).

**Quanto tempo prima della visita ebbe luogo la crisi:**

5 giorni	1
2 settimane	2
3 settimane	6
4 settimane	6
6 settimane	2
8 settimane	1
2 mesi	4
6 mesi	3
7-10 mesi	4
1 anno	6
2 anni	3

= 38

**Natura della crisi:**

morte del padre	22
morte della madre	6
morte del fratello o sorella	5
morte del padre e tentato suicidio della madre	1
morte dello zio	1
morte di un vicino	1
separazione dei genitori	1
invio del padre in Vietnam	1

= 38

**Frequenza degli incontri:**

una volta	4
due volte	12
tre volte	5
quattro volte	7
sei volte	7
otto volte	1
dieci volte	1
dodici volte	1

= 38

**Successivi incontri:**

mancata continuazione per trasferimento o perché in cura di altri assistenti sociali	4
dopo un periodo di 3 mesi	5
dopo un periodo di 5-6 mesi	9
dopo un periodo di 8-10 mesi	4
dopo un periodo di 1 anno	11
dopo un periodo di 2 anni	5

= 38

<b>Sintomi dei bambini:</b>		
(Alcuni mostravano più di un sintomo)		6
i genitori non riferivano sintomi	9	5
ansietà e confusione	14	3
ansietà particolare nei riguardi del genitore sopravvissuto	12	2
depressione	10	2
aggressività, collera, atteggiamenti di sfida	9	1
		1

## APPENDICE 5

## Casi critici 1969

<b>Famiglia</b>	<b>Presentato da</b>	<b>Motivo crisi</b>	<b>Incontri dopo</b>	<b>Da chi</b>	<b>Frequenza iniziale</b>	<b>successivo incontro dopo</b>	<b>Sintomi</b>
) Madre e figlio (3 anni)	Psicologo scolastico	Morte del padre	2 mesi	Psicologo Psichiatra Ass. Soc. P.	6 volte	1 anno	Ansietà per la madre, difficoltà apprendimento
) Padre e figlio (7 anni)	Presidente	Morte della madre	2 anni	Ass. Soc. P. Psichiatra Psicologo	4 volte	2 anni rivisti 2 anni dopo	Negazione della morte per nuovo matrimonio
) Padre, madre, e figli (6-10 anni). Ragazzo di 10 in crisi	G.P.	Morte zio	2 mesi	Psichiatra Ass. Soc. P.	2 volte	1 anno	Ansietà
) Genitori e figli (16, 15, 10 anni). Ragazzo di 10 in crisi	G.P.	Morte vicini	6 mesi	Psichiatra Ass. Soc. P.	3 volte	1 anno	Dolore, paura della morte
) Madre e 2 ragazzi (7, 15 anni). Ragazzo di 7 in crisi	Ass. Soc.	Suicidio del padre	2 settimane	Ass. Soc. P.	6 volte	3 mesi	Ansietà per la madre

Famiglia	Presentato da	Motivo crisi	Incontrati dopo	Da chi	Frequenza iniziate	Incontro successivo dopo	Sintomi
1) Madre, nonna, ragazzo (7 anni)	Preside	Morte del padre	1 mese	Psicologo Ass. Soc. P. Psichiatra	6 volte	2 anni	Mancanza concentrazione, ansietà per la madre, aggressività a scuola
2) Genitori, 4 figli (2-9 anni). Bambino di 9 anni in crisi	Ospedale	Morte della sorella	2 anni	Psicologo Ass. Soc. P. Psichiatra	1 volta	2 anni	Depressione, paura di morire, collera
3) Madre e figlio (6 anni)	Preside	Morte del padre	2 mesi	Ass. Soc. P.	1 volta	Trasferiti	Depressione
4) Madre, nonni, 2 bambine (9 e 6 anni). Bambina di 9 in crisi	Madre	Padre inviato in Vietnam	4 mesi	Ass. Soc. P. Psicologo Psichiatra	8 volte	1 anno	Comportamento difficile, minacce di suicidio
5) Nonni e 3 bambini (9, 7, 5 anni) tutti in crisi	Ass. Soc.	Madre assassinata	3 settimane	Ass. Soc. P. Psichiatra	2 volte	Contatti con Ass. Soc.	Confusione, ansietà
6) Madre e bambine (12, 0, 8 anni). Figlia di 10 in crisi	Preside	Genitori separati	2 mesi	Psichiatra Ass. Soc. P.	4 volte	1 anno	Furti
7) Madre e figli (7, 6, 5 anni). Bambina di 7 in crisi	G.P.	Morte del padre	6 mesi	Psichiatra Ass. Soc. P.	3 volte	1 anno	Sporcarsi e aggressività
8) Madre e figlio (16 anni)	Lettera clinica	Morte del padre	4 settimane	Ass. Soc. P.	1 volta	3 mesi	Nessun sintomo



Il Centro di Socioterapia « DAILY » di Genova è uno dei primi in Italia a funzionare secondo il modello operativo dell'Ospedale di Giorno, che, come è noto, consente un trattamento psicoterapeutico intensivo, lasciando al paziente ampia possibilità di scambio e di inserimento nell'ambiente al di fuori dell'istituzione.

Accanto alla psicoterapia classica, individuale e di gruppo, viene data particolare importanza a varie tecniche terapeutiche (come arte-terapia, musicoterapia, rieducazione psicomotoria ecc.) che hanno l'effetto di stimolare la creatività espressiva e di migliorare la coscienza del proprio corpo e la comprensione dell'ambiente circostante. Il tutto a continuo e stretto contatto con i membri dell'équipe curante e con particolare attenzione agli aspetti comunitari e relazionali. Questo schema terapeutico, per quanto utile in qualunque tipo di neurosi anche leggera, risulta avere la sua applicazione elettiva in forme psicotiche di media gravità, depressioni « atipiche » e « marginali », disturbi del carattere e del comportamento, nevrosi di varia entità, con compromissione della capacità sociale.

La frequenza è giornaliera e la durata del periodo intensivo della cura varia da 3 a 24 mesi, essendo previsti in seguito particolari « programmi », adatti alle esigenze lavorative, scolastiche e terapeutiche di ogni singolo paziente.

Le tariffe sono circa la metà di quelle praticate in ospedali e cliniche a tempo pieno di livello medio. Molte mutue, amministrazioni provinciali e comunali rimborsano ai pazienti gran parte della quota.

Per pazienti che provengono da fuori Genova si studiano da caso a caso sistemazioni in alberghi o pensionati, che hanno col Centro regolari rapporti di collaborazione.

Per informazioni telefonare a 010-43.73.51.

## IL RUOLO DELLA TEORIA DEL LINGUAGGIO E DELL'ANALISI SEMANTICA NELLA PSICOANALISI

S. GOEPPERT

H.C. GOEPPERT

QUESTO LAVORO È STATO PUBBLICATO IN FRANCESE SU CONFINIA PSYCHIATRICA, VOL. 16 (1953), PAGG. 38-45, COL TITOLO « LE ROLES DE LA THEORIE DU LANGAGE ET DE L'ANALYSE SEMANTIQUE EN PSYCHANALYSE ». GLI AUTORI LAVORANO IN GERMANIA A KROFDORF-GLEIBERG.

*In polemica, da una parte con il punto di vista di Lacan, dall'altra con la concezione di Lorenzer della psicoanalisi come « analisi e ricostruzione di un linguaggio deformato », in questo scritto si cerca di intendere il senso della comprensione psicoanalitica come un'ermeneutica esercitata nei confronti del discorso fra analista ed analizzato mediante il quale si sviluppa il processo psicoanalitico. Il presente saggio di analisi del discorso propone l'esempio dei cosiddetti « universali del linguaggio » (parole), che sono evidenziati come elementi essenziali all'analisi semantica*

*della relazione di una seduta psicoanalitica. Tale saggio, dunque, si può intendere come un tentativo di considerare la situazione del discorso psicoanalitico come metacomunicazione.*

Gli studi di LACAN (1956) e, da un altro punto di vista, di RICOEUR (1965) hanno richiamato l'attenzione sull'importanza del linguaggio e della parola nel processo psicoanalitico. Lacan ha notato in particolare che « la psicoanalisi non ha che un tramite, la parola del paziente » e che « ogni parola richiama la sua risposta ».

Una nuova visione dei rapporti fra linguaggio e psicoanalisi è stata presentata da LORENZER (1970), psicoanalista all'Istituto Sigmund Freud di Francoforte. Proponendosi di dare un fondamento epistemologico all'operazione psicoanalitica, Lorenzer sviluppa una « metateoria » della psicoanalisi: la psicoanalisi, a suo parere, è un'ermeneutica che scopre i « significati deformati » nel « linguaggio privato » del nevrotico per reintegrarli nel « linguaggio pubblico ». Prendiamo ad esempio la sua valutazione metateorica dell'analisi della fobia del piccolo Hans (FREUD, 1909).

Il piccolo Hans ha paura che un cavallo possa morderlo. L'analista scopre in primo luogo (interpretando il transfert) che è l'analista stesso che impaurisce il ragazzino dal momento che l'analista e il padre per Hans s'identificano.

Avremmo quindi le seguenti equazioni: cavallo = analista, analista = padre, cavallo = padre. Questa deformazione del simbolo « padre » è poi ristata

bilata da una successiva reintegrazione nel « linguaggio pubblico » che darà luogo, alla fine della analisi, alle seguenti equazioni: cavallo = cavallo, padre = padre, analista = analista (LORENZER, 1970, pp. 101-102).

A nostro avviso i problemi che si pongono a proposito di questo sbocco di una metateoria della psicoanalisi sono due.

1) Pur ammettendo che l'*attività* dell'analista può essere qualificata come ermeneutica (in quanto essa è interpretazione tramite il linguaggio e sul linguaggio), non bisogna tuttavia perdere di vista il fatto che la teoria psicoanalitica è in primo luogo una teoria sulla formazione e deformazione delle strutture della personalità (essendo il legame fra attività e teoria assicurato dalla realizzazione del transfert e del controtransfert).

2) Se la psicoanalisi vuole darsi un fondamento metateorico definendosi come « analisi e ricostruzione di un linguaggio deformato » bisogna domandarsi se, per darsi tale fondamento, non sarebbe necessario fare riferimento ad una teoria semiologica in generale e ad una teoria della comunicazione linguistica in particolare. Infatti quale può essere lo statuto di termini come « linguaggio privato », « significazione deformata », « linguaggio pubblico », se il loro valore non si definisce all'interno di una teoria del linguaggio stesso?

### Teoria del linguaggio e processo analitico

Riprendiamo le mosse dalla consta-

tazione di LACAN (1956, p. 103) secondo la quale il soggetto che s'impegna nell'analisi accetta una posizione d'interlocuzione, una posizione d'intersoggettività.

In effetti, il processo psicoanalitico che si sviluppa nel dialogo fra il terapeuta ed il paziente, può essere considerato come un caso particolare della situazione interlocutoria nella quale due soggetti hanno uno scambio verbale. Nello studio di questa attività linguistica intervengono i tre aspetti metodologici sulla base dei quali la linguistica definisce il fenomeno del linguaggio, cioè la facoltà di linguaggio, la lingua come sistema storico e la parola come attività concreta. Ci sembra nondimeno che uno studio della parola sia del massimo interesse per una riflessione teorica sul dialogo psicoanalitico. È vero che la « linguistica della parola » è ben lontana dall'essere elaborata (1). Intendiamo in questo senso tutto uno studio linguistico delle condizioni e delle funzioni della parola. Esse interferiscono con le « classi di formulazione » di POTTIER (1967, pp. 48-50) con « *les situations* » e « *les circonstances* » in margine all'*analyse actantielle* di GREIMAS (1966, pp. 153, 179).

Diamo una breve caratterizzazione semantica, nei limiti della nostra esposizione, degli elementi più importanti di tale insieme.

*La persona.* Pronomi personali e possessivi definiscono gli interlocutori nello scambio reciproco dei ruoli come

(1) Ne esistono degli abbozzi, per quanto molto eterogenei, in BUHLER (1934), BALLY (1950), GARDINER (1951), AUSTIN (1962), SEARLE (1969).

autore del discorso (io) e come termine di riferimento dello stesso (tu). Tutto ciò che appare nella cosiddetta 3ª persona (esseri umani, non umani, cose) non appartiene al rapporto di interlocuzione: sono gli agenti dell'enunciato.

*Le indicazioni di spazio e di tempo* legate in modo diretto (... « qui-là » - « adesso » - « allora ») o indiretto (« altrove ») alla situazione di locuzione.

*La presa di contatto.* L'allocuzione, il saluto, articolano un rapporto di familiarità a diversi livelli.

*L'introduzione e la conclusione del discorso* mettono in rilievo determinate attese ed intenzioni dell'agente del discorso.

*Il discorso cosiddetto diretto o indiretto* (ed anche indiretto libero). L'agente del discorso può evocare una situazione locutoria diversa da quella presente (della quale si ricorda o che anticipa) sia presentandola in una forma quasi autonoma, sia rendendola dipendente dal suo proprio discorso. Questi procedimenti implicano dei cambiamenti di persona, di tempo ed anche di modo.

*La modalità.* L'agente del discorso ha la possibilità di rendere esplicito il suo atteggiamento soggettivo nella situazione locutoria. A questa funzione ancora poco studiata concorrono:

gli avverbi di modo, di affermazione, di negazione e di dubbio, dunque tutti quelli che articolano una determinata partecipazione dell'agente del discorso in rapporto al suo enunciato;

i modi grammaticali, nella misura in cui danno una valutazione soggettiva dell'enunciato;

la presentazione dell'enunciato da

parte dell'agente del discorso mediante termini esplicitanti l'atto di parlare (« io dico », « io penso ») ed espressioni che AUSTIN (1962) chiamava « performatives » (« io prometto », « io proibisco »).

Si possono distinguere diversi tipi e diversi gradi d'intenzionalità nell'atteggiamento dell'agente del discorso nei confronti del suo enunciato.

Il sociologo tedesco HABERMAS (1971) ha notato che « la padronanza » degli universali dell'interazione linguistica (intende con ciò una competenza chomskiana amplificata da una competenza comunicativa) permette una comunicazione ideale, simmetrica, perché assicura la completa reciprocità tra i partecipanti alla comunicazione e la loro stessa comunicazione. Tale comunicazione simmetrica si realizzerebbe, se i ruoli di colui che parla e di colui al quale il discorso è rivolto, fossero accettati come liberamente convertibili, se ciascuno potesse affermare e contestare, verbalizzare le sue interazioni e le sue motivazioni ed accettare quelle dell'altro.

Ora, benché il linguaggio dia le condizioni e le funzioni dell'intersoggettività, questa non può realizzarsi che nel concreto atto di parlare. Come troviamo una comunicazione asimmetrica per esempio nell'educazione, cioè nel discorso fra genitori e figli, insegnanti ed alunni, ugualmente la troviamo nel discorso di differenti gruppi sociali. Una comunicazione specificamente asimmetrica si manifesta nell'interazione del terapeuta e del paziente. Nella misura in cui tale interazione sorge dal linguaggio, non può prescindere dalle con-

dizioni e dalle funzioni della parola e deve dunque cercare il suo fondamento epistemologico in una riflessione teorica sullo scambio verbale.

### **Analisi semantica di un dialogo terapeutico**

Abbiamo registrato con il magnetofono una seduta di psicoterapia:

Si tratta di una ragazza di 22 anni che vive ancora con i suoi genitori. I sintomi (crisi di lacrime, respiro affrettato, palpitazioni, vertigini) apparvero la prima volta un anno fa. In quel tempo i genitori avevano appena lasciato il villaggio dove la paziente aveva trascorso la sua infanzia e la madre le aveva fatto capire a varie riprese che ora doveva rendersi indipendente. La seduta analizzata è la cinquantesima.

Avremmo preferito dare almeno qualche campione della trascrizione della registrazione prima di presentarne l'analisi. Ma la lingua del terapeuta e della paziente è il tedesco e una traduzione, in questo caso, ci è parsa poco chiarificatrice.

Cominciamo dunque subito con l'analisi semantica di questa situazione d'interlocuzione alla quale seguirà un commento dello stesso terapeuta.

*Analisi semantica.* Lasciamo da parte gli aspetti extralinguistici, paralinguistici e fonostilistici della registrazione. Del pari tralasciamo gli aspetti stilistici del testo. Infine, trascuriamo ciò che potrebbe essere studiato nel quadro di un'analisi « degli agenti » del testo.

Prendiamo tuttavia un aspetto partico-

larmente importante: la pronominalizzazione dell'enunciato con « ciò », « ci » ecc. da parte di P. nel ruolo di oratore. Ci limitiamo all'analisi delle funzioni delle parole ora indicate.

La persona. P. quando parla, sostituisce spesso « io » con « si » (allora si pensa, ci si è lasciati andare), talvolta comincia un enunciato con « io » poi si ferma e riformula l'enunciato con l'impersonale (io / hanno detto spesso che non ho volontà); T., in quanto interlocutore, è esplicito solo una volta, nell'introduzione del discorso (ha proprio ragione / ci ho pensato spesso). T. in quanto oratore è più spesso implicito; quando appare come « io », anche colui al quale egli si rivolge viene esplicitato (lei fa più o meno quello che faccio io); inoltre P., come interlocutore al quale il discorso viene rivolto, è esplicitato in quasi tutti gli enunciati.

          soggetto che formula il discorso P.:  
          io (si)   egli (ciò)

Riassunto:

          soggetto che formula il discorso T.:  
          io   lei   egli

Lo spazio e il tempo in cui si svolge il discorso sono menzionati spesso dal soggetto T. nel ruolo di oratore (qui / in fondo / adesso / è lo stesso / sì / è lo stesso qui) al che P., a sua volta nel ruolo di oratore, non risponde che una sola volta (voglio essere sincera / penso / vengo qui / cioè / qui questa casa non l'amo). P., quando parla, usa soprattutto delle indicazioni di tempo come « allora », « sempre », « mai », « in un tempo qualunque » (in tedesco *irgendwann*): « quando » « ogni »

Oratore P.: allora sempre irgendwann

Riassunto:

Oratore T.: qui  
adesso

Presenza di contatto: introduzione e conclusione del discorso. P. nel ruolo di allocutore: « Buongiorno Signor Dottore » « Grazie Signor Dottore / Arrivederci ». T. nel ruolo di allocutore: « Buongiorno signorina R. Arrivederci, signorina R. ». P., quando parla, apre il dialogo annunciando un racconto (si deve ancora parlare, delle difficoltà a casa). T., quando è lui a parlare, chiude il dialogo in modo abbastanza brusco (adesso dobbiamo finire).

Il discorso diretto e quello indiretto si svolgono in maniera pressoché simile nei due interlocutori e non richiedono particolari notazioni.

Le modalità. P., quando parla, si serve abbondantemente di averbi modali, soprattutto di quelli che mettono in dubbio o limitano l'enunciato (« forse », « quasi », « per così dire », « a un certo punto », « in fondo », « insomma »); le espressioni introduttive sono del pari numerose, la loro intenzionalità non è mai forte; spesso l'enunciato che deve essere introdotto o modificato da tali espressioni modali non appare, di modo che non resta che l'apprezzamento di un enunciato che poi manca (direi / penso / in fondo / voglio dire). Le espressioni introduttive di T., nel ruolo di oratore, hanno un'intenzionalità ugualmente debole, appaiono solo in relazione ad enunciati concernenti P. alla quale si rivolge (ho l'impressione che

Oratore P.: abbondanza di espressioni modali, intenzionalità debole l'enunciato introdotto o limitato manca spesso.

Riassunto:

Oratore T.: poche espressioni modali intenzionalità debole l'enunciato pronunciato concerne l'altro interlocutore.

Per finire, proviamo a mettere in evidenza alcuni elementi importanti della realizzazione delle funzioni della parola presso i due interlocutori.

P. nel ruolo di oratore, pronuncia enunciati i cui agenti restano semanticamente indefiniti (« egli », « ciò »), la cui situazione nel tempo è sempre vaga (« allora », « ingerdwann », « sempre ») e che il soggetto, nel parlare, presenta sempre come poco certi. (Tipo: voglio dire / insomma / l'ho sempre saputo / per così dire / che ciò non era possibile).

Gli enunciati di T. riguardanti l'altro interlocutore lo situano nello spazio e nel tempo in cui si svolge il discorso (« adesso », « qui »); questi enunciati sono talvolta presentati come opinioni affettivamente neutre dell'oratore (tipo: ho l'impressione / che voi facciate qui adesso la stessa cosa con me).

Commento del terapeuta: « Avevo l'impressione, durante la terapia, che la paziente mi sfuggisse e che i miei sforzi di rivolgermi a lei direttamente fossero avvertiti come tanti attacchi più o meno massicci. Non vedevo la possibilità di strutturare la nostra interazione mediante un transfert che mi avrebbe

coanalitici. Ora mi spiego anche la mia idea di fare un'analisi linguistica di questa paziente come un tentativo da parte mia di sfuggire al problema della strutturazione di un transfert; non avevo più bisogno di rimproverarmi a quel punto, di non arrivare più ad una comprensione diretta con la paziente, perché il mio interesse era rivolto ad un'analisi linguistica del suo discorso.

Direi che, domandandomi come la paziente parlava (e non più quello che voleva dire) avevo abbandonato il terreno della pratica psicoanalitica. Ascoltando la registrazione e discutendo l'analisi semantica del dialogo, mi accorsi ben presto con disappunto che, per delle difficoltà di contro-transfert di fronte a questa paziente che rifiutava ogni affettività, ero stato trascinato in una perfetta correlazione con lei; quando ella diceva « allora » io rispondevo « e voi? » invece di accettare con semplicità ciò che la paziente si sforzava di articolare con tanta pena. Così non le avevo offerto quell'accordo empatico che solo

le avrebbe permesso di creare un transfert positivo.

Conveniamo che un terapeuta con maggior esperienza avrebbe saputo in questo caso capire meglio l'interazione e strutturare il transfert. Nondimeno, per ogni terapeuta ci sono dei pazienti con i quali non arriva ad intendersi, allora non può più interpretare l'interazione sulla scorta della teoria psicoanalitica, poiché il transfert, l'asse del processo psicoanalitico, manca. Certo, la psicoanalisi non è un'analisi di linguaggio, anche se presuppone una comprensione spontanea della parola del paziente e l'analisi linguistica non può servire come interpretazione psicoanalitica. Ma, quando lo psicoanalista non comprenderà più ciò che il paziente gli dice e si troverà così fuori del processo psicoanalitico trarrà vantaggio a riflettere proprio sull'interazione linguistica. Tale riflessione trova, a parer nostro, il suo fondamento essenziale in una teoria linguistica dello scambio verbale.

#### BIBLIOGRAFIA

1. AUSTIN J.L.: How to do things with Words. William James Lectures 1955 (Oxford, 1962).
2. BALLY C.: Linguistique générale et linguistique française (Berne, 1950).
3. BUHLER K.: Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache (Jena, 1934).
4. CHOSKY N.: Aspects of the theory of syntax (Cambridge Mass, 1965).
5. COSERIU E.: Determinació y entorno; in *Romanistisches Jahrbuch* 7, pp. 29-54 (1955/56).

6. FREUD S.: Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Gesammelte Werke VIII, pp. 241-377 (1909). Trad. Franç. aux Presses Universitaires, Paris 1954.
7. GARDINER A.: The Theory of speech and language (Oxford, 1951).
8. GOEPPERT S. und H.C.: Sprache und psychoanalyse (Reinbek bei Hamburg, 1973).
9. GREIMAS A.J.: Les topologiques; dans cahiers de lexicologie IV, pp. 17-28 (1964).
10. GREIMAS A.J.: Sémantique structurale (Paris, 1966).
11. HABERMAS J.: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz, dans HABERMAS J. und LUHMANN N.: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, pp. 101-141 (Frankfurt, 1971).
12. LACAN J.: Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse; dans la psychanalyse 1, pp. 81-166 (1956).
13. LORENZER A.: Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der psychoanalyse (Frankfurt, 1970).
14. POTTIER B.: Présentation de la linguistique. Fondements d'une théorie (Paris, 1967).
15. RICOEUR P.: De l'interprétation. Essai sur FREUD (Paris, 1965).
16. SEARLE J.R.: Speech acts (Cambridge, 1969).



## RECENSIONI

---

**GILBERT DURAND**

L'IMMAGINAZIONE SIMBOLICA

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1977, pp. 124, L. 7.000

Il discorso svolto dal Durand in quest'opera si colloca, da un punto di vista classificatorio, in quel filone della storia del pensiero che si è proposto la ricerca di un'alternativa ad una concezione matematizzante del reale, la contrapposizione di un altro « sapere » al sapere operativo e, comunque, modellato sui rigidi schemi della logica sia deduttiva che induttiva. In questa prospettiva, il Durand ripercorre la storia culturale dell'Occidente, chiamandone in causa l'atteggiamento iconoclasta nei confronti di una traduzione del reale diversa da quella ufficialmente qualificantesi come razionale.

Se la prima iconoclastia, quella propriamente detta, cioè, significò il richiamo ad una forma di ortodossia e l'inibizione del libero gioco della fantasia e della creatività umane nei riguardi del tema religioso, successivamente l'iconoclastia divenne tipica dell'Occidente come riduzione del valore di significanza al solo discorso razionale e conseguente deprivatione della significabilità di altre forme di approccio al reale. Il Durand cita, ad esempio, quella svalutazione dell'esperienza artistica come esperienza conoscitiva che, trovando le sue origini nell'aristotelica teoria dell'arte come imitazione, è tratto comune della maggioranza delle classificazioni delle attività dello spirito di un certo filone della cultura occidentale. Matrice dell'iconoclastia occidentale è dunque la logica aristotelica: la via tracciata da Aristotele e ripercorsa dal tomismo sfocia nei moderni razionalismi. Ma, si chiede il Durand, l'unica accettabile trascrizione del reale è davvero quella razionalistica? E, se ve n'è un'altra, donde trae il suo linguaggio?

Il problema affrontato è dunque, tout court, quello del territorio della significanza.

I termini da esaminare non sono tanto i segni, arbitrari, o le allegorie, traduzioni concrete di un'idea di difficile esplicazione, quanto i simboli, intesi come « epifania di un mistero » (p. 14).

Ora, è appunto nella facoltà di significare qualcosa d'indefinibile tramite le tradizionali categorie e non a scopo operativo, a ciò per lo più basta il segno, ma a scopo illustrativo e quindi conoscitivo, che sta la possibilità di una logica più comprensiva, che trascenda le definizioni ed i sistemi tradizionali. Il simbolo in quanto significante non convenzionale e in quanto estrapolante dalle categorie della logica sia deduttiva che induttiva, sarebbe il portatore di un « sensus absditus ». Il simbolo si porrebbe, secondo il Durand, come il restauratore dell'unità del vissuto, in una dimensione temporale comprensiva anche delle aspettative e quindi del futuro.

In questo senso, riduttiva viene giudicata la posizione di Freud che fa scaturire la simbolizzazione dall'unica matrice della libido, chiudendo così in uno stretto determinismo quella che per Durand è creazione. Lo stesso determinismo inficia la concezione del simbolo strutturalista e funzionalista, mentre più adeguata è per Durand la valutazione della funzione simbolica in Jung in quanto, pur essendo a sua volta in qualche misura deterministica, intende il simbolo come struttura organizzatrice delle immagini, capace di superare le concrezioni individuali, biografiche, regionali e sociali della formazione delle stesse. La funzione simbolica è dunque, per Durand, innovatrice ed autonoma: « ritmo notturno » che affianca, con non minore significatività, il « ritmo diurno » traduzione creativa del reale, con Bachelard e Ricoeur, espressione autonoma di un'umanità integrale e libera. Attendiamo un'adeguata fondazione dell'immaginazione simbolica riguardo non tanto al suo « dover essere » quanto alla sua realtà di fatto.

## PROSPETTIVE PSICOTERAPEUTICHE NEL TRATTAMENTO DEGLI ALCOOLISTI

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1977, pp. 120, L. 6.000

Sono raccolti in questo volume gli atti del X Convegno della Sezione di Psicoterapia Medica tenutosi ad Ancona il 22-23 Novembre 1975. Obiettivo di studio è la terapia o l'insieme di terapie più idonee al trattamento della tossicomania da abuso di alcool. L'interesse dei vari contributi è accentratissimo sulle possibilità ed i limiti della psicoterapia in quanto strumento atto a rimuovere i disadattamenti e le conflittualità individuali e sociali che inducono all'etilismo. Le difficoltà da superare nel trattamento psicoterapico dell'alcoolista sono considerevoli per quanto riguarda il rapporto fra il paziente, il terapeuta ed i congiunti del primo che, solitamente, lo inducono alla cura. Le dinamiche interne a questo rapporto porterebbero, salvo un efficace controllo dell'analista, ad una colpevolizzazione ed esclusione del paziente, riproducendo così un'altra volta gli stessi motivi che sono alla base del suo alcoolismo e lo alimentano. D'altra parte, una terapia ben condotta, estesa anche all'ambiente familiare del paziente, può portare nel tempo alla risoluzione dei suoi conflitti e quindi al decadere dell'abitudine. Del resto è indubbia la necessità di risolvere i problemi di socializzazione del paziente nonché l'utilità strumentale nei suoi confronti di un discorso allargato che lo reinserisca, ancora nell'ambito della cura, in un normale rapporto con gli altri. A questo proposito, particolare efficacia mostrano le terapie di gruppo. Accanto alla psicoterapia, oltre il normale trattamento farmacologico necessario alla disintossicazione organica del soggetto, ed evidentemente in combinazione con questo, il condizionamento ipnotico dà, in percentuale abbastanza considerevole, risultati positivi. Il problema resta quello della recidività e quindi della stabilizzazione dei motivi di disassuefazione che, senza condurre all'astinenza, dovrebbero permettere una reintegrazione del rapporto del paziente con l'alcool ai normali livelli.

M. A.

## PIERRE MARCHAIS, P.B.N.

### METAPSICHIATRIA

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1976, pp. 153, L. 7.000

Una riflessione sui metodi, i principi, le strutture, l'organizzazione dei modelli della psichiatria è ciò che Pierre Marchais, psichiatra dell'ospedale Foch, si propone in questo libro come assunto positivo, « pars construens ».

Metapsichiatria, quindi come riflessione sulla psichiatria, deduzione nel senso di fondazione della psichiatria per ciò che legittimamente può e deve essere. L'assunto è vasto ed importante ed il Marchais lo affronta dalle origini, ponendosi addirittura, sia pure in modo che non sembra possa dar luogo a feconde evoluzioni, il problema del rapporto fra conoscenza sensibile e conoscenza razionale. Chiaro che la conoscenza sensibile fornisce il materiale che in questo senso può anche non essere ancora « contenuto » e la razionalità lo organizza. A meno che non si attribuisca qualche movimento d'organizzazione alla stessa sensibilità, in questo caso già percezione, il che, come tutti sanno, è ipotesi tutt'altro che da escludere. Ancora una volta, quindi, si tratta d'intendersi sui termini.

Il Marchais sembra affrontare il problema in modo del tutto tradizionale, mentre più interessante è la prospettiva di un'evoluzione della psichiatria come scienza ipotetico-deduttiva, tenendo conto del funzionalismo che consente nel contempo una maggior generalizzazione ed una maggior precisione e degli isomorfismi che rendono possibili fertili agganci con le altre scienze.

Come ogni scienza, la psichiatria ha da utilizzare dei modelli che, necessari metodologicamente, non devono poi diventare elementi di chiusura, struttura coibente, ma devono essere punti di riferimento da trattare con una certa mobilità. Il Marchais, insomma, propone una meto-

dologia per una scienza aperta, in continua trasformazione, in costante e feconda utilizzazione delle suggestioni che l'evoluzione del discorso scientifico in generale comporta.

Nell'affrontare il problema del metodo della psichiatria, poi, il Marchais non poteva trascurare quello dell'oggetto. La definizione che oggetto di tale scienza sia il « disturbo mentale » può apparire scontata ma, se si considerano le cose dal punto di vista dell'antipsichiatria, è chiaro che si ha un radicale mutamento di prospettiva. È proprio contro l'antipsichiatria che si rivolge la « pars destruens » dello studio del Marchais. Che in realtà non riesce ad attribuire una consistenza specifica al disturbo mentale dal momento che non va oltre il collegamento di tale disturbo (« diversità » secondo l'antipsichiatria, e secondo ogni sistema che non presupponga un'assiologia) a fattori individuali, di ordine genetico e/o biologico oltre che ambientale. Il disturbo mentale considerato come tale resta per ipotesi l'oggetto della psichiatria che non può che ritorcere sull'antipsichiatria l'accusa di fare del nominalismo logico. Come dicevamo sopra, anche qui si tratta di una questione di termini che però, in questo caso, sottende un discorso socio-politico estremamente vasto che neanche la sostituzione del termine « diverso » a quello di « malato », o viceversa, può far considerare concluso.

M. A.

## FERDINAND ALQUIÉ

### DESIDERIO DI ETERNITÀ

Coll. Psiche e Storia

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1977, pp. 130, L. 7.000

L'argomento che Ferdinand Alquié affronta in questo saggio è fra i più travagliati della storia del pensiero. Si tratta, senza meno, del problema del tempo e quindi, al fondo, del rapporto Uno-molteplice. Inutile rifare la storia di tale questione dal momento che, a partire da Eraclito e Parmenide e addirittura prima, con Talete, Anassimandro, Anassimene, il rapporto fra ciò che si può considerare origine ed elemento unificatore del reale e le sue manifestazioni, diciamo fra l'Essere ed i suoi modi, connesso evidentemente a quello del permanere e del divenire, è stato dibattuto da chiunque si sia proposto di chiarire in qualche modo il significato di quel verbo così essenziale alla nostra sistemazione e comprensione del reale, che è il verbo « essere ». Pur affrontando il problema del tempo soprattutto come modalità del vissuto, l'Alquié non poteva dunque tralasciare di dare un supporto teorico alla sua indagine. L'approccio alla questione nasce dal vissuto, ma al vissuto torna solo dopo un essenziale chiarimento, attraverso la storia della filosofia, dei termini del problema.

L'Alquié osserva come l'atteggiamento dell'uomo nei confronti degli eventi sia caratterizzato da una tendenza a rifiutarne la delimitazione. Mentre la coscienza di qualcosa è, strutturalmente, coscienza di qualcosa di definito e distinto ed è quindi, allo stesso tempo, assunzione ed esclusione, assenso e negazione, la struttura affettiva dell'uomo tende ad eliminare il momento della negazione ed a superare quindi la regolamentazione del dato.

Tale « passione d'infinito », secondo la definizione dell'Autore, che si tradurrebbe poi solo in indefinitezza ed astrazione, influenza anche ovviamente, e su questo tema soprattutto si appunta l'attenzione dell'Alquié, l'atteggiamento dell'uomo di fronte al mutare degli eventi, al passare delle cose e quindi al tempo. L'accettazione del tempo è condizionata e derivante da quella del cambiamento, cioè del fatto che le cose che erano non sono più tali, quindi, in certa misura, non sono più. Per di più, il tempo si presenta come struttura irreversibile, certi eventi non possono essere cancellati: il « quod factum, infectum fieri non potest » diventa una prigione in quanto eliminazione di molti « possibili » per un solo « reale ». Chiaro che tale rapporto dell'affettività con il tempo ed il mutare, viene corretto, in diverse misure, dalla razionalità. Tuttavia, è

l'affettivo in quanto elemento che influirà sulla risultante sia dell'atteggiamento conoscitivo, sia di quello volontario e quindi sul comportamento del soggetto. Oltre questo fondamentale rifiuto della determinazione, del «no» del tempo e del cambiamento, c'è, secondo l'Alquié, un altro fattore che, in questo caso, opera come attaccamento al passato: l'esperienza della vita, dal caldo alveo del grembo materno in poi, è esperienza di separazione, di lotte, alla fine di sofferenza. Dunque il rifiuto del tempo è anche originato dalla paura. Ancora, l'applicazione di schemi precostituiti è più facile dell'invenzione di nuovi: il tentativo di evitare la fatica ci lega ancora una volta al «già fatto» e quindi al passato.

L'abitudine scandisce il ritmo dei nostri giorni. Continuando l'analisi, la negazione del tempo si traduce in desiderio o passione d'eternità, non nel senso evidentemente di un prolungamento indefinito del tempo, ma in quanto realtà positiva dell'atemporalità. Ciò traduce una tensione nei confronti dell'unità che si rileva anche come imprescindibile tendenza logica all'organizzazione dei «molti» in sistema attraverso lo schema della casualità razionalizzante la successione temporale, dal momento che, come dimostra Hume, senza tale schema ci troviamo di fronte ad una semplice collezione di eventi senza necessità che non rende ragione del loro svolgersi.

Con tale analisi quella «passione d'eternità» operante finora solo sul piano affettivo, viene radicata in un'esigenza di unità strutturale al pensiero, mentre nel contempo si rileva l'inconciliabilità di tempo ed eternità o, se si vuole, di umano e divino, l'infinito trascendere i molti di ogni causa prima, sia pure storicizzata. Cartesio è, per l'Alquié, colui che, iniziando a suo modo il processo di divinizzazione dell'uomo, tramite il richiamo alla soggettività di contro alla tirannia dell'oggetto, ha tuttavia, «saggezza» di Cartesio, lasciato ad ognuno il suo posto.

All'uomo, dunque, l'operare nelle sue dimensioni, nello spazio e nel tempo: l'eternità è per lui veramente solo una passione. Il problema del rifiuto affettivo del tempo non riceve così indicazioni di soluzione perché l'Autore, partito da osservazioni sul vissuto, si appassiona poi particolarmente all'indagine teorica. È quindi, alla fine, soprattutto in questa dimensione che il saggio dell'Alquié si situa.

M. A.