

GGIORNAMENTI DI ICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

1-2
1975

EDITORIALE

CONFLITTI D'IDENTITÀ NEGLI ADOTTATI

A.D. SOROSKI - A. BARAN - R. PANNOR

LA MARIJUANA: TRAMPOLINO VERSO ALTRE DROGHE?

NECHAMA TEC

ARTICOLAZIONE DEL CODICE GENETICO E DEL CODICE LINGUISTICO IN PSICOTERAPIA

J. COSNIER

ASPETTI CULTURALI DELLA PSICOTERAPIA

E.D. WITTKOWER - H. WARNES

ALCUNE NOTE CRITICHE SULLA TEORIA PSICOANALITICA DEL NARCISISMO

S. BIRAN

IL MITO DELLA PSICOTERAPIA (II)

TH S SZASZ

RECENSIONI

NOTIZIE SUI CONGRESSI

REDAZIONE: GIOVANNI GUASPARRI, MARGHERITA LIZZINI, GIANDOMENICO MONTINARI, LIA OELKER, PIERO PESSI, GIOVANNI ROBERT, DIMITRI SOBRERO, ELENA GIORDANO. SEGRETARIA DI REDAZIONE: GABRIELLA GHISELLI. CONSULENTE LINGUISTICO: ALFREDO CADONNA. DIRETTORE RESPONSABILE: GIANDOMENICO MONTINARI.

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TELEF. 541092. ANNO 4°, NUM. 1-2 GENNAIO-GIUGNO 1975. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV. PREZZO DI UN FASCICOLO L. 2000, ESTERO L. 3500, ARRETRATO L. 3500, ABBONAMENTO ANNUO L. 7000, ESTERO L. 12.000. 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.

SOMMARIO

- 5 EDITORIALE
- 7 CONFLITTI D'IDENTITÀ NEGLI ADOTTATI
A.D. SOROSKI - A. BARAN - R. PANNOR
- 19 LA MARIJUANA: TRAMPOLINO VERSO ALTRE DROGHE?
NECHAMA TEC
- 29 ARTICOLAZIONE DEL CODICE GENETICO E DEL CODICE LINGUISTICO IN PSICOTERAPIA
J. COSNIER
- 33 ASPETTI CULTURALI DELLA PSICOTERAPIA
E.D. WITTKOWER - H. WARNES
- 41 ALCUNE NOTE CRITICHE SULLA TEORIA PSICOANALITICA DEL NARCISISMO
S. BIRAN
- 45 IL MITO DELLA PSICOTERAPIA (II)
TH. S. SZASZ
- 51 RECENSIONI
- 57 NOTIZIE SUI CONGRESSI

EDITORIALE

Il fenomeno dell'adozione è affrontato nell'articolo di SOROSKI, BARAN e PANNOR come « fenomeno sociale » bersaglio di controversie e pregiudizi, e non è questa l'unica ragione per cui lo segnaliamo nella traduzione italiana. Il duplice interesse è costituito dall'esauriente riesame della letteratura sull'argomento compiuto dagli Autori (si vedano le cinquanta e più voci della bibliografia) nonché dalla « Discussione » che forma la seconda parte dell'articolo e che si propone di organizzare ed integrare i dati e le idee concernenti i conflitti di identità negli adottati, facendo fra l'altro uso di interviste dirette con gli interessati. Al lettore il veder chiaro non solo nella prospettiva generale su cui si fonda il lavoro ma anche sui particolari aspetti della situazione statunitense descritti dagli Autori (l'attivismo di organizzazioni come « Il Viaggio dell'Orfano » o l'ALMA, « Movimento per la libertà degli adottati ») nonché sulla loro proposta di « riforme » a livello di legislazione e di agenzie.

Presentare il lavoro di NECHAMA TEC sull'uso della marijuana ci è parso interessante sia come esempio di documentato approccio psico-sociologico al problema sia come ulteriore contributo al discorso portato avanti attraverso il numero speciale dell'annata 1974 « Problemi attuali in tema di tossicomanie », dove appunto la questione dell'asserito inevitabile passaggio dalla marijuana a sostanze più « pesanti » non veniva direttamente affrontato e messo in discussione. L'esauriente (nell'ambito degli Stati Uniti e altri paesi anglofoni) bibliografia ragionata che segue l'articolo potrà rivelarsi utile strumento per chi si interessa alla ricerca socio-psicologica in psichiatria.

Lo studio psicolinguistico di J. COSNIER risale all'occasione specifica del 9° Congresso Internazionale di Psicoterapia che si è svolto ad Oslo nel 1973 e che ha avuto per tema: « Che cos'è la psicoterapia? ». La traduzione di questa breve comunicazione è preliminare alla pubblicazione di un numero speciale sulla ricerca psicolinguistica e sui « tentativi di formalizzazione dei processi e rapporti psicoterapici » che abbiamo attualmente allo studio e che potrebbe essere edito entro l'anno. Per quanto riguarda in particolare le conclusioni di COSNIER esse sembrano ignorare la possibilità di qualcosa di diverso da una « codificazione dell'esistente » di tipo « riformato »: « ... ridare a quest'ultimo [il linguaggio] il suo posto ottimale, vale a dire, infine, rendere possibile per l'individuo *una migliore articolazione dei due codici che programmano la sua esistenza* ». (Corsivo nostro).

La psicoterapia culturale e interculturale è l'oggetto del lavoro dei due ricercatori canadesi WITTKOWER e WARNES. In sede di conclusione, essi affermano che la psicoterapia a orientamento analitico non è facilmente applicabile nei « paesi in via di sviluppo »: soprattutto per il numero insufficiente di psi-

livello culturale). A questo proposito ci si può anche riferire alla comunicazione presentata da Carlos Alberto Seguin nel corso dello stesso Congresso di Oslo e ai dati concernenti l'America Latina: «... il numero degli psichiatri è molto basso, ... essi risiedono nelle grandi città e la loro azione non è accettata dalla maggioranza della popolazione indigena... In Perù ci sono, ad esempio, 150 psichiatri su una popolazione che raggiunge quasi i 15 milioni... In Messico, dove gli abitanti sono 20 milioni, gli psichiatri sono meno di 300 [12 psichiatri per 800 mila abitanti]... In Columbia (20 milioni) ce ne sono meno di 200 e in tutta Haiti... ci sono 5 psichiatri e 19 posti letto per pazienti psichiatrici!» esclama Seguin in «What Folklore Psychotherapy Can Teach Us» (Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 24, N. 4-6, 1974).

L'articolo-sintesi di S. BIRAN, autore del più esteso «Zum Wesen und Begriff der Narzissmus», è un esempio di come può essere affrontata la «questione» (ridotta correntemente a mero questionnement senza conseguenze) che solo in apparenza può presentarsi separata (per deliberata miopia ideologica) dall'unica prospettiva e prassi «terapeutica» reale della specie umana decisa ad *abbandonare* «l'utopia in divenire del capitale» (si veda J. Camatte, «Invariance», N. 6, serie II, p. 9). In merito alla fondatezza delle critiche dell'Autore, si confrontino ad esempio questi due passi particolarmente ricchi di conseguenze: «Un "sentimento" dell'Io onnicomprensivo, con il quale si intende mettere in relazione il narcisismo, non è mai esistito» (S. BIRAN); «Il senso dell'Io di cui siamo consapevoli ora è solo un debole vestigio di un sentimento molto più esteso: un sentimento che abbraccia l'universo ed esprime un'inseparabile connessione dell'Io col mondo esterno» (S. FREUD, «Civilization and its Discontents», Hogarth Press, London 1930, citato da N.O. BROWN, «La vita contro la morte», Il Saggiatore, Milano 1968, p. 80).

Concludiamo in questo numero la pubblicazione del lavoro di Th. S. SZASZ sul «mito della psicoterapia»: per i motivi della scelta ci si può riferire al N. 4/1974 di «AGGIORNAMENTI» in cui è apparsa la traduzione della prima parte.

CONFLITTI D'IDENTITÀ NEGLI ADOTTATI

A.D. SOROSKI

A. BARAN

R. PANNOR

« IDENTITY CONFLICTS IN ADOPTED TEENS » È APPARSO SULLA RIVISTA « AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY », VOL. 45, N. 1, GENNAIO 1975. A.D. SOROSKI È PROFESSORE DI PSICHIATRIA PRESSO LA CHILD DIVISION DELLA UNIVERSITY OF CALIFORNIA A LOS ANGELES; ANNETTE BARAN OPERA A LIVELLO PRIVATO E DI RICERCA; R. PANNOR, INFINE, È DIRECTOR OF SOCIAL WORK AND RESEARCH PRESSO IL VISTA DEL MAR CHILD CARE CENTER SEMPRE A LOS ANGELES.

Un esame della letteratura e varie interviste con un vasto numero di adottati che si sono ritrovati con i genitori naturali, dimostra che gli adottati vanno più soggetti, rispetto al resto della popolazione, allo sviluppo di problemi di identità nella tarda adolescenza e

L'adozione come fenomeno sociale è sempre stata un centro di controversia emotiva ed è sempre stata soggetta ai pregiudizi di gruppi ad essa interessati. La struttura teoretica è stata ripetutamente attaccata da dati contraddittori e da risultati di ricerca. La vulnerabilità dell'adottato allo stress e il conseguente sviluppo di problemi psicologici sono stati enfatizzati da alcuni autori e contestati da altri. La maggior parte dei precedenti studi sugli adottati si sono concentrati sulla fanciullezza e sui primi anni dell'adolescenza. In questo saggio vorremmo richiamare l'attenzione sugli stadi di sviluppo psicosociale della tarda adolescenza e della prima giovinezza che riteniamo siano periodi particolarmente favorevoli allo sviluppo di problemi di identità negli individui adottati.

ERIKSON ha posto in rilievo che il problema dell'identità è che essa deve stabilire una continuità fra il passato e il futuro della società e che l'adolescenza, con tutta la sua vulnerabilità e potenza, li modifica entrambi criticamente. Il Comitato sulle Adozioni dell'Accademia Americana di Pediatria (1) ha concluso che la determinazione dell'identità è un processo abbastanza difficile, in molti casi, già per individui allevati da genitori naturali; è ancora più complesso per l'individuo adottato che non conosce la sua ascendenza. TEK (48) e FRISK (13) hanno descritto esempi di specifici conflitti di identità che si sviluppano in adolescenti adottati.

Sia in ambienti psichiatrici che in agenzie di adozione abbiamo incontrato

prese con problemi di identità e con un urgente bisogno di sapere di più sul loro *background* genealogico.

Un numero crescente di adottati adulti continua a insistere per avere il diritto civile, basato sulla costituzione, di aver accesso ai loro atti di nascita « sigillati », che, rivelerebbero la vera identità dei propri genitori naturali.

Due organizzazioni attiviste, il Viaggio dell'Orfano e il Movimento per la Libertà degli Adottati (ALMA), sotto la direzione rispettivamente di Jean M. Patton (29, 30, 32, 34) e di Florence L. Fisher (10-11), si sono date da fare per organizzare incontri fra adottati e genitori naturali, come pure per promuovere cause in tribunale sperando di operare un cambiamento nell'attuale legislazione sulle adozioni.

Esame della letteratura

Stiamo attualmente conducendo una ricerca sul risultato degli incontri fra adottati e genitori naturali, che speriamo getterà nuova luce sulla nostra comprensione della dinamica dell'adozione. Come passo preliminare abbiamo intrapreso un complesso esame della letteratura esistente, che si riferisce al verificarsi di problemi genealogici e allo sviluppo di conflitti di identità negli individui adottati. Per facilitare le cose abbiamo organizzato il materiale in quattro categorie di difficoltà psicologiche: a) disturbi nelle prime relazioni d'oggetto; b) complicazioni nella risoluzione del complesso edipico; c) il protrarsi della fantasia del « romanzo familiare »;

Disturbi nelle prime relazioni d'oggetto

Molti ricercatori hanno potuto dimostrare che la gravità dei problemi emozionali e di comportamento nei bambini e negli adolescenti adottati può essere direttamente correlata con l'età di adozione e con la durata della privazione precoce della madre (17, 26, 27, 28, 34, 52). Ne segue che questi disturbi continueranno ad avere difficoltà, inclusi problemi di identità, nella tarda adolescenza e nell'età adulta, come risultato dei segni traumatici conseguenti alle loro prime relazioni d'oggetto disturbate.

In situazioni in cui l'adozione si è verificata in giovane età, senza una privazione manifesta, è piuttosto difficile percepire le sottili inquietudini che potrebbero essersi presentate agli inizi della relazione del neonato adottato con la madre adottiva. Comunque, conoscendo la facilità con cui la madre adottiva va incontro a sentimenti di indegnità e di insicurezza per la sua sterilità, riteniamo che ci sia una maggiore probabilità che si sviluppino dei problemi che non nella diade naturale madre-bambino (17, 36). Sfortunatamente, studi basati sulla diretta osservazione della prima interazione adottiva non sono mai stati fatti.

GOLDSTEIN, FREUD e SOLNIT (15) hanno messo in evidenza che il periodo di attesa nell'adozione è spesso un periodo di insicurezza e di incertezza per i genitori. Non è, come dovrebbe essere, una buona occasione per sviluppare affetti sicuri e stabili. REEVES (38) ha

biologico precedente fra la madre e il bambino durante la prima maturazione del neonato porta ad una identificazione primaria intrinsecamente labile, che può abbattere e portare ad una esperienza di prematura disillusione sia per la madre che per il bambino. SCHWARTZ (48) e CLOTHIER (3) hanno affermato che la possibilità di conflitti nell'identificazione con i genitori adottivi è probabilmente maggiore per questi bambini, perché la figura sconosciuta dei genitori può continuare a esistere come un altro possibile modello di identificazione.

Complicazioni nella risoluzione del complesso edipico

EASSON (7) ha postulato che l'adolescente adottato trova difficoltà in tre aree di crescita emozionale che possono influenzare lo sviluppo di un'identità sessuale adulta stabile: 1) il processo di emancipazione dell'adolescente adottato dai genitori adottivi; 2) la risoluzione di conflitti incestuosi nel rapporto adottivo e 3) l'identificazione finale con il genitore dello stesso sesso e lo stabilirsi di una stabile relazione di crescita produttiva con il genitore dell'altro sesso.

Fra altri autori, SANTS (40) e TEK (48) hanno considerato che la risoluzione del complesso d'Edipo è particolarmente difficile per l'adottato. Inoltre SCHECHTER (41) e PELLER (33, 34) hanno consigliato di posporre la rivelazione dello status adottivo del bambino fino a dopo la risoluzione del conflitto edipico per evitare di complicare questo stadio del-

Prolungamento della fantasia del romanzo familiare

FREUD (12) ha proposto che, come parte del normale sviluppo del bambino, ci sono episodi in cui egli dubita di essere veramente il figlio naturale dei suoi genitori. Questa fantasia rappresenta un breve stadio ed è abbandonata una volta che il bambino accetta il fatto che può amare e odiare la stessa persona. CONKLIN (5) ha verificato questa teoria dopo aver intervistato un numero di bambini non adottati dagli 8 ai 12 anni di età, molti dei quali immaginavano di essere adottati. La CLOTHIER (2, 3, 4) ha discusso l'insolito dilemma del bambino adottato che ha in effetti due coppie di genitori. Egli non si può servire del romanzo di famiglia come di un «gioco», come fa il bambino naturale, perché per lui è una cosa «reale». Il bambino adottato può accettare come una realtà, per esempio, l'idea di provenire da genitori di elevato o di infimo grado sociale.

GLATZER (14) ha dimostrato che la fantasia del romanzo familiare sia rinforzata e prolungata nei bambini adottati. EIDUSON e LIVERMORE (8) hanno visto la fantasia del romanzo familiare come attivata da un sentimento di rifiuto da parte della madre adottiva, mentre KOHLSSAT e JOHNSON (20) l'hanno vista prolungarsi solo in quelle situazioni adottive in cui i genitori opprimono il bambino in grado elevato. Per contrasto, SCHWARTZ (43) non è riuscito a trovare nessuna indicazione di una fissazione o di un prolungamento della fantasia del romanzo familiare nei bam-

pensato che un bambino adottato avrebbe una maggiore tendenza a elevare l'immagine dei genitori adottivi e non quella dei genitori naturali di cui non ha avuto esperienza diretta.

SCHECHTER (4) ha messo in evidenza che il bambino adottivo ha l'opportunità di scomporre le immagini dei suoi genitori e di attribuire gli elementi buoni a una delle coppie e quelli cattivi all'altra. L'ansietà manifestata dal bambino spesso è da ricondursi alla possibilità di ritornare dai genitori naturali o all'idea che essendo stato dato via una volta per ragioni indeterminate, possa di nuovo essere dato via prima o poi, sempre per ragioni indeterminate, immaginarie. SIMON e SENTURIA hanno pensato che l'identificazione dell'adottato con i genitori « cattivi » è molto forte.

Confusione genealogica

La CLOTHIER (4) ha affermato che il trauma della separazione dell'individuo dai suoi antecedenti razziali sta al fondo di ciò che è peculiare alla psicologia del bambino adottato. Ella ha pensato che l'ego del bambino adottato, in aggiunta a tutte le normali richieste che gli vengono fatte, è chiamato a compensare la ferita lasciata dalla perdita della madre biologica. KORNITZER (21) ha affermato che la formazione dell'identità dell'adolescente è menomata, perché egli sa che una parte essenziale di se stesso è stata, come dire, tagliata via e rimane dall'altra parte della barriera dell'adozione.

FRISK (13) sostiene che la mancanza di conoscenza dell'ambiente familiare

salutare « ego genetico » che viene sostituito allora da un « fantasma ereditario ». Questi problemi s'intensificano durante l'adolescenza quando interessi più sentiti per la sessualità rendono l'adottato più cosciente del modo in cui l'uomo e le sue caratteristiche sono trasmesse di generazione in generazione. Quando questo « ego genetico » è oscuro, non si sa che cosa viene trasmesso alla generazione successiva. Inoltre, il sapere che i genitori naturali non sono stati capaci di badare a lui, è interpretato dall'adottato come una prova della loro inferiorità e fa sorgere la paura di essere affetto egli stesso da anomalie psichiche ereditarie.

WELLISH (51) ha richiamato l'attenzione sul fatto che una mancanza di conoscenza dei genitori naturali e degli antenati può essere una causa di incapacità di adattamento nei bambini. In circostanze normali uno non presta particolare attenzione alla sua genealogia; essa viene abitualmente accettata come un dato di fatto. SANTS (40) ha elaborato oltre queste idee e ha introdotto il termine « confusione genealogica ». Egli ha descritto uno stato di confusione e di incertezza che si sviluppa in un bambino che non ha conoscenza alcuna dei suoi genitori naturali oppure ne ha solo una conoscenza incerta. Molto spesso nell'adolescenza il bambino comincerà ad andare in cerca di indizi e, in alcuni casi, svilupperà un'ossessione intorno al suo passato genealogico. SANTS ha dimostrato come uno stato di confusione genealogica possa portare allo sviluppo di una scarsa autostima e a un confuso sentimento di iden-

grare nell'immagine di se stesso antenati conosciuti e può sviluppare la paura di commettere inconsapevolmente incesto con parenti di sangue.

SCHETCHER (41) si riferisce a una lettera di P.W. TOUSSIENG, che descrive un numero di casi in cui i bambini adottati incominciano nell'adolescenza a « vagabondare » quasi senza meta, sebbene a volte dichiarino di essere intenzionalmente alla ricerca dei fantastici « buoni, veri genitori ». TOUSSIENG (49) in seguito reinterpretò il fenomeno del « vagabondaggio » come una ricerca agita di oggetti stabili, attendibili e di oggetti introiettati che non furono mai forniti dagli evasivi genitori adottivi. Egli afferma che se le figure dei genitori mostrano chiaramente di vedere la presenza del bambino adottato come una ferita narcisistica, come una attestazione che essi stessi sono « danneggiati », il bambino, che sta cercando di identificarsi con genitori di questo tipo, può anche introiettare oggetti vacillanti e imperfetti.

FRISK (13) ha anche descritto il vagabondare senza sosta di alcuni adottati, che interpretò come una ricerca simbolica dei veri genitori, col proposito sottostante di scoprire quale era il loro vero carattere. Alcuni cercavano compagnia in gruppi sociali fondamentalmente diversi, a un livello inferiore di quello del resto della propria famiglia. Questa ricerca era « istintiva » e sembrava uno sforzo per trovare una identità di gruppo che corrispondesse al gruppo predestinato cui il bambino immaginava di appartenere.

Continua ad esserci una controversia

che gli adottati, in generale, hanno nei confronti del loro *background* genealogico. Alcuni autori sostengono che questo tratto è comune a tutti gli adottati e che non è un segno di disturbo emozionale, o di conflitto familiare (19, 25, 26, 36). SCHETCHER (42) scoprì fantasie manifeste riguardanti genitori naturali nel 45% di adottati intervistati. Molti di coloro che si occupano di adozione pensano che la sola ragione per cui la curiosità non affiora più prontamente nella maggior parte degli adottati è la preoccupazione di urtare i genitori adottivi.

Altri autori hanno dimostrato che la curiosità è maggiore nella famiglia adottiva in cui c'è stata una relazione tesa e si sono avute difficoltà nel parlare apertamente della situazione adottiva (3, 16, 18, 23, 47, 70). KORNITZER (21) ha affermato che più i genitori adottivi rendono le cose misteriose al bambino, più quest'ultimo ricorrerà alla fantasia. LEWIS (24) ha pensato che la ragione per cui molti adottati diventano distaccati e inaccessibili è dovuta al fatto che sono impegnati a fantasticare sulla loro parentela. La ROGERS (39) ha descritto l'inquietudine provata dall'adolescente adottato i cui genitori naturali gli sono stati « nascosti ». Ella ha postulato che ciò può portare a un'intensa curiosità e preoccupazione riguardo all'enigma della vita (l'inizio, la fine e per alcuni, persino lo scopo).

Altri hanno suggerito che la preoccupazione dell'adottato circa il proprio passato può dipendere semplicemente dalla sua particolare conformazione di personalità. Alcune persone sono intrinsecamente

le loro preoccupazioni genealogiche possono avere poco a che fare con lo stato adottivo (3). SENN e SOLNIT (45), d'altra parte, hanno affermato che le fantasie circa i genitori naturali mascherano di solito sentimenti e aspettative nei confronti dei genitori adottivi e hanno poco a che vedere con i genitori naturali di per se stessi.

Da un esame degli studi precedenti e dalle osservazioni abbiamo notato che certi stadi di sviluppo o certi eventi intensificano nella persona adottata la curiosità e acquiscono il suo interesse di acquisire ulteriori informazioni sul proprio *background* genealogico. Il ragazzo durante la pubertà prende coscienza del legame biologico che esiste tra le generazioni e comincia a vedere chiaramente se stesso come facente parte della catena che si estende dal presente al lontano passato. La tarda adolescenza e la prima giovinezza sono il periodo in cui i problemi di identità e i sentimenti sull'adozione diventano più intensi e le domande riguardanti il passato aumentano.

Anche il conseguimento legale dello stato adulto accelera gli interessi genealogici (6, 25). Un fidanzamento e un matrimonio prossimo risvegliano il desiderio di informazione e lo portano ad una intensità sorprendente (37, 50). Tali interessi possono essere acuiti anche da situazioni come stipulare un'assicurazione sulla vita (47), richiedere un certificato di nascita (23), essere maritati, sostenere gli esami per il servizio militare o dispute di proprietà (50).

La gravidanza provoca preoccupazioni circa sconosciute deficienze ereditarie.

adottivi crea un sentimento di perdita e allevia il senso di colpa e la preoccupazione di offendere i genitori adottivi (23, 50). La separazione e il divorzio fanno scattare sentimenti di rifiuto e di abbandono e aumentano l'interesse per i legami passati (58). La « crisi » della mezz'età è sentita da alcuni adottati come un'ultima possibilità di fare qualcosa per la madre naturale, che dovrebbe essere ormai anziana e forse bisognosa d'aiuto (50). In ultimo, l'avvicinarsi della vecchiaia può portare a una specie di bramosia di conoscere finalmente ciò che in precedenza non è stato possibile.

Alcuni adottati sviluppano un bisogno particolarmente pressante di saperne di più sui genitori naturali e, in alcuni casi sviluppa un impulso ossessivo di mettersi alla loro ricerca. La PLATON (29) riferisce che, del suo campione di 40 adottati adulti, la metà ha fatto prima o poi qualche tentativo per cercare i genitori naturali. La LEMON (23) ha citato alcuni casi di adottati adulti che si erano incontrati con i genitori naturali, ma non ha riferito niente del risultato. Ella considera gli adottati che cercano l'incontro come sofferenti di intensi sentimenti di separazione. SIMON e SENTURIA (46) hanno visto la fantasia dell'incontro con i genitori naturali come uno sforzo di elaborare la depressione che scaturisce da fantasie di abbandono. HUBBARD (16) consiglia che quando entrambe le parti vedono bene la riunione, l'adottato deve essere avvertito della possibilità di un contrasto fra il suo quadro immaginario dei genitori sconosciuti e la realtà.

che, a causa della personalità o di altri fattori particolari, è possibilissimo che ben pochi adottati si lasceranno dissuadere dal loro intento di incontrare i genitori naturali. Forse essi vedono un tale incontro come l'unica soluzione ai loro problemi. SMITH (47) ha sottolineato che, se entrambe le parti sono determinate a incontrarsi, l'agenzia d'adozione deve fungere da mediatore in grado di fornire protezione e sostegno. È interessante il risultato di un'indagine svolta di recente in Inghilterra: il 65% dei genitori adottivi intervistati pensava che l'adottato dovrebbe aver accesso al suo certificato di nascita solo dopo i 18 anni. Essi sembravano più preoccupati del benessere della madre naturale che del rifiuto del bambino nei loro confronti (44).

In Scozia, qualsiasi persona adottata che superi i 17 anni di età può scrivere o visitare gli Archivi di Edimburgo e, fornendo i dati che possiede su se stesso, chiedere una copia del certificato di nascita originale. TRISELIOTIS (50) ha studiato 70 adottati adulti che avevano fatto simili richieste per un periodo di due anni. Come ci si poteva aspettare, trovò che più essi erano insoddisfatti della relazione con la famiglia adottiva e di se stessi, più aumentava la possibilità che stessero cercando un incontro con i genitori naturali, laddove, quanto migliore era l'immagine di se stessi e dei genitori adottivi, tanto maggiore era la probabilità che stessero semplicemente cercando informazioni sul *background*. L'80% del gruppo trovò l'esperienza personalmente benefica. Adesso avevano qualcosa di tangibile su cui basare le loro prospettive gene-

rali e i loro sentimenti sul proprio *background* genealogico.

Discussione

Esaminando la letteratura siamo rimasti sorpresi nel trovare che, nonostante i molteplici riferimenti ai conflitti di identità negli adottati, nessuno finora ha tentato di organizzare e integrare queste idee. La maggior parte delle impressioni citate negli articoli erano formulazioni teoretiche basate su osservazioni cliniche di un limitato numero di casi. La ricerca nel campo della adozione è stata ovviamente ostacolata dalla *privacy* che necessariamente circonda un fatto così profondamente intimo e personale.

Noi abbiamo avuto l'opportunità di intervistare un vasto numero di adottati che sono alla ricerca dei genitori naturali o che hanno già realizzato l'incontro. Le nostre scoperte tenderebbero a convalidare le impressioni derivate dall'esame della letteratura e cioè che gli adottati sono soggetti più della popolazione in generale, allo sviluppo di problemi di identità nella tarda adolescenza e prima giovinezza a causa della maggiore probabilità di incontrare difficoltà nel processo di sviluppo degli aspetti psicosessuali, psicosociali e psicostorici della propria personalità. In alcuni di questi casi i conflitti si manifestano come preoccupazioni genealogiche o come desiderio di prendere contatto con i genitori naturali. Si può ritenere che, se non fosse per il timore di urtare i genitori adottivi o per la riluttanza ad intramettersi nella vita dei genitori naturali, questo ricerche e incontri na-

trebbero essere ancora più frequenti. Molti adottati sono afflitti da problemi esistenziali e da un senso di isolamento e di alienazione dovuto allo spezzarsi della continuità della vita attraverso le generazioni, che la loro adozione rappresenta. Per alcuni, il blocco esistente nel passato può creare la sensazione che si sia un blocco anche nel futuro. La formazione della identità dell'adottato dev'essere vista nel contesto del « ciclo della vita », in cui nascita e morte sono, inconsciamente, strettamente collegate. Ciò diventa evidente quando osserviamo che spesso il matrimonio, la nascita del primo bambino dell'adottato o la morte del suo genitore adottivo fanno scattare un senso di confusione genealogica ancora maggiore e un desiderio di cercare i parenti naturali.

Questo non significa che non ci siano adottati ossessionati dal bisogno di cercare i genitori naturali per problemi nevrotici o secondari a una relazione con i genitori adottivi emozionalmente arida. Alcuni di costoro sono ricercatori perpetui, che si arrestano sempre quando vedono che l'incontro sta per attuarsi. La ricerca stessa e le fantasie ad essa associate, sono il processo significativo che serve a tenere insieme queste persone. Sembrerebbe che questi individui quasi preferiscano vivere con le loro fantasie, prolungamento del classico tema del romanzo di famiglia, anziché affrontare la realtà di un incontro con il genitore naturale che potrebbe rivelarsi deludente. La preoccupazione ossessiva serve a reprimere dal livello conscio sentimenti di profonda solitudine e depressione.

queste altre situazioni, una speciale forma di quasi-ricerca, in cui l'adolescente adottato, per un certo periodo di tempo minaccia i genitori con l'idea di andarsene a cercare i genitori naturali. Questo è semplicemente un tipico esempio di *acting out* adolescenziale, non diverso dalle minacce del non adottato di fuggire o andare a stare per conto suo. Ad ogni modo i genitori adottivi sono particolarmente vulnerabili a questo tipo di minacce e spesso reagiscono in modo esagerato con l'intensa paura o rabbia, che servono solo a rafforzare nel ragazzo la capacità di manovrarli come vuole.

I genitori adottivi sono di solito molto insicuri e si sentono a disagio quando si arriva a parlare del concepimento e del *background* ereditario del figlio. Qualsiasi interesse dimostrato dall'adottato per l'incontro con i genitori naturali è visto dai genitori adottivi come indice del loro fallimento personale come genitori e come segno di ingratitude da parte del figlio. La loro paura di essere abbandonati dal bambino adottato sembra ricondursi a vecchi sentimenti irrisolti di separazione e perdita associati con la sterilità e il conseguente non aver bambini. È difficile per i genitori adottivi dissociarsi e vedere le preoccupazioni genealogiche del bambino come derivazione di conflitti di identità personale associati con la particolare esperienza psicologica dell'adozione.

Si ritiene generalmente che i genitori naturali desiderino sopprimere il ricordo della gravidanza e rifarsi una nuova vita. Ma questo può non essere sempre una regola: molte madri naturali si informano del benessere del loro bambino di ten-

to in tanto, presso le agenzie che si sono occupate inizialmente dell'adozione. Abbiamo ricevuto un gran numero di lettere da parte di madri naturali che, a conoscenza dei nostri sforzi di ricerca, offrivano di comunicarci i loro sentimenti. Generalmente esprimevano il desiderio di far avere al figlio informazioni sul loro conto e riceverne a loro volta. Nell'insieme esse sembravano rispondenti ai bisogni dei figli e la maggior parte sarebbero state d'accordo per un incontro, se fosse stato utile per l'adottato. La maggioranza espresse riluttanza a intromettersi o a spezzare la vita del bambino o dei genitori adottivi.

Le agenzie di adozione hanno contribuito alla confusione assumendo un ruolo protettivo e diventando in tal modo guardiani e censori della verità. Spesso i risultati sono stati negativi, in gran parte perché le informazioni date dalle agenzie di adozione sono state riconosciute oscure, irreali e quindi insoddisfacenti per l'adottato. Dati parziali non proteggono l'adottato, anzi gli fanno pensare che un'informazione completa gli

potrebbe rivelare « tremende verità ».

L'aura di segretezza è stata più di peso che di protezione anche per i genitori adottivi. Da una parte le agenzie di adozione hanno insistito sulla necessità di parlare presto e chiaramente dell'adozione; poi, d'altra parte, poco si è fatto per aiutare i genitori adottivi a trattare i complicati sentimenti che sorgono dall'identità duale dell'adottato, né sono stati educati a capire e a dissociarsi personalmente dalle preoccupazioni genealogiche e di identità del bambino.

È venuta l'ora che le agenzie di adozione stabiliscano programmi e mettano a punto procedimenti per venire incontro a queste richieste. L'agenzia dovrebbe cominciare con l'accogliere l'adottato adulto come un vero cliente che ha diritto a informazioni complete e alla cooperazione dell'agenzia. Il ruolo dell'agenzia di intermediario fra adottato, genitori naturali e genitori adottivi è un ruolo importantissimo. Dovrebbe essere considerato in un modo nuovo, più creativo.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (Committee on Adoptions): Identity development in adopted children. *Pediatrics*, 47, 948-949, 1971.
2. CLOTHIER F.: Some aspects of the problem of adoption. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 9, 598-615, 1939.
3. CLOTHIER F.: Placing the child for adoption. *Ment. Hygiene*, 26, 257-274, 1942. (*Reprinted in Smith F. ed. 1963. Readings in Adoption. Philosophical Library, New York*).

4. CLOTHIER F.: The psychology of the adopted child. *Ment. Hygiene*, 27, 222-230, 1943.
5. CONKLIN E.: The foster-child fantasy. *Amer. J. Psychol.*, 31, 59-76, 1920.
6. DALSHIMER B.: Adoption runs in my family. *Ms. (Aug.)*, 82-93, 112-113, 1973.
7. EASSON W.: Special sexual problems of the adopted adolescent. *Med. Aspects Hum. Sexuality (July)*, 92-105, 1973.
8. EIDUSON B., LIVERMORE J.: Complications in therapy with adopted children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 22, 795-802, 1952.
9. EVANS R.: Dialogue with Erik Erikson. Harper and Row, New York, 1967.
10. FISHER R.: The adoption triangle-why polarization: why not an adoption trinity. Presented at North American Conference on Adoptable Children, St. Louis, Mo., 1972.
11. FISHER F.: The Search for Anna Fisher. Arthur Fields, New York, 1973.
12. FREUD S.: Family romances. *In* Collected Papers, Vol. 5, J. Strachey, ed. 1950, Hogarth Press, London, 1909.
13. FRISK M.: Identity problems and confused conceptions of the genetic ego in adopted children during adolescence. *Acta Paedo Psychiatrica*, 31, 6-12, 1964.
14. GLATZER H.: Adoption and delinquency. *Nerv. Child*, 11, 52-56, 1955.
15. GOLDSTEIN J., FREUD A., SOLNIT A.: Beyond the Best Interests of the Child. The Free Press, New York, 1973.
16. HUBBARD G.: Who am I? *The Child*, 11, 130-133, 1947. (*Reprinted in* Smith E., ed. 1963. *Readings in Adoption*. Philosophical Library, New York).
17. HUMPHREY M., OUNSTED C.: Adoptive families referred for psychiatric advice: part I, the children. *Brit. J. Psychiat.*, 109, 599-608, 1963.
18. JAFFE R., FANSHIEL D.: How They Fared in Adoption: A Follow-up Study. Columbia University Press, New York, 1970.
19. KIRK H.: Shared Fate. The Free Press, New York, 1964.
20. KOHLSAAT B., JOHNSON A.: Some suggestions for practice in infant adoption. *Soc. Casewk.*, 35, 91-99, 1954.
21. KORNITZER M.: The adopted adolescent and the sense of identity. *Child Adoption*, 66, 43-48, 1971.
22. LAWTON J., GROSS S.: Review of psychiatric literature on adopted children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 11, 635-644, 1964.
23. LEMON E.: Rear view mirror: an experience with completed adoptions. *The Soc. Wker.*, 27, 41-51, 1959.
24. LEWIS R.: The psychiatric aspects of adoption. *In* Modern Perspectives in Child Psychiatry. J. G. Howells, ed. Brunner/Mazel, New York.
25. LINDE L.: The search for mom and dad. *Minnesota Welfare (Summer)*: 7-12, 47, 1967.
26. MCWHINNIE A.: Adopted Children and How They Grow Up. Routledge and Kegan Paul, London, 1967.
27. MCWHINNIE A.: Who am I? *Child Adoption*, 62, 36-40, 1970.
28. OFFORD D. et al.: Presenting symptomatology of adopted children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 20, 110-116, 1962.

29. PATON J.: The Adopted Break Silence. Life History Study Center, Acton, Calif., 1954.
30. PATON J.: Three Trips Home. Life History Study Center, Acton, Calif., 1960.
31. PATON J. (a.k.a. R. KITTSON): Orphan Voyage. Vantage, New York, 1968.
32. PATON J.: The American orphan and the temptations of adoption: a manifesto. Presented at The World Conference on Adoption and Foster Care, Milan, Italy, 1971.
33. PELLER L.: About telling the child about his adoption. Bull. Philadelphia Assoc. Psychoanal., 11, 145-154, 1961.
34. PELLER L.: Further comments on adoption. Bull. Philadelphia Assoc. Psychoanal., 13, 1-14, 1963.
35. PRAGER B., ROTHSTEIN S.: The adoptee's right to know his natural heritage. N.Y. Law Forum, 19, 137-156, 1973.
36. PRINGLE M.: Adoption: Facts and Fallacies. Longmans Green, London, 1967.
37. RAUTMAN A.: Adoptive parents need help, too. Ment. Hygiene, 33, 424-431, 1959. (*Reprinted in* Smith E., ed. 1963. Readings in Adoption. Philosophical Library, New York).
38. REEVES A.: Children with surrogate parents: cases seen in analytic therapy, an etiologic hypothesis. Brit. J. Med. Psychol., 44, 155-171, 1971.
39. ROGERS R.: The adolescent and the hidden parent. Comprehens. Psychiat., 10, 296-301, 1969.
40. SANTS H.: Genealogical bewilderment in children with substitute parents. Child Adoption, 47, 32-42, 1965.
41. SCHECHTER M.: Observations on adopted children. Arch. Gen. Psychiat., 3, 21-32, 1960.
42. SCHECHTER M. et al.: Emotional problems in the adoptee. Arch. Gen. Psychiat., 10, 109-118, 1964.
43. SCHWARTZ M.: The family romance fantasy in children adopted in infancy. Child Welfare, 49, 386-391, 1970.
44. SEGLOW J., PRINGLE M., WEDGE P.: Growing Up Adopted. National Foundation for Educational Research, Windson, Berks, 1972.
45. SENN M., SOLNIT A.: Problems in Child Behavior and Development. Lea and Febiger, Philadelphia, 1968.
46. SIMON N., SENTURIA A.: Adoption and psychiatric illness. Amer. J. Psychiat., 122, 858-868, 1966.
47. SMITH E. (ed.): Readings in Adoption. Philosophical Library, New York, 1963.
48. TEC L. et al.: The adopted child's adaptation to adolescence. Amer. J. Orthopsychiat., 37, 402, 1967.
49. TOUSSIENG P.: Thoughts regarding the etiology of psychological difficulties in adopted children. Child Welfare, 41, 59-65, 1962.
50. TRISELIOTIS J.: In Search of Origins: The Experiences of Adopted People. Routledge and Kegan Paul, London, 1973.
51. WELLISCH E.: Children without genealogy: a problem of adoption. Ment. Hlth., 13, 41-42, 1952.
52. WITMER H. et al.: Independent Adoptions: A Follow-up Study. Russell Sage Foundation, New York, 1963.

DAILY

CENTRO DI SOCIOTERAPIA

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 6 a 18 mesi, essendo previsti in seguito particolari « programmi », adatti alle esigenze lavorative, scolastiche e terapeutiche di ogni singolo paziente.

Le tariffe sono circa un terzo 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 010-38.12.88.

LA MARIJUANA: TRAMPOLINO VERSO ALTRE DROGHE?

NECHAMA TEC

NECHAMA TEC È PROFESSORE DI SOCIOLOGIA AL TRINITY COLLEGE DI HARTFORD CONNECTICUT, E DIRETTORE DELLA RICERCA AL MID FAIRFIELD CHILD GUIDANCE CENTRE DI NORWALK. L'ARTICOLO « MARIHUANA AND OTHER ILLEGAL DRUGS » È STATO PRESENTATO IN UNA PRIMA VERSIONE NELL'AMBITO DEL SECONDO INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON DRUG ABUSE, GERUSALEMME MAGGIO 1972, E QUINDI PUBBLICATO SU « THE INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY », VOL. 20, N. 3-4, AUTUMN-WINTER 1974. (LA TRADUZIONE DELLA SECONDA PARTE DEL LAVORO SARÀ CONTENUTA NEL N. 3, 1975 DELLA NOSTRA RIVISTA).

Supporre che l'uso della marijuana porti ad utilizzare droghe illegali più potenti rimane una giustificazione parziale per le severe leggi di cui questa

teoria del trampolino di lancio (the stepping stone theory), questa tesi ha suscitato vaste e continue attenzioni. In questo saggio ci occupiamo appunto del significato, dell'origine e della verità di questa teoria.

Il significato e l'origine

Paradossalmente, sono le stesse definizioni legali che hanno contribuito a fondare l'attuale attitudine ad associare empiricamente marijuana e altre droghe illegali. In realtà, nella misura in cui le attuali leggi trascurano di fare una distinzione netta fra i diversi tipi di droghe psicoattive, una certa aura di uniformità circonda tutte le sostanze consumate illegalmente. Questa relativa uniformità nelle definizioni legali si riflette in una certa misura, negli atteggiamenti e nelle procedure delle agenzie che presiedono all'applicazione della legge. Più importante comunque è il fatto che questa mancanza di differenziazione contribuisce alla diffusa tendenza del pubblico a fare un unico fascio di tutte le droghe illegali.

Un approccio così semplicistico alle droghe illegali è imputabile al Federal Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs (1), la cui esistenza si fonda in gran parte su una definizione di tutte le droghe illegali estremamente ampia ed univoca. In effetti, se il Bureau avesse messo in risalto le differenze fra le varie droghe anziché le somiglianze, si sarebbe forse arrivati a concludere che il lavoro sarebbe stato svolto in maniera migliore da agenzie separate. Senza entrare nel campo dei motivi consueti e inaccoppiati, notiamo il fatto che

il Bureau, nella sua qualità di agenzia, ha esercitato una notevole influenza e un notevole potere. Ed è precisamente a causa di questa influenza e di questo potere che è riuscito a penetrare all'interno di diversi canali dei mass media e per questo tramite a plasmare l'opinione pubblica.

Inutile dire che l'importanza di questa Agenzia crebbe solo gradualmente, man mano che ogni nuova droga veniva dichiarata illegale. Con l'introduzione e/o un cambiamento della legge, ANSLINGER, da molto tempo direttore del Bureau, si sentiva costretto a spiegare e a giustificare ogni mossa al pubblico. I punti di vista e le interpretazioni di ANSLINGER divennero, per merito soprattutto dei mezzi che la sua posizione gli permetteva di controllare, estremamente influenti nonché largamente citate.

Per quanto concerne il Marihuana Act del 1937, le giustificazioni addotte dopo il passaggio della legge, e anche in seguito, erano basate sull'idea che l'uso della marijuana induce a crimini violenti. In quell'occasione l'opinione pubblica fu sottoposta, attraverso i canali dei mass media e attraverso specifiche pubblicazioni, ad un massiccio bombardamento fatto di storie sconvolgenti corredate di esempi raccapriccianti: il tutto a sostegno dell'ipotesi di fondo sopracitata. Quando però la teoria secondo cui l'uso di marijuana conduce al crimine cominciò ad essere attaccata, il Bureau adottò una serie di giustificazioni di tipo nuovo: la « teoria del trampolino ». Com'era stata presentata inizialmente, l'ipotesi fondamentale era che l'uso della marijuana con-

gressivamente all'uso e alla dipendenza dagli oppiacei è sempre in agguato duce inevitabilmente alla dipendenza dall'eroina (2). Secondo le parole di ANSLINGER «... per i consumatori di marijuana il pericolo di accedere pro- ("always lurks in the background") » (3). Né questa posizione di fondo si è modificata col passare del tempo. Una pubblicazione ufficiale, e relativamente recente, dell'Agenzia asserisce che il fatto di fumare una sola sigaretta a base di canapa indiana costituisce «... un pericoloso primo passo sulla strada che conduce di solito a divenire schiavi dell'eroina » (4).

Ben presto apparve una versione più generalizzante della teoria del trampolino di lancio, secondo la quale il consumo di marijuana conduce non solo all'eroina ma anche alla dipendenza da sostanze più potenti. Fra queste ultime, diverse sostanze allucinogene, amfetamine e la maggior parte dei farmaci che alterano l'umore.

Nata dalle dichiarazioni del Bureau of Narcotics, la teoria del trampolino divenne largamente diffusa. Tale diffuso interesse fu a sua volta all'origine di dibattiti e controversie molto accese. In parte, fu proprio questo confuso clima di dispute e controversie a determinare il debole impatto che sul dibattito in corso ebbe la sfida relativamente prematura rappresentata da quello studio degno di rispetto che è il Rapporto La Guardia (« La Guardia Study »). A quanto pare, il tono spassionato con cui si affermava l'assenza di prove a sostegno della tesi secondo cui il consumo di marijuana conduce al consumo

te (5). Anche se alcuni anni dopo si cominciò a prestare attenzione a queste scoperte, resta comunque il fatto che gli argomenti pro e contro la tesi del « trampolino » sono ancora in primo piano. Spesso i due partiti contrapposti utilizzano gli stessi dati ma li presentano in maniera diversa in modo da sostenere la propria posizione, omettendo magari di considerare qualche riquadro della tabella statistica.

In realtà, dati relativamente uniformi provenienti da una varietà di fonti ci dicono che oltre il 90 % dei consumatori di eroina ha provato e/o ha fatto uso di marijuana prima di sperimentare l'eroina. È anche dimostrato che quasi tutti i consumatori di LSD, di amfetamine e della maggior parte delle altre droghe, ha fatto uso inizialmente di marijuana. Sono queste le cifre citate a sostegno della teoria del « trampolino ».

Rovesciati, comunque, gli stessi dati mostrano che di tutti i consumatori di marijuana solo un'esigua minoranza diventa dipendente dall'eroina. Egualmente vero è che di tutti coloro che usano marijuana solo un piccolo numero diventa dipendente da altre sostanze più potenti come i vari tipi di allucinogeni, le amfetamine e altre droghe non derivate dall'oppio (6). È appunto questa scoperta del fatto che solo una minoranza fra tutti i consumatori di canapa indiana è portata ad indulgere all'uso di sostanze più potenti, il dato ritenuto capace di invalidare la teoria del « trampolino ».

In effetti, nella letteratura non mancano autori che si sforzano di esaminare i risultati in maniera obiettiva. Al-

presenza simultanea di due forme di comportamento non rappresenta in se stessa una connessione casuale (7). Altri tendono a dare rilievo e ad analizzare la fragilità della logica intrinseca alla teoria del « trampolino » (8). Altri ancora sottolineano la complessità delle questioni implicite nella teoria, senza peraltro offrire precise alternative (9).

La verità nella teoria del trampolino di lancio

A livello più generale, una difficoltà seria e fondamentale inerente agli argomenti portati pro e contro la teoria del trampolino di lancio sta nella mancanza di chiarezza a proposito del significato e dei livelli delle analisi. In realtà, l'auspicabile chiarificazione e lo sviluppo di ulteriori ricerche eliminerebbero molta confusione e situerebbero il problema nella giusta prospettiva. Sembra pertanto che le discussioni intorno alla teoria in esame siano implicitamente condotte ad almeno tre distinti livelli: a) Farmacologico, b) Psicologico e c) Sociale. Riconoscere esplicitamente ciascuno di questi livelli potrebbe già essere un modo per chiarire l'intero problema.

Per quanto concerne innanzitutto gli aspetti farmacologici della marijuana, non c'è che una conclusione: come droga essa non induce tolleranza. Il che significa che mantenendo stabile la dose si continuano ad ottenere dalla sostanza effetti simili. Non esiste pertanto nessun bisogno fisiologico di modificare la dose. Strettamente collegata all'assenza di tolleranza è l'assenza di un insaziabile desiderio fisico di droga: così come non sono riscontrabili sin-

necessità di una disintossicazione (10).

Alla luce di queste proprietà farmacologiche, ci si può chiedere come può la marijuana creare forti desideri di consumare altre droghe più potenti, quando non è neanche in grado di provocare una dipendenza fisica per quanto concerne il suo stesso uso. In realtà, la letteratura suggerisce che se si considerano solamente le proprietà farmacologiche della marijuana (nell'ambito delle nostre attuali conoscenze) la teoria del trampolino può essere certamente scartata. Detto in altre parole, le proprietà della marijuana non creano, in e per se stesse, il bisogno di rivolgersi ad altre sostanze più potenti. Si tratterebbe comunque di risottolineare che questa conclusione si riferisce solamente al livello farmacologico, e inoltre si fonda sullo stato attuale delle nostre conoscenze, del resto in procinto di subire modificazioni di una certa portata.

Per quanto riguarda il livello psicologico della teoria del trampolino di

lancio, l'ipotesi secondo cui individui la cui personalità presenta determinati tratti sarebbero inclini al consumo della droga, sembra inattendibile. Così, sebbene i tratti in questione siano se mai definiti in maniera vaga, i presupposti di tali formulazioni si dimostrano certamente valide (11).

Coloro che asseriscono l'esistenza di queste personalità inclini all'uso della droga, affermano anche che tali individui costituiscono solo una ristretta minoranza della popolazione normale. È convinzione che queste persone inclini alla droga, sono portate a divenire dipendenti da qualsiasi droga disponibile, senza badare alle conseguenze (12). Più in particolare, i sostenitori di questa posizione ritengono che questi individui inclini alla droga procederanno, dopo aver provato la marijuana, alla scoperta di altre sostanze. Di più, qualora non fossero in grado di procurarsi la canapa a causa della loro conformazione psicologica, la sostituirebbero con un'altra droga.

TAVOLA I

Consumatori di altre droghe: percentuale su tutti i consumatori di marijuana e su tutti i consumatori regolari di marijuana.

	Percentuale su tutti i consumatori di marijuana *	Percentuale sui consumatori regolari di marijuana **
Eroina	5 %	10 %
Colle « sniffate »	16 %	23 %
LSD	30 %	66 %
Amfetamine	34 %	65 %

* Ciascuna percentuale si basa sullo studio di 541 persone che avevano fatto tutte qualche esperienza con

Per quanto riguarda l'idea secondo cui esistono personalità particolarmente inclini all'uso della droga, si può forse affermare che la maggior parte di esse iniziano con la marijuana a causa del suo costo relativamente basso e della sua facile reperibilità. Alcune fonti inglesi suggeriscono appunto che l'eroina tende a diffondersi quando la marijuana diventa introvabile (14). A questo proposito, anche alcuni rapporti relativi agli Stati Uniti affermano che quando la marijuana scarseggia essa viene sostituita con l'eroina (15).

Se si condivide l'idea secondo cui individui che hanno un bisogno psicologico di consumare droghe sono portati a ricorrere alla sostanza che in quella data situazione è più facilmente reperibile, si deve allora spiegare come una semplice coincidenza il fatto che i consumatori di sostanze più potenti usano o hanno usato marijuana? È un fatto, comunque, che le formulazioni circa le personalità inclini all'uso della droga sono piuttosto imprecise e non riescono quindi a fornire elementi a favore della teoria del trampolino. Certo, future ricerche e approfondimenti sui tratti psicologici di tali personalità potranno permettere di modificare le attuali conclusioni.

L'interpretazione a livello socio-culturale della teoria del trampolino comporta anch'essa molti problemi complessi che restano per ora irrisolti. Sembra ad esempio che la marijuana incontri un relativo favore fra i giovani indipendentemente dal loro livello socio-economico: il che non si può dire per

in particolare l'eroina, l'LSD, e in una certa misura le amfetamine. Si osserva infatti che in un ambiente sociale dove l'eroina è molto diffusa — il che accade generalmente nei quartieri-ghetto — l'LSD e le amfetamine non trovano accoglienza; al contrario, la gioventù bianca economicamente più agiata mostra più propensione per l'LSD, le amfetamine e per altre sostanze allucinogene.

Le ricerche ci dicono che in un contesto sociale dove esiste una grossa disponibilità di eroina e dove la diffusione di questa sostanza incontra una debole opposizione a livello sociale, il forte consumatore di marijuana tende a passare all'eroina; invece, in un contesto sociale in cui l'eroina non è vista di buon occhio, come ad esempio fra gli studenti universitari, il forte consumatore di marijuana tende a far uso di LSD (16).

Le fonti sono concordi nell'indicare che i consumatori abituali di marijuana hanno, rispetto ai consumatori casuali e occasionali, una maggiore tendenza a farsi coinvolgere nell'uso di altre droghe più potenti (17). Tuttavia sappiamo anche che fra tutti coloro che fanno uso di marijuana sono solo una minoranza quelli che diventano consumatori abituali.

Per avere una conferma empirica di queste idee possiamo riferirci ai risultati di una ricerca condotta su una comunità suburbana economicamente agiata che vive non lontano da New York City. I 1704 intervistati avevano un'età che variava dai 15 ai 18 anni (le ragazze erano il 52%, i ragazzi il 48%)

quontavano tutti l'unica « public high school » della città. Si consegnò un questionario a tutti gli studenti di questa scuola e, dato il tema dello studio, si adottarono una serie di precauzioni che permettessero al compilatore di rimanere anonimo: il questionario non doveva essere firmato e perché non fosse possibile riconoscere la calligrafia esso era fatto in modo tale che lo studente doveva semplicemente tracciare un segno sulla risposta che riteneva più appropriata. I fogli compilati venivano raccolti in una pila ed ogni studente poteva inserire il proprio fra gli altri nell'ordine che più gli piaceva. L'opportunità di tali misure sembrerebbe confermata dai risultati ottenuti: infatti, nonostante che la partecipazione fosse volontaria, ben il 94% degli adolescenti a cui si propose il questionario lo restituì convenientemente compilato.

Una larga parte delle informazioni ottenute tramite le risposte ai 75 punti del questionario riguardava il grado di coinvolgimento, gli atteggiamenti e le opinioni a proposito delle diverse droghe: marijuana, LSD, amfetamine, eroina e colle « sniffate ».

Confrontando il grado di diffusione di queste droghe, si vede che la marijuana è la sostanza più popolare: infatti il 32% degli intervistati ammetteva di averla provata. Il 12% era formato da consumatori regolari, un altro 12% da consumatori occasionali e infine l'8% da individui che l'avevano provata una volta sola (18). Più basse sono invece le percentuali relative al consumo delle altre droghe: LSD 12%; amfetamine

no del 2% (26 persone). Quest'ultima percentuale mostra chiaramente l'impopolarità dell'eroina fra la gioventù che studia.

Quando però si restringe l'attenzione sulla sola parte del campione che ha dichiarato di aver provato la marijuana (il suddetto 32%), si nota un incremento notevole nelle percentuali relative all'uso delle altre droghe: eroina 5%; colle « sniffate » 16%; LSD 30%; amfetamine 34%. Se infine si considerano i soli consumatori regolari di marijuana, le percentuali salgono ulteriormente: il 10% di costoro ha provato l'eroina, il 23% le colle « sniffate », il 66% l'LSD, il 65% le amfetamine (si veda la Tavola I).

I dati ottenuti attraverso il nostro studio non hanno nulla di eccezionale e non fanno che confermare le conclusioni a cui già altri sono giunti: ovvero che l'uso della marijuana tende ad essere in relazione con l'uso di altre droghe più potenti e che la scelta fra queste sostanze più potenti dipende a sua volta dal grado di approvazione che esse riscuotono in un dato contesto sociale. È appunto sulla base di queste conclusioni che GOODE elabora l'interpretazione che ora esporremo.

Un maggiore coinvolgimento nell'uso della marijuana implica una maggiore integrazione in una sub-cultura della droga, il che presuppone a sua volta lo sviluppo di atteggiamenti e valori favorevoli alle varie droghe illegali diffuse in quel dato ambiente. Secondo GOODE è questa integrazione in una sub-cultura della droga a favorire l'uso di altre

che possiamo dunque considerare come in parte responsabile del passaggio a sostanze più potenti, non è tanto il semplice uso della marijuana quanto piuttosto l'integrazione in una sub-cultura della droga (19).

Nei termini della teoria del trampolino sembra dunque che il maggior coinvolgimento nel consumo di marijuana legato alla maggiore integrazione in una sub-cultura della droga, conduca effettivamente l'individuo a far uso di droghe illegali più potenti. È necessario comunque tener presente che l'esistenza di una tale sub-cultura dipende in larga misura dalle definizioni culturali e dai *patterns* sociali che hanno appunto per oggetto le diverse droghe. È possibile infatti constatare che il facile accesso al consumo di una determinata droga può impedire lo sviluppo di una sub-cultura deviante. I medici tossicomani, ad esempio, non vengono considerati come appartenenti ad una sub-cultura deviante (20). Secondo SCHUR, il fatto che in Inghilterra non si sia sviluppata una sub-cultura di questo tipo, dipende appunto dalla legislazione inglese che regola la fornitura di droga al tossicomane (23).

Questo modo di ragionare secondo cui la « responsabilità » per l'uso della droga finisce per dipendere da definizioni legali e dalla loro applicazione, esprime, a nostro avviso, una fondamentale debolezza della teoria del trampolino. Ad un'analisi approfondita, essa si rivela infatti una teoria che fa nascere dei problemi invece di risolverli. Inoltre, le stesse questioni da esse sollevate

strumenti d'indagine al ricercatore, ma addirittura impediscono lo svilupparsi di un'analisi fruttuosa. Se la pericolosità della marijuana consiste essenzialmente nel fatto ch'essa favorisce il passaggio a droghe più potenti, si può allora affermare che si tratta di una sostanza innocua? E viene inoltre da chiedersi: perché ci si preoccupa tanto della marijuana? perché non si insiste invece sulla necessità di sradicare e/o studiare le altre droghe più potenti e più pericolose?

È noto che le nostre conoscenze a proposito della marijuana in quanto droga sono relativamente scarse e che solo lunghe e approfondite ricerche potranno permetterci di far piena luce su questa sostanza. Si può osservare a questo proposito, che coloro che si occupano del problema e mantengono come punto di riferimento centrale la teoria del trampolino, oltre a generare ulteriore confusione e a ottenere risultati frammentari, finiscono addirittura per trascurare lo studio della marijuana in quanto tale. In altre parole, il fatto di insistere sulla questione se la marijuana favorisce o non favorisce il passaggio ad altre droghe, tende a far perdere di vista i numerosi e complessi problemi insiti nello studio della marijuana in quanto tale.

Considerazioni conclusive

Riassumendo, abbiamo posto al centro del nostro studio la teoria del trampolino di lancio, vale a dire la teoria secondo cui l'uso della marijuana favorisce

potenti. La nostra analisi ha messo in luce le insufficienze di tale teoria tanto a livello logico che empirico, e ha suggerito che un modo per ovviare a queste carenze potrebbe essere quello di procedere ad una chiarificazione dei diversi livelli di interpretazione. Abbiamo distinto tre livelli: farmacologico, psicologico e socio-culturale. Dal punto di vista farmacologico, e sulla base delle nostre attuali conoscenze, ci è sembrato di poter concludere che la teoria del trampolino non regge.

Per quanto concerne il livello psicologico, abbiamo notato che le interpretazioni correnti mancano in generale di specificità. Alcune di queste interpretazioni affermano che determinati individui, a causa di loro specifiche caratteristiche psicologiche, possono essere definiti « personalità inclini all'uso della droga » (*drug prone personalities*). Secondo questa ipotesi tali personalità sono portate ad usare qualsiasi droga si trovi a loro disposizione. Resta comunque il fatto che i particolari tratti che determinano questo tipo di personalità non vengono ben definiti. Nonostante questa indeterminatezza, che non fa che sottolineare la necessità di ulteriori ricerche, abbiamo voluto tentare alcune conclusioni. Se si ammette l'esistenza di personalità inclini all'uso della droga, si deve allora anche ammettere che è la loro conformazione psicologica e non la marijuana ciò che le spinge a far uso di droghe pesanti. Inoltre, il fatto che venga usata prima la marijuana e dopo altri tipi di droghe, dipende semplicemente dalla più facile reperibi-

lità di questa sostanza.

Dal punto di vista socio-culturale, l'idea secondo cui un maggiore coinvolgimento nell'uso della marijuana è in stretto rapporto con una maggiore integrazione in una sub-cultura della droga, suggerisce che l'individuo è portato a far propri atteggiamenti e valori favorevoli a tutte le droghe peculiari alla sub-cultura in cui è inserito. Tali atteggiamenti favorevoli sono appunto in grado di ridurre la resistenza dell'individuo di fronte al consumo di droghe più potenti. Dal punto di vista socio-culturale, sarebbe dunque possibile concludere che il consumo di marijuana è effettivamente un primo passo verso l'uso di altre sostanze più forti.

Spingendo avanti il discorso, ci si potrebbe porre la domanda seguente: constatato che solo una minoranza dei consumatori risulta coinvolta nella sub-cultura della droga, si può forse affermare che a costituire questa minoranza sono proprio le personalità inclini all'uso della droga? Questo tipo di domanda, potrà fornire in futuro una base comune dove si incontrino i due livelli di interpretazione: quello psicologico e quello socio-culturale? Quello che comunque ci sembra più importante affermare è che la teoria del trampolino non è in grado di suscitare domande feconde ai fini dell'analisi del problema. È infatti una teoria che si occupa soprattutto della questione se la marijuana conduce o non conduce all'uso di altre droghe, trascurando lo studio approfondito di questa sostanza e i numerosi problemi ch'esso comporta.

BIBLIOGRAFIA

1. Per un'eccellente discussione sul potere del Federal Bureau of Narcotics e sulle sue implicazioni si veda: BECKER S.: *Outsiders*. New York, Free Press, 1963, pp. 121-163; LINDESMITH R.: *The Addict and the Law*. Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1968, pp. 243-268.
2. Per un riesame storico delle ipotesi secondo cui l'uso della marijuana conduce al crimine si veda: KAPLAN J.: *Marihuana the New Prohibition*. New York, The World Publishing Company, 1970, pp. 88-140. Per una messa in discussione della teoria del « trampolino » si veda: FORT J.: *The Pleasure Seekers*. New York, Grove Press, 1969, pp. 99-102; LINDESMITH A.R.: *The Marihuana Problem: Myth or Reality*, in Solomon D.: *The Marihuana Papers*. New York, Signet, 1966.
3. ANSLINGER H.J. & TOMPKINS: *The Traffic in Narcotics*. New York, Funk & Wagnalls Co., 1953, p. 21.
4. BUREAU OF NARCOTICS: *Living Death*, p. 66, in Goode E. (ed.), *Marijuana*. New York, Atherton Press, 1969.
5. ALLENTUCK S. & BOWMAN R.M.: *The Psychiatric Aspects of Marihuana Addiction*. *Am. J. of Psychiatry*, Vol. 99, Sept. 1952, pp. 248-251. Mayor La Guardia Committee on Marihuana, *The Marihuana Problem in the City of New York*, p. 296, in Solomon D. (ed.), op. cit.
6. BLACK S. & Coll.: *Patterns of Drug Use: A Study of 5,482 subjects*. Drugs, San Francisco, Calif.; Jossey-Bass Inc. 1969, p. 142; EELS K.: *Marijuana and LSD: A Survey of One College Campus*. *J. of Counselling Psychology*, Vol. 15, N. 5, 1968; MIZNER G.L. & Coll.: *Patterns of Drug Use Among College Students: A Preliminary Report*. *The Am. J. of Psychiatry*, Vol. 127, N. 1, 1970; PEARLMAN S.: *The College Drug Scene*. *Atti del Symposium: STUDENTS AND DRUGS: 55esimo Incontro Annuale della American Educational Research Association*. N.Y. City, Feb. 1971.
7. BALL J.C., CHAMBERS C.D.: *Marijuana Smoking as a Precursors of Opiate Addiction in the U.S.A.*, pp. 69-84, in Goode, op. cit.
8. BRILL L. & LIEBERMAN: *Authority and Addiction*. Boston, Mass., Little Brown & Co., 1969; DUSTER T.: *The Legislation of Morality*. N.Y., The Free Press, 1970.
9. BEWELEY T.H.: *Recent Changes in the Patterns of Drug Abuse in London and U.K.*, pp. 197-220, in Wilson C.W.M. (ed.), *Adolescent Drug Dependence*. London, Pergamon Press, 1968; *Features of Adolescent Drug Dependence - A Compendium*, in Wilson, op. cit.
10. Per un'autorevole discussione in proposito, si veda: EDDY N.B. & Coll.: *Drug Dependence: Its Significance and Characteristics*. *Bulletin World Health Organisation*, Vol. 32, 1965, pp. 721-733. Un alto numero di esperienze recenti con animali sostengono in una certa misura l'idea secondo cui la marijuana non produce alcuna tolleranza. È inoltre possibile che le nostre argomentazioni vadano rivedute alla luce di ulteriori conoscenze raccolte. Si veda: *Marijuana*. *Medical World News*, Vol. 12, N. 27, Luglio 1972.
11. AUSUBEL D.: *The Psychopathology and Treatment of Drug Addiction in Relation to Mental Hygiene Movement*. *Psychiatric Quarterly Supplement*, Vol. 22, N. 2, 1948; KLEBER H.D.: *Narcotic Addiction: The Current Problem and Treatment Approaches*. *Connecticut Medicine*, Vol. 33, Feb. 1969; WAY F.I.G.: *Contemporary Classification*. *Pharmacology and*

12. Annual Conference of the International Narcotics Enforcement Officers Association, Non Narcotics Drug Abuse, Smith Kline and French Laboratories, 1964, p. 10.
13. CHEIN & Coll.: The Road to H. N.Y., Basic Books, Inc., 1964, p. 149. Questi i risultati del lavoro: 83 dei 96 individui assuefatti esaminati usavano marijuana, e solo il 40 % di questi ne facevano uso con regolarità prima della loro assuefazione; nelle « street gangs » esaminate, vi erano molti eroinomani che non avevano usato marijuana in precedenza.
14. CONNELL P.H.: Clinical Aspects of Drug Addiction. J. of Royal College of Physician, Vol. 4, 1970.
15. REINHOLD R.: Teen Age Use of Heroin Rising But Data Are Few. The New York Times, Monday, Feb. 16, 1970, p. 32.
16. GOODE E.: Multiple Drug Use Among Marihuana Smokers. J. of Social Problems, Vol. 17, 1969, p. 59; SHER J.: Pattern and Profiles of Addiction and Drug Abuse. Archives of Gen. Psychiatry, Vol. 115, 1966.
17. EELS K.: op. cit., pp. 463-64; GOODE E.: The Marihuana Smokers. N.Y., Basic Books, Inc., 1970; HAAGEN H.: Social and Psychological Characteristics Associated with the Use of Marijuana by College Men. Jan. 1970 (inedito); KING F.W.: Marijuana and LSD Usage Among Male College Students: Prevalence, Rate, Frequency and Sel Estimates of Future Use. Psychiatry, Vol. 32, 1969; STEFFENHAGEN R.A. & Coll.: Some Social Factors in College Drug Use. Int. J. of Social Psychiatry, Vol. 15, 1969.
18. Si tratta di categorie basate su un indice d'uso della marijuana costruito a partire dalle risposte a tre diversi tipi di domanda. Esso è contenuto in: TEC N.: Drugs Among Suburban Teenagers: Basic Findings. Social Science and Medicine, Vol. 5, 1971.
19. GOODE E.: The Marijuana Smokers, op. cit.
20. WINICK CH.: Physician Narcotic Addicts, pp. 261-279, in Becker H.S. (ed.), The Other Side. N.Y., The Free Press, 1967.
21. SCHUR E.M.: Narcotic Addiction in Britain and America. Bloomington Indian, University Press, 1968.
22. Questi sono solo alcuni esempi di ricerche che dimostrano l'associazione da noi sostenuta: BLUM R. & Coll.: op. cit., p. 142; HAAGEN: op. cit., p. 4; Most Campus Drug Users Found on Marijuana. Medical Tribune, 7 Luglio 1969, p. 20; ROFFMAN R.A. & SAPOL E.: Marijuana in Vietnam: A Survey of Use Among Army Enlisted Men in Two Southern Corps. The Int. J. of the Addictions, Vol. 5, N. 1, Marzo 1970.

ARTICOLAZIONE DEL CODICE GENETICO E DEL CODICE LINGUISTICO IN PSICOTERAPIA

J. COSNIER

LAVORO PRESENTATO AL 9° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PSICOTERAPIA SVOLTOSI AD OSLO NEL 1973. IL PROFESSOR J. COSNIER OPERA NELL'AMBITO DEL LABORATORIO DI PSICOLOGIA ANIMALE E COMPARATA E DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE DELL'UNIVERSITÀ CL. BERNHARD DI LIONE.

Lo scopo della presente comunicazione è di trattare la definizione dell'attività psicoterapica nella prospettiva di un tentativo di dare o ridare alla parola il suo posto e la sua efficacia al servizio della regolazione corporea.

Le nostre riflessioni, basate essenzialmente sulla nostra duplice esperienza come Direttore di un Laboratorio Universitario di Psicologia Animale e Comparata e come Primario di un Centro di Salute Mentale - Ospedale di Giorno, tentano di conciliare diversi movimenti convergenti della ricerca contemporanea

le comunicazioni e la psicolinguistica, lo sviluppo delle terapie non verbali, e, ultima per ordine ma non per importanza, la psicoanalisi.

Sottolineiamo, per cominciare, tre dati fondamentali dell'etologia: 1) ogni comportamento si integra nell'equilibrio omeostatico dell'animale, secondo le prescrizioni del codice genetico proprio a ciascuna specie. Allo stesso modo degli altri processi fisiologici, il comportamento interviene nei processi regolatori dell'individuo; 2) nella serie dei comportamenti propri a ciascuna specie, i comportamenti di comunicazione rivestono un'importanza particolare, specialmente per quanto riguarda gli uccelli e i mammiferi; 3) i comportamenti di comunicazione, sebbene strettamente condizionati dal codice genetico, sono tuttavia elaborati nel corso di un processo di ontogenesi durante il quale l'ambiente sociale gioca un ruolo strutturante fondamentale, com'è provato dai fenomeni di apprendimento per prima impressione (*imprinting*) e dalle esperienze di isolamento dette di « Kaspar Hauser ».

Alla luce di questi dati, è facile fare la critica del modello classico fornito dalle nevrosi sperimentali (COSNIER, 1966) che vengono provocate in animali adulti sottoposti a processi di condizionamento, resi nevrogeni tramite manipolazioni dell'*ambiente fisico*. Ora, per quanto riguarda l'uomo, basandosi sui dati psicoanalitici, tutto porta a pensare che l'azione nevrogena è fornita dall'*ambiente sociofamiliare* e che questo avviene *durante l'infanzia*.

Gli studi etologici contemporanei mo-

carsi nell'animale: gli scambi con l'ambiente sociale sono fondamentali per l'ontogenesi e, se questo ambiente viene modificato, si possono provocare dei perturbamenti dei comportamenti cosiddetti istintivi, che a volte possono essere irreversibili.

Consideriamo adesso la specie umana. Qui compare una nuova funzione della comunicazione: la funzione rappresentativa (o simbolica, o semiotica) con il linguaggio parlato. Tuttavia, come per gli altri animali, tutto lascia pensare che l'uomo comunichi per necessità fisiologica anche quando utilizza un comportamento verbale altamente elaborato.

Sono le necessità del Codice biologico a mettere in azione e utilizzare le possibilità del codice linguistico. Allo stesso modo che il programma genetico animale ha previsto diversi modi di comunicazione specifica, il programma genetico umano ha previsto il linguaggio parlato nel suo sistema di espressione e di regolazione. L'uomo senza la parola non sarebbe un animale ma un invalido e il suo funzionamento fisiologico sarebbe patologico. La funzione primordiale della parola umana a livello dell'individuo è quindi una funzione omeostatica.

Notiamo a questo proposito l'inadeguatezza dell'espressione « linguaggio del corpo ». Spesso, infatti, vengono così designati i sintomi corporei significanti, come i fenomeni di conversione isterica. *Ora, ogni linguaggio è, dal nostro punto di vista, linguaggio del corpo.*

I recenti studi della cinetica e della paralinguistica mostrano che il linguaggio verbale, stesso, in una situazione di

canali e che la catena associativa sintagmatica non è composta esclusivamente da elementi verbali, ma anche da elementi paraverbali o extraverbali (mimica, gestualità, atteggiamenti ecc.) che sono sincroni ad essi o li sostituiscono. D'altronde possiamo anche notare che, da un punto di vista diacronico, la specie umana, durante il primo anno di vita, passa attraverso uno stadio di comunicazione non verbale a partire dal quale si sviluppa progressivamente il linguaggio verbale, che però non lo sopprime, ma lo elabora e ad esso si integra.

Lo ripetiamo: l'emissione e la ricezione verbale sono sempre strettamente collegate al corpo e da esso ricevono il senso quasi sempre, l'intonazione affettiva, sempre.

Queste considerazioni, per quanto schematizzate ed estremamente compendiate, permettono tuttavia di dedurre alcune considerazioni sia nel campo clinico che in quello terapeutico.

Nel campo clinico: bisogna considerare due aspetti: l'*enunciato*: prodotto nella situazione di comunicazione; la *enunciazione*: processo produttore dell'enunciato.

Le tecniche di *decifrazione* (ermeneutica) dell'enunciato nei suoi aspetti denotativi e connotativi, da molti anni sono state precisate dalla psicoanalisi. L'enunciato è allora sempre interpretato come discorso: cioè esso acquista un significato nella situazione di comunicazione concreta in cui viene emesso. Tuttavia una semiologia adeguata dell'enunciato deve estendersi all'enunciato totale del-

nello studio strutturale dell'enunciazione, vale a dire nella valutazione economica dello statuto dell'enunciato in rapporto al corpo, associata a una comprensione dell'organizzazione verbo-viscero-motoria, comprensione particolarmente importante nei casi psicosomatici.

Nel campo terapeutico: se si considera la patologia mentale essenzialmente come patologia della comunicazione, si può provare a reinterpretare i procedimenti terapeutici secondo questo modello.

« *A tout seigneur tout honneur* », consideriamo quindi in primo luogo la psicoanalisi. Essa è caratterizzata da una coercizione prossemica particolare che privilegia il canale verbale. Più volte la settimana, a ore regolari, il paziente deve stendersi su un divano e generare una « parola » indirizzata ad un ricevitore seduto fuori del campo visuale dell'emittente. La comunicazione, quindi, non è né reciproca né a più canali. Tutto deve passare attraverso il canale verbale, che convoglia progressivamente l'insieme delle funzioni della comunicazione totale, il che predispone così alla verbalizzazione degli affetti e permette una redistribuzione dell'economia pulsionale. La parola si arricchirà progressivamente e il suo valore economico prenderà o riprenderà un posto capitale e ottimale nella omeostasi individuale; l'arricchimento dell'enunciato testimonierà la riorganizzazione della enunciazione. Tuttavia questo lavoro fatto esclusivamente sull'enunciato verbale suppone un'enunciazione già sufficiente-

mente efficace e ora noi sappiamo che ciò limita le indicazioni di psicoanalisi a dei casi ben precisi.

Bisognerà dunque prendere in considerazione altre terapie, che mettano in gioco altri canali e modifichino, per altre vie, il processo di enunciazione. Così le tecniche corporee, espressione corporea, rilassamento, psicomotricità ecc., mobilitano direttamente il corpo e permettono di esplorare e di provare nuove possibilità generative, tecniche essenziali che, restaurando e socializzando lo schema corporeo, sbloccano a livello dell'enunciazione delle possibilità nuove di produrre enunciati. Altre tecniche pongono l'accento sul canale e sul supporto: tecniche di creatività e di manipolazione di materia (modellaggio, espressione plastica, ecc.) tecniche di emissione paraverbali e creative, sonore e strumentali.

Sottolineiamo infine l'importanza, in tutte queste tecniche, della retroazione sociale conseguente all'attività effettuata. La presenza dello psicoterapeuta è, a questo riguardo, fondamentale; infatti i messaggi possono assumere un senso e l'enunciazione può strutturarsi solo se c'è un recettore. In tutti i casi, per mezzo di procedimenti diversi (interpretazione, discussione, commento, approvazione, ecc.) il suo ruolo sarà quello di far passare progressivamente il massimo di significati sul piano del linguaggio e ridare a quest'ultimo il suo posto ottimale: vale a dire, infine, una migliore articolazione dei due codici che programmano la sua esistenza.

BIBLIOGRAFIA

1. COSNIER J.: Les névroses expérimentales. Seuil, Paris, 1966.
2. COSNIER J.: Clefs pour la psychologie. Seghers, Paris, 1971.
3. GALACTEROS E. et COSNIER J.: Essai de formalisation des relations médecin-malade en pratique courante; in RUESCH, SCHMALE et SPOERRI (ed.) in Psychotherapy and Psychosomatics. Karger, Basel, 1972.

ASPETTI CULTURALI DELLA PSICOTERAPIA

E.D. WITTKOWER

H. WARNES

« CULTURAL ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY » È IL TITOLO ORIGINALE DI QUESTO ARTICOLO APPARSO SULL'« AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY », VOL. XXVIII, N. 4, OTTOBRE 1974. E.D. WITTKOWER E H. WARNES SONO PROFESSORI DI PSICHIATRIA PRESSO LA MC. GILL UNIVERSITY DI MONTREAL IN CANADA.

Il fatto di preferire l'approccio interculturale nella scelta delle forme di psicoterapia, dipende da differenze nelle concezioni eziologiche e da differenze culturali e ideologiche. Per esempio, in molti paesi in via di sviluppo, la cura delle malattie mentali, basata sulla credenza in forze soprannaturali e preferenziali, è in gran parte in mano a sciamani, sacerdoti e stregoni. Negli Stati Uniti, la psicoanalisi ha guadagnato terreno oltre che per molti altri fattori, soprattutto a causa dell'enfasi che que-

a causa della ideologia marxista; il training autogeno in Germania, e la terapia Morita in Giappone in seguito alla rigida autodisciplina imposta dalla cultura in questi due paesi.

Applicare tipi di psicoterapia occidentali a persone non occidentali e non istruite è arduo. Nei paesi in via di sviluppo, ci sarà bisogno dei servizi offerti dai guaritori tradizionali per molto tempo ancora. La visione del mondo della popolazione indigena in questi paesi sta subendo un cambiamento nel senso di un'occidentalizzazione. L'articolo suggerisce alcune misure provvisorie.

Questo saggio si occupa degli aspetti culturali della psicoterapia, cioè dei fattori culturali pertinenti alla sua applicazione. La psicoterapia, secondo lo scopo di questo saggio, si può definire come interazione di una persona con un'altra (o con altre) tramite mezzi verbali, al fine di alleviare difficoltà emotive o di attuare un cambiamento nelle disfunzioni comportamentali. In conformità con tale definizione, questo saggio si occupa dei procedimenti di cura che vanno da quelli praticati dai medici nelle società industrializzate a quelli praticati dai guaritori tradizionali nei paesi in via di sviluppo. Le domande da porsi sono: « Perché certi procedimenti terapeutici sono preferibili ad altri in determinate aree culturali, e fino a che punto i procedimenti creati, sviluppati, praticati in Occidente sono trasferibili in altre parti del mondo? ». Questo saggio si divide pertanto in due parti princi-

1. *Psicoterapia culturale*

Numerosi scrittori hanno posto in rilievo che, nonostante le differenze superficiali, le psicoterapie praticate in tutto il mondo hanno in comune alcuni temi base, che sono stati identificati da JEROME FRANK (1) come segue:

1. Un intenso rapporto di fiducia, caratterizzato da una forte carica emotiva, con una persona che offre il proprio aiuto.
2. Un'analisi del mito che include una spiegazione della causa delle difficoltà che affliggono la persona e che sia compatibile con la visione culturale del mondo condivisa dal paziente e dal terapeuta.
Inoltre, il fatto di fornire al paziente uno schema concettuale per ciò che egli considera un insieme di sintomi privi di significato, si dimostra un efficace strumento per rassicurarlo.
3. Il fatto di procurare nuove informazioni riguardo alla natura e alle cause dei problemi del paziente e riguardo a modi alternativi di trattarli.
4. Il fatto di rafforzare le aspettative di aiuto del paziente attraverso le qualità del terapeuta, tenuto in gran conto per lo status che occupa nella società e per l'ambiente in cui opera.
5. Il fatto di procurare esperienze di successo che rinforzino le speranze del paziente e accrescano anche il suo senso di padronanza, di competenza interpersonale, o di capacità.

si verifichino cambiamenti a livello degli atteggiamenti e del comportamento.

Se da una parte queste caratteristiche universali indubbiamente esistono, è tuttavia assurdo minimizzare le differenze nelle forme di psicoterapia — differenze di intensità, di qualità, e di profondità — e affermare con FULLER TORREY (2) che le tecniche terapeutiche sono essenzialmente le stesse, le usi uno stregone oppure uno psichiatra.

Il fatto di preferire forme di psicoterapia interculturale dipende da differenze nelle concezioni eziologiche e da differenze culturali e ideologiche.

In molte aree non industrializzate del mondo prevale la credenza che le malattie mentali siano dovute a forze soprannaturali e preternaturali, cioè, a divinità irate, alla perdita dell'anima, all'intrusione (possesso) da parte di elementi nocivi, a stregonerie, a sortilegi. È quindi ovvio che i pazienti in cui prevalgono queste credenze si rivolgono per aiuto a chi si ritiene o è ritenuto capace di contattare e dirigere queste forze. Di conseguenza, in questi paesi, sciamani, sacerdoti, guaritori tradizionali, medici e stregoni, secondo le concezioni comunemente accettate, sono molto più qualificati a trattare le malattie mentali che non medici formati scientificamente. Di fatto, in questi paesi, anche se i pazienti affetti da disturbi psicologici ricorrono all'aiuto del medico per eliminare i loro sintomi, può succedere che in un secondo tempo si rivolgano ai guaritori tradizionali per eli-

ritori consistono nella somministrazione di intrugli a base d'erbe (che spesso sono empiricamente efficaci), in lavaggi, in applicazioni di olio santo, nell'imposizione del sacrificio, nella confessione, nella catarsi, nell'applicazione di sostanze irritanti che producono shock e in molte altre misure. Per quanto riguarda gli effetti psicoterapeutici di questi procedimenti, si possono identificare i seguenti elementi: 1) la razionalizzazione di paure di origine sconosciuta, per esempio, « Sopono, il dio del vaiolo, ti ha imposto questo »; 2) la suggestione rafforzata dal notevole prestigio del guaritore tradizionale, che si risolve in repressione; 3) la proiezione del male interiore su divinità maligne; 4) lo spostamento del male interiore, sia esso peccato o malattia, sul corpo espiatorio o su qualsiasi altro animale; 5) lo spostamento del bersaglio d'attacco, vale a dire, l'uccisione di un animale al posto di una persona; 6) la penitenza attraverso il sacrificio.

Poiché in molti paesi in via di sviluppo non si è ancora perfettamente realizzata l'individualizzazione e la fiducia nell'approvazione del gruppo predomina sulla pressione del super-io, i procedimenti terapeutici sono condotti abitualmente in gruppo, come per il culto dell'Imperatore in Etiopia e le cerimonie della Pentecoste in Africa e nei Caraibi. In molti paesi la funzione psicoterapeutica e l'effetto delle cerimonie rituali sono state documentate dettagliatamente.

Sintomi, simboli e costumi si devono capire nel contesto e nelle limitazioni

rilievo che il giapponese sente il bisogno di abbandonarsi all'autorità tramite la sottomissione, la dipendenza, la resa, e di cedere al desiderio di essere amato; il che si contrappone al pensiero occidentale, che sostiene invece l'indipendenza e l'iniziativa personale. Altri tratti della cultura giapponese sono la predilezione per la cortesia, per l'obbedienza, per la coscienziosità, per la riservatezza e per i modi cerimoniosi descritti così bene da W. LA BARRE (5) e da H.M. SPITZER (6). Nei procedimenti psicoterapeutici bisogna tener conto di questi tratti culturali, che probabilmente sono da far risalire al Buddismo tradizionale e alla pratica dell'educazione familiare. I metodi occidentali, contraddistinti da valori e credi che discordano in modo velato o manifesto dal carattere distintivo e dalla tradizione nazionale giapponese, possono risultare del tutto inefficaci. Un cambiamento graduale nella cultura giapponese può lasciare le porte aperte a ideologie alternative e a pratiche compatibili con la nuova dimensione storica.

Non solo in società in via di sviluppo o industrializzate di recente, come il Giappone, il tipo di cultura influenza la terapia; infatti possono anche essere importanti una diversa visione del mondo e differenze di cultura fra una società industrializzata e un'altra. Per esempio data l'importanza attribuita negli Stati Uniti all'individualismo, al pensiero razionale, all'idolatria per la scienza, alla libera espressione del pensiero, alla tolleranza dei dissensi, non ci stupisce che la psicoanalisi, con la libera associazione

teoria scientifica, vi abbia trovato un terreno fertile.

Lo spostamento del centro di interesse da una preoccupazione narcisistica limitata al sé, evidenziata dall'atteggiamento di farsi i propri affari, ad un orientamento comunitario, ha portato negli Stati Uniti a un declino nell'interesse per la psicoanalisi e ad un accresciuto interesse per la psichiatria comunitaria, per la terapia familiare e per la psicoterapia di gruppo. Considerando l'ipotizzata interazione medico-paziente data nella nostra definizione, non possiamo considerare la terapia comportamentistica, almeno com'è praticata in alcune parti, come una forma di psicoterapia. Comunque è probabile che una diversa enfasi sia posta sui fattori cognitivi, emotivo-relazionali e di condizionamento autonomo a seconda della personalità delapeuta.

La psicoanalisi, per ovvie ragioni, non è riuscita a guadagnare terreno nei paesi autoritari, come la Russia Sovietica fino ad oggi e il Giappone, la Germania e la Spagna fino a non molto tempo fa. La « psicoterapia patogenica » russa, il « *training autogeno* » tedesco e la « *terapia Morita* » giapponese sono procedimenti altamente strutturati; ignorano l'inconscio, sono orientati sull'io e hanno carattere di esercitazione. Sono « approcci specifici gradualisti » che si propongono di controllare e regolare varie funzioni psicologiche e somatiche attraverso il « *training* », le « parole prescelte » e delle formule orientate verso la meta.

La terapia del lavoro, come ci si può

vietica e in altri paesi comunisti. Si fa inoltre largo uso del collettivo come agente terapeutico. Come sottolinea KIEV (7): « Nella teoria marxista il lavoro è visto come la più importante attività dell'uomo. Si ritiene che la coscienza dell'uomo aumenti e le relazioni con gli altri uomini si sviluppino nell'ambito della struttura delle attività economiche. Secondo la costituzione sovietica, il lavoro è un dovere e un motivo d'onore ». Nella concezione sovietica le psiconevrosi sono da attribuirsi ai cattivi insegnamenti e alle cattive abitudini.

La suddetta psicoterapia patogenica praticata al Bechtereve Institute di Leningrado ha perciò una qualità pedagogica. MYASISHEV (8), uno dei membri principali di questo istituto, afferma: « lo psichiatra è maestro di vita ». Analogamente, sebbene in maniera molto più brusca, un procedimento di trattamento sviluppato nella Germania Est « scaccia » i sintomi fobici esponendo violentemente il paziente fobico a situazioni che evocano l'ansia.

I tedeschi sono sempre stati attratti dall'Estremo Oriente e dal misticismo. Si può quindi immaginare come la componente yoga nel *training autogeno* e il misticismo proprio della psicologia analitica junghiana e della psicoterapia esistenziale, possono spiegare, almeno in parte, la popolarità di questi metodi in Germania.

Il Buddismo Zen insegna la tranquillità dello spirito, la serenità, l'accettazione delle avversità. Analogamente, la terapia Morita (praticata in Giappone) che si basa sul Buddismo Zen, ha come

la privazione parziale. Per citare KIMURA (9), il Buddismo Zen dice: « Se cammini sotto la pioggia ti senti freddo e bagnato. Questo avviene perché tu senti la pioggia come qualcosa di separato da te. Se potessi unirti alla pioggia e se non percepissi alcuna separazione, alcuna dualità fra te stesso e l'acqua, come il nuotatore immerso nell'acqua, allora d'improvviso non ti sentiresti più freddo e bagnato ». « Quindi », continua KIMURA, « il principio fondamentale della terapia Morita è: lasciati andare con tutto il tuo essere all'angoscia e al dolore ».

2. *Psicoterapia interculturale*

Il fatto che sorgano problemi quando procedimenti di cura creati, sviluppati e praticati in un'area culturale vengono trapiantati in un'altra, è una realtà incontestabile. In teoria qualsiasi metodo psicoterapeutico può essere trasferito da un paese all'altro; per esempio, certe pratiche yoga e certi riti buddisti hanno acquistato popolarità in talune aree dell'Occidente. Ma, più che questo, è l'applicazione di procedimenti psicoterapeutici occidentali in società non occidentali a far sorgere difficoltà.

Su questo argomento furono espresse tre differenti opinioni: a) i metodi psicoterapeutici sono universalmente applicabili (10); b) la comprensione di ciascun individuo deve basarsi sulla valutazione delle sue specifiche esperienze (11); c) l'identità di nazionalità e di

background culturale facilita il processo psicoterapeutico (12).

Gli ultimi due punti hanno bisogno

background culturale del paziente sarà d'aiuto al terapeuta per comprenderlo e gli impedirà di inculcare modelli di pensiero e di comportamento accettabili alla società del terapeuta, ma estranei a quella del paziente.

Persino nell'ambito dell'Occidente, tralasciando per un attimo gli Eschimesi e gli Indiani, differenze di razza, di religione, di classe sociale e di appartenenza etnica fra psicoterapeuta e paziente possono far sorgere difficoltà o per lo meno sono da prendere in considerazione. È questa un'area poco esplorata: essa ha però una grande importanza e comincia a sollevare molto interesse.

Come hanno affermato alcuni autori è vero che lo psicoterapeuta appartenente alla classe media è incapace di empatizzare con il paziente povero e che i pazienti poveri e non istruiti non sono capaci di autoanalizzarsi e di articolare i propri sentimenti? Ed è vero che la prevenzione dello psicoterapeuta, il suo atteggiamento di diffidenza per motivi razziali, religiosi o etnici e una diversa visione del mondo costituiscono gravi ostacoli nella psicoterapia?

La madrelingua riveste un ruolo particolarmente importante in qualsiasi procedimento psicoterapeutico. « *Le langage est à la fois le fait culturel par excellence (distinguant l'homme de l'animal) et celui par l'intermédiaire du quel toutes les formes de la vie sociale s'établissent et se perpétuent* »¹. Per LEVISTRAUSS (13) questa intuizione assiologica è il *leitmotif* della ricerca antropologica e, a noi sembra, un fattore primario per determinare l'efficacia del

Il linguaggio è il vincolo che definisce e circoscrive il pericolo sconosciuto, riducendo così l'ansia, e che allinea l'anormale con i valori sociali predominanti, neutralizzando l'effetto patogeno della causa della sua presunta sofferenza, quale che sia.

Allo psicoterapeuta possono sfuggire certe sfumature più sottili che si presentano nel materiale del paziente, possono sorgere dei malintesi e il paziente può servirsi della lingua da poco acquisita a fini di autodifesa. Se si dovesse tradurre dai dialetti locali e nei dialetti locali, la psicoterapia diventerebbe una impresa tremenda.

La difficoltà insita nel trasporre la psicoterapia occidentale aumenta ancora qualora la visione del mondo dello psicoterapeuta diverga da quella del paziente nei punti fondamentali. Ciò si verifica quando si ha a che fare con gli Eschimesi, gli Indiani, alcuni Portoricani e alcuni Messicani nel continente Nordamericano e con la maggior parte delle popolazioni rurali in molte zone del Sud America, dell'Africa e dell'Asia. Qui, come abbiamo detto prima, il pensiero razionale viene a scontrarsi con le credenze magico-animistiche; considerazioni genetiche e eziologiche-ambientali contrastano con le credenze soprannaturali; ciò che ci si aspetta dal ruolo e dalla funzione del medico è molto diverso, e il sospetto e la diffidenza nei confronti dell'intruso bianco possono essere frequenti.

In tutto il mondo i pazienti sono portati a riporre fiducia nel terapeuta e nei suoi metodi. Se ciò non accade, come si è visto dall'esperienza degli Occidentali nei paesi in via di sviluppo, è probabile che il terapeuta fallisca (14). Si può, inoltre, comprendere come uno psicoterapeuta possa sentirsi colpevole di aver applicato e consigliato un metodo di trattamento che si scontra con i valori culturali predominanti.

Di fronte a tale situazione, degli specialisti contestano la possibilità di applicare un tipo di psicoterapia occidentale erroneamente descritta come *insight*-terapia a persone non occidentali e non istruite, sostenendo che la psicoterapia a orientamento analitico è applicabile solo ai membri occidentalizzati di queste Società o, perlomeno, postulano che sia necessaria una profonda conoscenza della storia, della religione, della letteratura, dei costumi e dei modi di pensare dei gruppi culturali cui appartengono le persone da curare.

Cosa si può fare allora per offrire alla popolazione indigena dei paesi in via di sviluppo la migliore assistenza psicoterapica? Ci si potrebbe domandare: se il guaritore tradizionale soddisfa i bisogni della gente, perché non lasciargli la cura delle malattie mentali? È innegabile che, soprattutto nella cura delle psiconevrosi, il guaritore tradizionale si dimostra spesso efficace e, ad ogni modo, i risultati della psicoterapia occidentale non sono certo strabilianti.

Nei paesi in via di sviluppo il numero di psichiatri è così basso che

1 « Il linguaggio è nel contempo il fatto culturale per eccellenza (esso distingue infatti l'uomo dall'animale) e il medium attraverso il quale si stabiliscono

no pochissimo da dedicare alla psicoterapia. Comunque le cose continuano a cambiare. Sempre di più i governi dei paesi in via di sviluppo richiedono i servizi di psichiatri europei, le nuove leve di questi paesi si sottopongono sempre più numerose a un'istruzione medica e psichiatrica in Europa e in America e, una volta tornati in patria, hanno fatto propri concetti e idee occidentali; inoltre, con la progressiva occidentalizzazione, un numero sempre crescente di concetti eziologici magico-animistici vengono sostituiti dalla popolazione indigena con concetti genetici e eziologico-ambientali.

Per molto tempo ancora nei paesi in via di sviluppo i servizi forniti dai genitori tradizionali per la cura delle malattie mentali saranno indispensabili. Nel frattempo, mentre la visione del mondo della popolazione indigena sta cambiando nel senso di un'occidentalizzazione, sono state proposte le seguenti misure provvisorie:

1. Acquisire abilità e tecniche per superare il sospetto e la diffidenza nei riguardi dello psichiatra di formazione occidentale (15).
2. Stabilire una collaborazione fra psichiatri e guaritori tradizionali (16, 17).
3. Adattare i metodi occidentali al clima culturale in cui si trovano ad

operare; ci si auspica, per esempio, che un numero maggiore di parametri sia introdotto nell'applicazione della psicoanalisi a certi gruppi culturali.

4. Esplorare e sviluppare i metodi di guarigione esistenti in una data cultura, offrire una spiegazione alla loro applicazione, e cercare di integrarli nei metodi occidentali.
5. Affidare sempre di più, com'è logico, la cura delle malattie mentali nel proprio paese a psichiatri indigeni formati all'estero.

A questo proposito comunque, e sfortunatamente, non è raro il caso che lo psichiatra tornato al suo paese nutra disprezzo per il guaritore tradizionale e neghi di avere qualcosa a che fare con lui.

In breve, quindi, riteniamo che data la scarsità di psichiatri, la psicoterapia ad orientamento analitico sia, per il momento, difficilmente applicabile nei paesi in via di sviluppo, ch'essa sia comunque una cosa fattibile, anche se per il momento è inaccettabile, e infine che la sua applicazione su larga scala dipenda dall'aumento del numero di psichiatri capaci di praticarla e, naturalmente, dai cambiamenti che si verificheranno a livello culturale.

BIBLIOGRAFIA

1. FRANK J.D.: Common Features of Psychotherapy. *Aust. N.Z.J. Psychiat.*, 6, 30, 1972.
2. FULLER TORREY E.: *The Mind Game. Witchdoctors and Psychiatrists.* New York, Emerson Hall, 1972.
3. DOI L.T.: Amae - A Key Concept for Understanding Japanese Personality Structure. *Psychologia*, 5, 1, 1962.
4. DOI L.T.: Morita Therapy and Psychoanalysis. *Psychologia*, 5, 117, 1962.
5. LA BARRE W.: *Psychiatry*, 8, 319, 1945.
6. SPITZER H.M.: Psychoanalytic Approaches to the Japanese Character. In *Psychoanalysis and the Social Sciences*, Vol. I, Roheim G., Ed. International Universities Press, New York, 1947.
7. KIEV A.: *Psychiatry in the Communist World.* Science House, New York, 1968, p. 17.
8. MYASISHEV V.N.: In Lebendinskii M.S., *Voprosi Psichoterapii (Problems in Psychotherapy).* Medgiz, Moscow, 1958 (in Russo). Quoted in Ziferstein I., *Cultural Determinants of the Therapist-Patient Interaction.*
9. KIMURA B.: Personal Communication, 1972.
0. BERNE E.: The Cultural Problem: Psychopathology in Tahiti. *Am. J. Psychiat.*, 116, 1076, 1960.
1. ALEXANDER F.G., SELESNICK S.: *The History of Psychiatry.* Harper & Row, New York, 1966.
2. SANTOSO R.S.I.: The Social Conditions of Psychotherapy in Indonesia. *Am. J. Psychiat.*, 115, 798, 1959.
3. LEVI-STRAUSS C.: *Anthropologie Structurale.* Ed. Plon, Paris, 1958, p. 392.
4. LEDERER W.: Primitive Psychotherapy. *Psychiatry*, 22, 255, 1959.
5. JILEK W.G. & JILEK-AALL L.: Transcultural Psychotherapy with Salish Indians. *Atti del 5° Congresso Mondiale di Psichiatria*, Mexico City, 28 Novembre-4 Dicembre 1971.
6. LAMBO T.A.: Patterns of Psychiatric Care in Developing African Countries: The Nigerian Village Program. In *International Trends in Mental Health*, David H.P., Ed. McGraw-Hill, New York, 1966, pp. 147-53.
7. BOLMAN W.M.: Cross-Cultural Psychotherapy. *Am. J. Psychiat.*, 124, 1237, 1968.

ALCUNE NOTE CRITICHE SULLA TEORIA PSICO- ANALITICA DEL NARCI- SSIMO

S. BIRAN

« ERGÄNZENDE KRITISCHE BEMERKUNGEN ZUR PSYCHOANALYTISCHEN THEORIE DES NARZISSMUS » È IL TITOLO ORIGINALE DI QUESTO ARTICOLO APPARSO IN TEDESCO SULLA RIVISTA « ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOANALYSE », VOL. 20, N. 4, OTTOBRE-DICEMBRE 1974. DELLO STESSO AUTORE, CHE LAVORA NELLA CITTÀ ISRAELIANA DI JAFFA, SI PUÒ CONSULTARE IL LAVORO « ZUM BEGRIFF UND WESEN DES NARZISSMUS », PUBBLICATO NEL 1973 (VOL. 19, N. 4) SULLA RIVISTA SOPRACITATA.

La teoria psicoanalitica del narcisismo commette un errore di fondo: essa non differenzia rappresentazioni e pensieri, da una parte, sentimenti e pulsioni dall'altra. Quello dell'io e quello del mondo sono concetti correlati che non possono essere immaginati l'uno senza l'altro. Il

complessa che un bambino al di sotto dei 3-4 anni non è in grado di strutturare. Concludere che rappresentazioni e pensieri possono essere veri o non veri, e che le pulsioni — il narcisismo è considerato una delle pulsioni — possono esistere o non esistere, è erroneo.

Nel mio articolo « L'essenza e il concetto di narcisismo » (1), arrivavo a concludere che l'errore della teoria psicoanalitica del narcisismo così come viene utilizzata correntemente, risiede nell'equiparare in modo falso l'energia psichica statica con il narcisismo e l'energia in movimento con le pulsioni verso gli oggetti esterni, nonché nel confondere lo stato in cui si trova l'energia con le qualità specifiche delle pulsioni.

Perché la critica fosse completa, era però necessario accennare ad un secondo equivoco alimentato da questa teoria: ovvero alla confusione di pulsioni e di pensieri e rappresentazioni ch'essa mostra di non superare.

FREUD spiegava l'origine del narcisismo nel modo seguente: « Originariamente l'io contiene ogni cosa, più tardi separa da sé un mondo esterno » (2). Si tratta di un'asserzione che non è possibile sostenere: infatti il lattante non si è mai rappresentato alcunché in questo modo. Il Sé (l'io nella frase citata significa il Sé) e il mondo esterno sono concetti polari correlati, e l'uno è impensabile senza l'altro. La capacità di determinare ciò che viene percepito come il mondo esterno oppure come il mondo interiore, resta assente nel lattante per un lungo periodo, vale a dire sino al giorno in

contemporaneamente non gli perviene alla coscienza. La stessa esatta cosa vale anche per gli altri concetti polari correlati, come ad esempio: il mio corpo e gli altri — il mio corpo non è infatti fra le cose esterne —; gli oggetti del mondo esterno animati e inanimati, ed altri ancora. I due poli giungono alla coscienza del bambino sempre sincronicamente ed insieme. Un « sentimento » del Sé onnicomprensivo, con il quale si intende mettere in relazione il narcisismo, non è mai esistito.

Non meno irreal è il collegamento del narcisismo con il preteso « sentimento »-di-onnipotenza del lattante. La convinzione di onnipotenza si instaurerebbe a partire dal fatto che il lattante, quando ha sete, fame, freddo reagisce al dispiacere con l'allucinazione dell'avvenimento capace di abolire il dispiacere stesso, e scambierebbe le azioni tempestive compiute dalla persona che lo accudisce per l'effetto del suo allucinare. Che il concetto di « sentimento »-di-onnipotenza sia ancora oggi usato seriamente nella letteratura psicoanalitica, lo può documentare una citazione dal libro di KOHUT apparso nel 1971 (3): « *The equilibrium of primary narcissism is disturbed by the unavoidable shortcomings of maternal care, but the child replaces the previous perfection...* »¹.

Ma non si pretende troppo dal lattante quando gli si imputa la conoscenza di causa ed effetto e la capacità di differenziare ciò che è immaginato e ciò che è reale? Non è questo un modo di anticipare all'età dell'allattamento una capacità di strutturare pensieri che è invece possibile in un bambino di circa

È infatti questo il punto saliente della discussione: il rapporto fra rappresentazione e pulsione. Il credo nell'onnipotenza dei pensieri in realtà non si forma nel lattante, bensì, lo ripetiamo, nel bimbo in età prescolare. Anche la fantasia del puro Sé di piacere (meglio sarebbe parlare di puro Io di piacere) mediante introiezione del piacere che assimila il mondo esterno e proiezione del proprio dispiacere che provoca moti verso l'esterno (4), arriva a svilupparsi all'incirca nello stesso periodo. Il bambino piccolo è convinto per un certo periodo di tempo della propria onnipotenza e prima di tutto dell'onnipotenza dei propri genitori. Tutto ciò è presente nel pensiero del bambino secondo modi di pensare arcaici e primitivi; inoltre tutte queste false rappresentazioni infantili sperimentano più tardi la loro rettifica. Le peregrinazioni del pensiero infantile non hanno nulla a che fare con sentimenti e pulsioni, elementi interiori che non possono essere veri o falsi, bensì solo presenti o assenti. L'unico ponte di collegamento con il narcisismo sarebbe questo, che il bambino si ama perché è onnipotente, perché è bello, saggio e forte o sente di appartenere a genitori belli, forti, saggi. Le illusioni e le fantasie infantili sarebbero da considerare testimonianze a favore dell'esistenza della pulsione narcisistica già nella prima infanzia, esse verrebbero infatti concepite al fine di soddisfarla.

Che tra le pulsioni si trovi anche il vero narcisismo originario, la gioia di assimilarsi al proprio ideale dell'Io non viene con ciò dimostrato ed è improbabile per molte ragioni.

tica di uso corrente non traccia una netta linea di separazione fra rappresentazioni e fantasie di grandezza: esse in realtà possono venire alimentate da molte pulsioni differenti, e da stessi sentimenti e pulsioni. Essa non ci dice affatto se considera il narcisismo, come del resto è possibile, una pulsione fra le pulsioni oppure una possibilità intellettuale, un'autostima ovvero una so-

pravvalutazione del proprio Io. Dal momento che essa non è in grado di dirci quando il narcisismo appare sulla scena della vita, non si può ritenere valida l'idea secondo cui la fase narcisistica si situerebbe tra la fase auto-erotica e la fase edipica.

¹ « L'equilibrio del narcisismo originario è disturbato dalle inevitabili carenze di cura materna, tuttavia il bambino rimpiazza la precedente perfezione... » (N.d.T.).

BIBLIOGRAFIA

1. In Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. 19 Jahrgang, Heft 4, 1973.
2. FREUD S.: Das Unbehagen in der Kultur. Prima ed. 1930, in Bd. 14 Gesammelten Werke, Imago-Ausgabe London, S. 425.
3. KOHUT H.: The Analysis of the Self, 1971.
4. FREUD S.: Triebe und Triebeschicksale. Prima edizione 1915, in Bd. 10 Gesammelten Werke, Imago-Ausgabe London, S. 228.

l'arca

giornale di psicologia e scienze umane

alcuni appunti sullo psicodramma

la psicoterapia
nelle diverse età
della vita

l'orgasmo femminile

n. 1 - settembre 1975 - redazione e segreteria: via Col del Rosso 4 - 20136 Milano.

abbonamento annuale L. 2.000 - sostenitore L. 5.000 -
prezzo di un fascicolo L. 700.

IL MITO DELLA PSICOTERAPIA (II)

Th. S. SZASZ

È QUESTA LA SECONDA PARTE DELL'ARTICOLO « THE MYTH OF PSYCHOTHERAPY », CHE COME ABBIAMO DETTO FA PARTE DEGLI ATTI DEL 9° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PSICOTERAPIA SVOLTOSI AD OSLO NEL 1973. TUTTI I PROCEEDINGS DEL CONGRESSO SONO STATI PUBBLICATI DALL'EDITORE KARGER, BASEL, SULLA RIVISTA « PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS », VOL. 24, N. 4-6, 1974 E VOL. 25, N. 1-6, 1975. LA PRIMA PARTE DEL LAVORO È APPARSA SUL N. 4 DELL'ANNATA 1974 DI « AGGIORNAMENTI ».

Il punto di vista che considera la psicoterapia, così come la malattia mentale, una metafora, — ovvero un modo di allargare l'uso tradizionale della parola « terapia » fino a coprire cose che non rientravano in precedenza fra i significati di questo termine — risulta evidente se ci si prende la briga di esaminare ciò che effettivamente fanno gli

tamento metaforico — che ora alcuni terapeuti americani chiamano impudentemente « *love therapy* » — lo si può rintracciare in FREUD, e precisamente nel lavoro in cui egli fa la storia del movimento psicoanalitico.

FREUD era un giovane medico e CHROBAK, un famoso ostetrico e ginecologo viennese, gli indirizzò una paziente. Vediamo dunque che cosa non andava in questa « paziente », quale « terapia » CHROBAK giudicava adatta per lei, e infine i commenti di FREUD su entrambi i punti:

« ... pur essendo sposata da 18 anni (la paziente) era ancora "virgo intacta". Il marito era assolutamente impotente. In casi del genere (diceva Chrobak), l'unica cosa che un medico poteva fare era di proteggere questa sventura domestica con la propria reputazione, non ché rassegnarsi se la gente alzava le spalle e diceva di lui: "Non è un buon medico se dopo tanti anni non è capace di curarla". L'unica ricetta per una malattia di questo tipo, aggiungeva, ci è abbastanza familiare, tuttavia non possiamo prescriverla. Essa suona:

" Rx
Penis normalis
dosim
repetatur ".

Non ho mai sentito di una ricetta del genere, e avevo perciò voglia di scuotere la testa di fronte al cinismo del mio gentile amico (8) ».

Le immagini e il vocabolario terapeutico sono qui usati in maniera ovviamente metaforica, e con un notevole humor. È un fatto, tuttavia, che nei qua-

zo si trovò ad essere preso sul serio; quella che era stata una metafora fu sistematicamente ridefinita come *non metafora*.

Certo, FREUD non definì mai il rapporto sessuale come terapia; egli fece però qualcosa che ebbe, in un certo modo, una portata infinitamente più vasta — e più assurda e pericolosa: egli definì come terapia l'ascoltare e il parlare — ovvero, in linguaggio piano, la conversazione. Per di più egli designò come « pazienti afflitti da vari tipi di disturbi mentali » le persone alle quali egli parlava nel proprio studio — e, ben presto, tutte le persone che venivano da lui considerate nei termini di quella personale filosofia che chiamò psicoanalisi, e che venivano descritte facendo uso del vocabolario pseudoscientifico di quella filosofia che chiamò teoria psicoanalitica. In breve: invece di sconfiggere quelli che gli erano stati presentati come disturbi mentali facendo « star bene » i pazienti, egli sconfiggeva quella che è di fatto la condizione umana annettendola nella sua interezza alla professione medica.

VI

Il più famoso discepolo, collega e rivale di FREUD, non fu d'accordo, e nei suoi scritti più recenti ripudiò sistematicamente questa concettualizzazione e caratterizzazione falsamente medica della psicoterapia. La rottura tra FREUD e JUNG, che di solito viene fatta risalire al loro disaccordo a proposito del significato della sessualità nel-

è inoltre strettamente legata al problema così come lo abbiamo posto.

Per dirla secondo la mia interpretazione, e in maniera semplice, FREUD era molto più ambizioso a livello personale, e molto meno onesto a proposito della psicoterapia, di quanto non lo fosse JUNG. Cogliendo correttamente lo spirito del proprio tempo, FREUD si rese conto che il grande *legitimizer* dell'epoca era la scienza — non la religione. Egli tenne pertanto a sottolineare che la psicoterapia era una scienza. Inoltre, chiamò la propria versione di psicoterapia con un nome del tutto nuovo, « psicoanalisi »: si trattava, egli sosteneva, di una scienza in piena regola, una scienza particolare che è simile e insieme diversa dalle altre scienze che si occupano dei disturbi mentali e della loro cura. Lo scopo era quello di creare una complessa pseudo-scienza, legittimata con successo come una vera scienza.

JUNG respinse questo aggancio smaccatamente opportunistico della psicoterapia al vagone della scienza medica e, chiamando le cose con il loro nome, insistette nell'affermare che erano le religioni le precorritrici e i modelli delle moderne psicoterapie, e inoltre che i sistemi psicoterapeutici erano di fatto surrogati religiosi (*ersatz religions*). Non è questa la sede per sviluppare estesamente e per documentare la mia interpretazione del fondamentale conflitto tra FREUD e JUNG, spero comunque che alcune citazioni da quest'ultimo possano sufficientemente sostenere le mie argomentazioni:

psicoterapeuti ovvero il clero" — sia il medico che il paziente si illudono. Sebbene le teorie di FREUD e ADLER si avvicinino al nucleo fondamentale delle neurosi più di quanto riesca a fare qualsiasi approccio moderno alla questione dal punto di vista medico, esse non riescono tuttavia, a causa del loro interesse esclusivo per le pulsioni, a soddisfare i bisogni spirituali del paziente. Esse sono ancora legate ai presupposti su cui si fonda la scienza del diciannovesimo secolo... Insomma, esse non danno sufficiente significato alla vita. Ed è solo la significatività che ci rende liberi (9).

« In realtà, è il prete o il pastore, più che il medico, colui che dovrebbe essere soprattutto interessato al problema della sofferenza spirituale. Tuttavia, nella maggioranza dei casi, il sofferente consulta innanzitutto un medico: e ciò si spiega con il fatto che egli ritiene di essere malato a livello fisico, e che certi sintomi neurotici possono essere per lo meno alleviati tramite farmaci (10).

« La guarigione può essere definita un problema religioso... Le (r)eligioni sono sistemi per guarire malattie psichiche... Ecco perché i pazienti costringono lo psicoterapeuta ad entrare nel ruolo di prete, ed ecco perché essi si aspettano ed esigono ch'egli li liberi dalle loro sofferenze. È per questa ragione che noi psicoterapeuti dobbiamo occuparci di problemi che, strettamente parlando, competono ai teologi » (11).

Inoltre si deve dare atto a JUNG di aver capito molto bene e di aver corag-

in cui i valori morali sono occultati per mezzo di un gergo pseudo-medico e pseudo-scientifico. Quale ironia nel fatto che JUNG sia così spesso colpito dal discredito dei moderni psicologi che lo tacciano di essere un mistico, e FREUD sia invece osannato come scienziato... — come se il primo obbligo del vero scienziato non fosse quello di essere chiaro e sincero. Proseguendo, possiamo vedere dai seguenti passaggi, che i problemi messi in luce da JUNG ci riguardano tuttora assai da vicino. In realtà, l'approccio positivistico — "medico", "psicologico" e "scientifico" — alle psicoterapie è, rispetto al 1933 — anno in cui JUNG scrisse quanto riportiamo — difeso ed arroccato molto più saldamente, e inoltre occultato dietro una più spessa coltre di fumo, fatta di legittimazioni semantiche e istituzionali:

« Questo complesso-paterno (freudiano), fanaticamente difeso con tanta ostinazione e suscettibilità, è un pretesto atto a nascondere l'incomprensione della religiosità; è un misticismo espresso nei termini della biologia e della relazione familiare.

« Per quanto concerne il concetto freudiano di "super-lo", esso è lo strumento nascosto utilizzato da Freud per contrabbandare le sue venerate immagini di Jehovah mascherate da teoria psicologica. Quando si fanno cose del genere, è meglio dirlo apertamente. Per quanto mi riguarda, preferisco chiamare le cose con i nomi sotto cui sono sempre state conosciute. La ruota della

vita spirituale... non deve essere negata » (12).

VII

Siccome ho parlato per lo più di ciò che la psicoterapia non è, sarà bene, prima di concludere, ch'io dica qualcosa a proposito di ciò che essa è.

Psicoterapia è il nome che viene dato ad un particolare tipo di influenza personale esercitata su altri: per mezzo di comunicazioni, una persona, identificata come "il psicoterapeuta", esercita un'influenza speciosamente terapeutica su di un'altra, identificata come "il paziente". È comunque evidente che questo processo non è che un elemento di una classe ben più vasta — in realtà di una classe tanto vasta da raccogliere virtualmente tutte le interazioni fra esseri umani. La gente si influenza reciprocamente non solo nel corso della psicoterapia, ma anche in innumerevoli altre situazioni, quali ad esempio la pubblicità, l'educazione, l'amicizia e il matrimonio. Chi può dire se queste interazioni sono utili o dannose, e per chi? È su questo punto che il concetto di psicoterapia ci trae in inganno postulando anticipatamente che l'interazione è "terapeutica" per il paziente — "terapeutica" negli intenti o nei risultati, ovvero in entrambi.

Le persone cercano costantemente di influenzarsi a vicenda. Ed è appunto questo a far sì che la vita sociale si fondi tanto sulla collaborazione che sulla conflittualità. Controllare ed essere

ne. Gli uomini influenzano gli altri e sono da essi influenzati, lo desiderano e vi si oppongono. Per coloro che sono interessati alla psicoterapia è importante la domanda seguente: « che tipo di influenza esercitano effettivamente gli psicoterapeuti sui loro clienti? » (13).

Di regola, la gente si influenza reciprocamente per sostenere certi valori e per opporsi ad altri. In passato, i valori venivano promossi apertamente — ad esempio, la castità, l'obbedienza, o la parsimonia. Oggi, essi vengono propugnati il più delle volte in modo furtivo — ad esempio, il bene comune, l'igiene mentale, o il benessere. Tali parole sono spazi bianchi che possono essere riempiti da colui che parla o ascolta con qualunque significato, a suo piacimento. Di qui il grande valore che esse hanno per il demagogo, politico o professionale. Ad esempio, un candidato alla presidenza può parlare di ri-
"sanare" l'economia nazionale, e nessuno può dire con certezza se costui intende farsi promotore di un bilancio in pareggio oppure di finanziamenti deficitari. Allo stesso modo, uno psichiatra può parlare di "salute mentale", e nessuno è in grado di dire con sicurezza se intende promuovere l'individualismo o il collettivismo, l'autonomia o l'eteronomia.

Gli psicoterapeuti fanno parecchie cose; lo scopo dichiarato è sempre quello di fornire "terapia". Spesso, comunque, i tentativi che vengono fatti per "curare" un paziente sono dei veri e propri sforzi per convertire la sua condotta da un determinato modo ad

mente sposate in coppie felici; omosessuali in eterosessuali; criminali in non criminali; o più in generale, pazienti affetti da disturbi mentali in ex-pazienti psichicamente guariti.

Riassumendo, dunque, la psicoterapia è etica secolare; ovvero è la religione

del formalmente irreligioso — con il suo linguaggio, che non è il latino bensì il gergo medico; con la sua teologia, che non è il Cristianesimo bensì il positivismo; e con la sua suprema fonte di significati e di valori, che non è Dio bensì la Scienza (14).

BIBLIOGRAFIA

1. SZASZ T.S.: Malingering. Diagnosis or social condemnation? *Arch. Neurol. Psychiat.*, 76, 432-443, Oct. 1956; The problem of psychiatric nosology. *Amer. J. Psychiat.*, 114, 405-413, Nov. 1957; The myth of mental illness. *Amer. Psychologist*, 15, 113-118, Feb. 1960.
2. KOLB L.C.: *Noyes' modern clinical psychiatry*, seventh edition, p. 546 (Saunders, Philadelphia, 1968).
3. SZASZ T.S.: *Law, liberty, and psychiatry* (Macmillan, New York, 1963); *Psychiatric justice* (Macmillan, New York, 1965); *The manufacture of madness* (Harper and Row, New York, 1970).
4. SARWER-FONER G.J.: Psychotherapy in relation to the changing Canadian scene. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 10, 98-108, April 1965.
5. WITTGENSTEIN L.: *Zettel*, p. 82 e (Blackwell's, Oxford, 1967).
6. SZASZ T.S.: *The myth of mental illness* (Hoeber-Harper, New York, 1961; rev. ed., Paladin, London, 1972).
7. SZASZ T.S.: *The ethics of psychoanalysis* (Basic Books, New York, 1965).
8. FREUD S.: On the history of the psychoanalytic movement (1914); in *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 14, pp. 1-66, 14-15 (Hogarth Press, London, 1957).

10. JUNG C.G.: Psychotherapists of the clergy (1932); in JUNG: Modern man in search of a soul, p. 227 (Harcourt, Brace and World, New York, 1933).
11. JUNG C.G.: Psychotherapists or the clergy (1932); in JUNG: Modern man in search of a soul, pp. 237, 241 (Harcourt, Brace and World, New York, 1933).
12. JUNG C.G.: Freud and Jung - contrasts; in JUNG: Modern man in search of a soul, pp. 115, 124, 122-123 (Harcourt, Brace and World, New York, 1933).
13. SZASZ T.S.: Psychotherapy. A sociocultural perspective. *Comprehens. Psychiat.*, 7, 217-223, Aug. 1966.
14. SZASZ T.S.: Ideology and insanity, pp. 1-11 (Doubleday Anchor, New York, 1970).

RECENSIONI

ANDRÉ ROUMIEUX

JE TRAVAILLE À L'ASILE D'ALIÉNÉS

Éditions Champ Libre, Paris 1974, pp. 313

Publicato recentemente in Francia, il volume è presentato come documento in cui per la prima volta è possibile fare la conoscenza di un autore che è effettivamente infermiere all'interno di un ospedale psichiatrico, dove si propone di « aiutare i propri simili ad uscire dal loro incubo » (dalla bandella di Pierre Gascar).

Il quarantatreenne autore, alla sua prima opera, si è diplomato infermiere nel 1953 e svolge funzione di sorvegliante, a partire dal 1971, in un ospedale psichiatrico dipartimentale della Francia.

Per comprendere gli intenti di Roumieux, la cosa migliore è leggere il suo libro: la concretezza documentaria di questo è infatti innegabile. Ci piace comunque anticiparne alcune parti. Una si riferisce ad Antonin Artaud, conosciuto direttamente all'interno del manicomio da un collega dell'autore: « Se Artaud ha scritto: "là dove altri propongono delle opere, io altro non pretendo che di mostrare il mio spirito" credo sia interessante sapere come il poeta esorcizzava i "demoni" che lo accompagnavano lungo le sue giornate asilari » (p. 127). Questo si chiede l'autore. Il secondo passo anticipato a guisa di indicazione per chi volesse saperne di più è quello che conclude il libro: « Più tardi, allorché un membro della mia famiglia avrà bisogno di essere ospedalizzato per una depressione nervosa (ed io lo farei ospedalizzare in un ospedale psichiatrico pubblico), sarò andato sufficientemente lontano nella mia esperienza personale (professionale ed extraprofessionale) da essere profondamente convinto dell'importanza del ruolo che deve giocare l'istituzione psichiatrica pubblica e del posto che deve tenervi *l'infermiere psichiatrico* » (p. 313).

A. C.

AUTORI VARI

CRIMINI DI PACE

A cura di F. Basaglia e di F. Basaglia Ongaro

Einaudi, Torino 1975, pp. 478, L. 3.600

Il titolo di questa raccolta svela a perfezione il suo contenuto: perché vi si parla delle indegnità diluite nella vita quotidiana e nella mentalità che troppi, complici o no, danno per scontata. Gli interventi degli autori (V. Dedijer, M. Foucault, R. Castel, R. Lourau, V. Accattatis, E. Wulff, N. Chomsky, R. Laing, E. Goffman, Th. S. Szasz, S. Cohen, oltre ai curatori e a membri del Center of Urban Affairs della Northwestern University), anche se in tono diverso e con diverse articolazioni, ripropongono gli stessi quesiti: il sapere intellettuale è in funzione dell'esclusione o della guarigione? Perché le istituzioni (carcere, manicomio) alimentano tratti disturbanti delle persone che dovrebbero aiutare? Perché una massa enorme di lavoro non viene speso per cambiare?

diverso carattere; e non possiamo qui esaminarle tutte. Consigliamo al lettore di iniziare dall'esperienza compiuta da V. Accattatis nelle carceri italiane, che nella sua realtà spoglia rappresenta un'eccellente premessa per comprendere vivamente i termini del problema. I capitoli degli altri autori hanno il pregio di affrontare un argomento, come quello del ruolo intellettuale, in maniera tutt'altro che astratta, ma anzi mirando al sodo. Merito, questo, che non è tra i minori di Franco e Franca Basaglia.

G. R.

V. ANDREOLI, F. MAFFEI, R. SIMI DE BRUGIS

MARIJUANA: DIMENSIONE CLINICA E GIURIDICA

Tamburini, Milano 1974, pp. 243, L. 6.400

La letteratura scientifica concernente la canapa indiana è mastodontica: senza un appoggio sintetico, come quello offerto da questo libro, si rischia di esserne schiacciati. In diversi capitoli, ciascuno dedicato a un aspetto particolare (farmacologia sperimentale e clinica, tossicologia, epidemiologia, argomenti giuridici ecc.) questo testo offre un'ottima rassegna in lingua italiana, corredata da una bibliografia esauriente. I risultati sono sempre offerti in maniera chiara, ma senza dogmatismo. In particolare, molte pagine sono dedicate alla legislazione in Italia e negli altri paesi del mondo, e rappresentano uno dei pregi maggiori.

L'unica critica di una certa entità riguarda il capitolo dedicato all'epidemiologia; d'altronde, si tratta di un argomento ancora in via di sviluppo, e i risultati che vi sono raccolti devono essere considerati ancora provvisori.

G. R.

G. ROCCATAGLIATA

STORIA DELLA PSICHIATRIA ANTICA

Loepli Ed., Milano 1973, pp. 352, L. 5.000

Questa storia della psichiatria nella Grecia e nel mondo romano della classicità mette in imbarazzo il recensore. Si tratta infatti di uno dei pochissimi studi condotti su documenti originali, esaminati e riportati con grande dettaglio; e, a quanto ne sappiamo, l'unico studio del genere che abbia un così vasto respiro. Si tratta di un testo di riferimento indispensabile. Il risultato di una scelta perseguita con applicazione indefettibile, di cui fa testimonianza la più completa bibliografia che sia fornita sull'argomento.

D'altro canto, non si possono non fare alcune osservazioni critiche. Manca un riferimento diretto ed esauriente alla aretologia di Epidauro, la più antica « casistica » greca di nostra conoscenza; non si danno molti ragguagli sulla considerazione quotidiana e popolare dei fenomeni mentali, che pure poteva essere espunta da prosatori e poeti della classicità. Infine, detto che la storia è « un eterno presente » viene preso un po' troppo alla lettera, quando si tratta di far paragoni fra diverse concezioni o seguire in via diacronica determinati eventi culturali.

In conclusione, mentre è lodevole la ricchezza dell'informazione, il metodo di esposizione sembra perfezionabile in funzione della migliore resa storica di un argomento di così grande interesse.

AUTORI VARI**PHARMACY PRACTICE: SOCIAL AND BEHAVIOURAL ASPECTS**

A cura di A.I. Wertheimer e M.C. Smith

University Park Press, Baltimore 1974, pp. 556, s.i.p.

In apparenza, questa raccolta di saggi riguardanti la natura sociale e l'uso dei farmaci riguarda marginalmente la psichiatria. In realtà la questione dei farmaci nella vita odierna e nella pratica medica ha finito per essere talmente vasta da non poter riguardare da vicino anche chi non si occupa di farmacologia in senso stretto. Le diverse sezioni in cui è diviso questo testo affrontano, in prevalenza, il fatto costituito dallo sviluppo del consumo di medicinali, e tutto ciò che lo riguarda dal punto di vista professionale, psicologico, sociale, economico. In prevalenza i lavori scelti e presentati sono improntati alla visuale della sociologia medica, orientamento quasi sconosciuto da noi. Il volume è curato da farmacologi, ma i titoli dei capitoli rivelano che la loro considerazione della propria disciplina non è affatto limitata: «contesto sociale e professionale», «il ruolo di paziente», «la malattia in quanto problema sociale», «modello e realtà del comportamento del farmacista», e così via.

L'antologia si riferisce ai paesi anglosassoni in cui la sociologia medica si è sviluppata negli ultimi quindici anni; ma la ricchezza d'informazione, di riferimenti bibliografici e l'accento sulla concretezza ne fanno un testo di eccezionale interesse, che meriterebbe una traduzione nella nostra lingua.

G. R.

CESARE VIVIANI**PSICOANALISI INTERROTTA**

SugarCo Edizioni, pp. 141, L. 2.000

È un libro che probabilmente non piacerà molto agli analisti: il «vissuto» e i «perché» di 28 interruzioni di analisi, raccontate in prima persona dagli interessati. Non è ben chiaro — ammesso che ci sia — l'intento dell'opera: contestare la psicoanalisi? ridimensionare i vissuti di onnipotenza degli analisti? promuovere esperienze alternative? contenere il crescente (seppur tardivo) interesse degli italiani per la psicoanalisi? Non si capisce. Si tratta comunque di una penosa sequenza di fallimenti, di malintesi, di aspettative frustrate, di comunicazioni impossibili e precarie, di situazioni più o meno disperate, per le quali manca quasi sempre, programmaticamente, una via d'uscita, un abbozzo di interpretazione, un qualunque sforzo che renda le esperienze riportate in qualche modo utili e costruttive per qualcuno.

Libro di lettura spiacevole per coloro che non vivono troppo intensamente il problema dell'incomunicabilità e dell'impotenza terapeutica; un po' noioso, forse, per gli altri. Merita comunque una scorsa.

G. M.

MICHEL NEYRAUT**LE TRANSFERT**

Presses Universitaires de France, 1974, pp. 281, Fr. 42,00

S. Blanton: una collana che intende presentare oltre ad opere originali di autori francesi anche opere del periodo classico e testi psicoanalitici poco noti.

Nella premessa al volume l'Autore fa notare come la letteratura relativa al « transfert » manchi di opere a carattere monografico mentre non esiste testo o articolo che non vi consacri almeno un capitolo o un paragrafo. L'intento del volume non è comunque quello di fare una recensione o rassegna dei diversi contributi in proposito, bensì di fornire il disegno di una « teoria generale del transfert » all'interno della quale possano essere situate le varie tendenze.

Delle quattro parti in cui si divide il libro (I: Il contro-transfert; II: La storia del transfert; III: Transfert e realtà; IV: Gli atti e i segni) particolarmente interessante è la seconda. Nel primo capitolo (« Storia del concetto ») l'Autore indica che le origini del concetto di « transfert » possono essere situate assai prima della data della sua invenzione, vale a dire il 1895, e procede quindi ad un abbozzo di studio storico a partire dal XVIII secolo (il magnetismo di Mesmer e il « mesmerisme », l'abate Faria, Chastenet de Puysegur e le « consultazioni reciproche », Maine de Biran, James Braid e Liebault, Bernheim e la sua opera « De la Suggestion », ecc.).

A. C.

M.E. CHAFETZ, H.T. BLANE, M.J. HILL

FRONTIERS OF ALCOHOLISM

Science House, New York 1970, pp. XVI + 424, s.i.p.

Il volume si compone di due parti principali: « Comprensione e facilitazione della psicoterapia con gli alcoolisti » e « Nuove tendenze nel campo della ricerca e della pratica clinica ».

La bibliografia generale raccoglie più di duecento titoli di volumi e articoli (per quanto concerne questi ultimi particolarmente importante è la rivista « Quarterly Journal of Studies on Alcohol ») ed è preceduta da una « bibliografia ragionata » che offre una rassegna particolareggiata di quarantasei studi e ricerche sperimentali che nell'arco di tempo 1952-1963 hanno fornito valutazioni sull'efficacia delle tecniche psicoterapiche per il trattamento degli alcoolisti.

Per quanto riguarda l'approccio teorico e sperimentale degli Autori, le pagine dell'introduzione al volume chiariscono che alla base del loro lavoro sta la convinzione che l'alcoolista può essere efficacemente aiutato tramite una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico e in particolare attraverso una pratica clinica e un metodo di ricerca che liquidi definitivamente le « frontiere » cui allude il titolo del libro, ovvero la presunta necessità di studiare e trattare gli alcoolisti separatamente dagli altri pazienti.

A. C.

GIOVANNI JERVIS

MANUALE CRITICO DI PSICHIATRIA

Feltrinelli, Milano 1975, pp. 354, L. 5.000

Questo « manuale » — secondo le dichiarate intenzioni dell'Autore — è elementare e introduttivo: risulta particolarmente utile agli studenti in quanto demistifica certi luoghi comuni della psichiatria e della psicologia.

sul versante teorico e pratico in un modo profondamente esauriente. La seconda parte è un dizionario ragionato dei termini di uso corrente in psichiatria: è soddisfacente per la modalità di approccio ai singoli argomenti mentre lo è un po' meno (pur avendo presenti i limiti proposti dall'Autore) per la relativa scarsità dei temi presi in considerazione.

Il ricco e utile corredo bibliografico e la rimarchevole efficacia di un linguaggio semplice e immediato contribuiscono a rendere quest'opera preziosa per tutti gli operatori psichiatrici e specie — teniamo a ripeterlo — per gli studenti.

G. G.

NOTIZIE SUI CONGRESSI

8-9-10 Maggio
MILANO (8-9)
CREMONA (10)

Congresso nazionale della Lega italiana di Igiene Mentale sul tema: « Le attività di partecipazione nell'ambito del territorio e l'igiene mentale ».

Segr.: Lega Italiana di Igiene Mentale - Provincia di Milano - Via Vivaio 1 - 20122 Milano - Tel. (02) 7740.

12-16 Maggio
OSLO

16ª sessione del Consultative Group sui problemi sociali dell'infanzia e della gioventù, organizzato dall'International Union for Child Welfare.

Inf.: IUCW, Centre Int., 1 rue de Varembe, CH-1211 Genève 20.

20-24 Maggio
AMSTERDAM

Congresso internazionale della Federazione Internazionale delle « communautés d'enfants », sul tema: « Evoluzione dell'educazione comunitaria ».

Inf.: FICE Nederland, Van Vollenhovenlaan, 659, Utrecht.

21 Maggio
BERLINO (Ovest)

Child Guidance Congress.

Inf.: Berliner Vereinigung für Heilpädagogik Verband Deutscher Sonderschulen e.V., Prof. Dr. Scheffler, Mariannenstrasse 12, 1 Berlin 45.

2-4 Giugno
NEW YORK

Convenzione della American Neurological Association.

Inf.: Dr. Samuel A. Trufant, Secretary-Treasurer, Cincinnati General Hospital, 3231 Bumet Ave., Cincinnati, Oh 45229, USA.

2-6 Giugno
PARIGI

Congresso del Centro Internazionale di Gerontologia Sociale.

Inf.: Mr. Dartiguelongue, C.I.G.S., 3 Place des Etats-Unis, F-75116 Paris.

9-15 Giugno
HELSINKI

21° Corso Internazionale sulla prevenzione e il trattamento dell'alcoolismo, organizzato dall'Int. Council on Alcohol and Addictions.

Inf.: A. Tongue, Director ICAA, C.P. 140, CH-1001 Lausanne.

19-21 Giugno
BERLINO (Ovest)

7° Simposio internazionale sull'Epilessia, organizzato dalla Lega Internazionale Contro

- zione del paziente epilettico esterno».
 Inf.: Kurt Fleischmann and Associates, 164
 North Gower St., London NW1 2nd, UK.
- 19-21 Giugno**
DAVOS (Suisse)
- Simposio internazionale di Gerontologia or-
 ganizzato dal Forum Davos.
 Inf.: Congresshaus-Convention Hall, CH-7270
 Davos Platz.
- 27-28-29 Giugno**
NAPOLI
- «Ruoli e funzioni» Seminario residenziale
 organizzato dal Centro Studi W. Reich. Tema:
 «Autorità Autoritarismo-Autorevolezza» (Psi-
 codinamica della manipolazione del consen-
 so; Potere e violenza nei meccanismi di mas-
 sa; Autorità e autoritarismo attraverso le
 dinamiche di gruppo).
 Segr.: Centro Studi W. Reich, Cupa Caiafa 36,
 80122 Napoli - Tel. (081) 68.50.24.
- 28 Giugno-4 Luglio**
PRAGA
- Congresso Internazionale sul tema: «Acti-
 vitas nervosae superioris».
 Inf.: CZECH Medical Society J.E. Purkyne,
 Sokolska 31, 12026 Prague 2.
- 30 Giugno-4 Luglio**
- 5° Congresso dell'Unione Europea dei Pe-
 dopsichiatri e dell'Unione Europea di Psi-
 chiatra Infantile sul tema: «Terapia in psi-
 chiatra dell'infanzia e dell'adolescenza».
 Inf.: Prof. Walter Spiel, c/o Secret. - V. UEP -
 Kongress, Wiener Medizinische Akademie,
 Alser Strasse 4, 1090 Vienna.
- Giugno**
BARCELLONA
- 10° Congresso Internazionale dell'Associazio-
 ne Internazionale di Neurochimica.
 Inf.: Dr. Jordi-Folch-Pi, McLean Hospital,
 115 Mill St., Balmint, Mass., USA.
- 9-11 Luglio**
PRAGA
- 3° Simposio internazionale di neurologia in-
 fantile. Tema: «Il bambino ipototonico; l'iper-
 tensione cranica del neonato».
 Inf.: Dr. Millos Lehovsky, Dep. of pediatric
 neurology, F. Nemocrice, Motol, 15006 Pra-
 ga 5.
- 20-25 Luglio**
LONDRA
- 29° Congresso Internazionale dell'Associazio-
 ne Internazionale di Psico-analisi.
 Inf.: Dr. S. Leigh, British Psychoanalytical
 Society, 11 Upper Wimpole St., London W1.
- 21-24 Luglio**
- 5° Congresso internazionale di medicina psi-
 cocomprensiva sul tema: "L'analisi dell'inf-

- Inf.: Prof. P. Aboulker, Hôpital Cochin, 27 rue Fauburg-Saint-Jacques, F-75674 Paris Cedex 14.
- 27-28 Luglio**
LONDRA
- Colloquio Internazionale sulla Psicoterapia Analitica di Gruppo.
Inf.: Dr. V. Cohen, The Institute of Group Analysis, 1 Bickenhall Mansions, Bickenhall St., London W1H 3LF.
- Luglio**
PARIGI
- 5ª Riunione Internazionale della Société Int. des Techniques d'Imagerie Mentale. Tema: « L'immagine mentale, il corpo e la relazione ».
Inf.: Mr. A. Virel, SITIM, 12 rue Saint Julien le Pauvre, F-75005 Paris.
- 1-5 Agosto**
Sicilia
- 7° Symposium Internazionale della German Academy for Psychoanalysis.
Inf.: Organizing Committee, D-1 Berlin 15, Wielandstrasse 27-28, FRG.
- 10-16 Agosto**
COPENHAGEN
- 26° Congresso mondiale della Federazione mondiale per la salute mentale, organizzato dalla Lega Danese d'Igiene Mentale. Tema « Crescita economica e salute mentale » (1. Abuso di droghe e di farmaci; 2. Aspetti psicosomatici: numero crescente di invalidi; 3. Aspetto sociale: i problemi degli emigranti; 4. Inquinamento e ambiente.
Inf.: L.N.B.H.M., Rue Forestière 13, 1050 Bruxelles.
- 18-22 Agosto**
ATENE
- 9° Congresso dell'International Rorschach Society.
Inf.: Prof. Dr. G. Destounis, Akakion 31, Polydrosson, Chalandri, Atene.
- 28-30 Agosto**
BRESCIA
- « New First and Second Messengers in Nervous Tissues », Satellite Symposium organizzato dalla International Society for Neurochemistry.
Inf.: Dr. M. Trabucchi - Istituto di Farmacologia e Farmacognosi - Università di Milano - Via Andrea del Sarto 21 - 20129 Milano.
- 30 Agosto-3 Settembre**
CHICAGO
- Assemblea dell'Associazione Americana di Psicologia.
Inf.: Th. Driscoll, Convention Manager, 714

- Agosto**
OXFORD
- Corso estivo di psicologia sociale organizzato dall'Associazione Europea di Psicologia Sociale Sperimentale.
Inf.: Mr. M. Argyle, Dept. of Experimental Psychology Univ. of Oxford, South Parks Road, Oxford.
- 1-5 Settembre**
LONDRA
- 3ª Conferenza internazionale sull'abuso di droga, organizzata dall'International Council on Alcohol and Addictions.
Inf.: Conference Services Limited, Conference Centre, 43 Charles St., Mayfair, London W1X 7PB.
- 1-15 Settembre**
TORONTO (Canada)
- 5° Congresso delle Nazioni Unite per la prevenzione del crimine e il trattamento dei delinquenti.
Inf.: Sacr. of the 5th United Nations Congress, United Nations, New York, N.Y. 10017 USA.
- 2-6 Settembre**
BARCELLONA
- 5° Congresso Internazionale di Neurochimica.
Inf.: Prof. Juan Sabater, Instituto Provincial de Bioquímica Clínica - Roberto Basas 1, Barcelona 14.
- 14-19 Settembre**
BRIGHTON
- 18° Congresso Internazionale di igiene occupazionale organizzato dalla Permanent Commission and Int. Association on Occupational Health.
Inf.: Conference Services Limited, Charles St. Mayfair, London W1X 7PB.
- 14-19 Settembre**
DUBLINO
- 6° Congresso della Lega Internazionale per l'assistenza agli handicappati mentali. Tema: « Il ritardo mentale: prospettive future e problemi prioritari ».
Inf.: A.N.A.H.M., Rue Forestière 12, 1050 Bruxelles.
- 15-19 Settembre**
ROMA
- 3° Congresso dell'International College of Psychosomatics Medicine.
Inf.: F. Antonelli, Via della Camilluccia 195, 00135 Roma.
- 22-24 Settembre**
BARCELLONA
- Symposium della French-Language Association of Scientific Psychology. Tema: « Genèse de la parole ».
Inf.: M.me Carmen Triado, Dep.to de Psicologia, Facultad de Filosofia, Barcelona.
- 12 Ottobre**

12-17 Ottobre
Mexico

Inf.: Mrs. Marion Kenn, 205 West End Ave.,
New York, N.Y. 10023.

4° Congresso Panamericano di Neurologia.
Temi: Infezioni del sistema nervoso; epidemiologia dei disturbi del sistema nervoso; disordini del linguaggio; l'insegnamento della neurologia.
Inf.: c/o IBE, 37 Store Street, London WC1E 7BS, United Kingdom.

14-19 Ottobre
SEATTLE

18th Annual Scientific Meeting and Workshop organizzato dalla American Society of Clinical Hypnosis.
Inf.: ASCH, 2400 East Devon Ave., Des Plaines, Illinois, 60018, USA.

19-23 Ottobre
GERUSALEMME

8° Congresso Internazionale per la prevenzione del suicidio. Tema: «Crisi della cultura moderna».
Segr.: P.O. Box 16271, Tel Aviv.

23-26 Ottobre
BOSTON

Meeting annuale della American Academy of Psychiatry and the Law.
Inf.: N.T. Sidley, M.D., director, Court Clinic, 4th District Court, Woburn, Mass. 01801.

18-23 Ottobre
SIBENICK (Jugoslavia)

Secondo Congresso Jugoslavo di Psicoterapia. Tema: «La psicoterapia individuale, di gruppo, e infantile».
Inf.: Dr. Srecko Marai Centar za Mentalnozdravilge, Klinike ma Rebiru, 41000 Zagreb.

Autunno
ANCONA

Convegno autunnale della Società Italiana di Psichiatria, Sezione di Psicoterapia Medica, sul tema: «Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti e dei tossicomaniani».
Segr.: Prof. Vittorio Volterra - Via Foscolo 7 - 40124 Bologna.

26 Ottobre-1 Novembre
SAO PAULO (Brasile)

Conferenza internazionale sull'alcolismo e le tossicomanie, organizzata dall'International Council on Alcohol and Addictions e dall'Istituto Oscar Freire di Sao Paulo.
Inf.: A. Tongue, Director of ICAA, Case Post. 140, CH - 1001 Lausanne.

31 Ottobre-2 Novembre
NEW YORK

18th Annual Conference and Workshop Sessions organizzate dalla Society for the Scien-

**14-15-16 Novembre
GENOVA**

Inf.: Rhoda Green, 392 Central Park West,
New York, N.Y. 10025.

18° Congresso Internazionale della Associazione Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia. Tema generale: «L'adolescente nel mondo di oggi».

14 Novembre: L'adolescenza e la droga; Mezzi attuali di aiuto e di recupero.

15 Novembre: Fisiopatologia e Patologia dell'adolescenza; Psicologia dell'adolescenza; L'adolescenza e il sesso.

16 Novembre: L'inserimento dell'adolescenza nel mondo moderno; L'adolescenza e i mezzi moderni di informazione.

Inf.: Prof. De Benedetti Venturini, Via Podgora 2/3 b, Genova.

**5 Novembre-6 Dicembre
GENOVA**

Programma di «Incontri sui problemi della Droga» per studenti delle scuole superiori, condotti dall'equipe del Centro Psicosociale Regione Liguria in collaborazione con l'Università e il Centro di Solidarietà di Genova. Temi degli incontri: Introduzione sul corso e sulle motivazioni - Droga, che cos'è, che cosa provoca - Modi di intervento - Che cosa c'è a monte - Esempi estremi: gli Stati Uniti - La droga nelle grandi città italiane - Esame delle proposte presentate dai partecipanti.

Durante il corso verranno inoltre proiettati i seguenti films: L'uomo dal braccio d'oro; Un cappello pieno di pioggia; Family Life; Trash.

Inf.: Centro Psicosociale Regione Liguria - Via Cesarea 37 E - Tel. 581393.

**9 Novembre
NEW YORK**

16th Emil A. Guthell Memorial Conference organizzata dalla Association for the Advancement of Psychotherapy. Tema: «Changing Sexual Behavior in a Changing Society».

Inf.: AAP, Dott. Stanley Lesse, 114 East 78th Street, New York, N.Y. 10021.

ERRATA CORRIGE

Esatta configurazione del grafico relativo all'articolo « Un metodo obiettivo di analisi dei sogni » apparso sul n. 2-3/1974 di « Aggiornamenti » - pagina 10.

Figura 1: GRAFICO DI FREQUENZA DELLE PAROLE CHIAVE PIÙ IMPORTANTI
PAROLE CHIAVE



