

# AGGIORNAMENTI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

2  
1972

IL « DOUBLE BIND » NEI RAPPORTI FAMILIARI: UNA SITUAZIONE PATOGENA UNIVERSALE

CARLOS E. SLUZKI - ELISEO VERÓN

TENTATIVI DI OBIETTIVAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE PSICOTERAPIE (I)

J. SERVAIS

ANALISI DEI CONTENUTI E DECONDIZIONAMENTO NEL GRUPPO TERAPEUTICO

R. BATTEGAY

TECNICHE TERAPEUTICHE E TECNICHE D'INCONTRO

ELISABETH E. MINTZ

OSSERVAZIONI SULLA FASE TERMINALE DELLA PSICOTERAPIA NEI BAMBINI

B. JACKSON

L'IMMAGINE DEL CORPO NELLE ATTIVITÀ ERGOTERAPICHE PROIETTIVE

P. CHANOIT - C. LEROY - M. MARILLAUD - D. DREAU

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DI EQUIPE NEL 13° ARRONDISSEMENT DI PARIGI

PHILIPPE PAUMELLE

RECENSIONI

NOTIZIE SUI CONGRESSI

SILVA EDITORE  RIVISTA TRIMESTRALE · APR. GIU. 1972 · ANNO 1 N. 2  
A CURA DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA



REDAZIONE: CARLOS ALBERTO ARESTIVO, PAOLA COCORULLO, ALDO D'ARCO, GIOVANNI GUASPARRI, MARGHERITA LIZZINI, GIANDOMENICO MONTINARI, LIA OELKER, PIERO PESSI, GIOVANNI ROBERT, DIMITRI SOBRERO. COLLABORATORI: CARLO BOIDI, NUCCIA BOIDI, LUIGI FASCE, MARIA FISCHER, ELENA GIORDANO, ANNA MARIA GREGORETTI, GIULIANA MANDARA. DIRETTORE RESPONSABILE: GIANDOMENICO MONTINARI.

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TEL. 541092. ANNO 1°, NUM. 2 - APRILE-GIUGNO 1972. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV. PREZZO DI UN FASCICOLO L. 1000, ESTERO L. 1500, ARRETRATO L. 2000, ABBONAMENTO ANNUO L. 3600, ESTERO L. 6000. 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. 29920 DEL 16-12-1971. STAMPATO NELLA TIPOGRAFIA FRATELLI MEMO, VIA RINUCCINI 5 - 20125 MILANO. CONSULENZA GRAFICA: ARCH. GIORGIO RIVA.

## SOMMARIO

---

- 5 EDITORIALE
- 7 IL « DOUBLE BIND » NEI RAPPORTI FAMILIARI: UNA SITUAZIONE PATOGENA UNIVERSALE  
CARLOS E. SLUZKI - ELISEO VERON
- 19 TENTATIVI DI OBIETTIVAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE PSICOTERAPIE (I)  
J. SERVAIS
- 35 ANALISI DEI CONTENUTI E DECONDIZIONAMENTO NEL GRUPPO TERAPEUTICO  
R. BATTEGAY
- 43 TECNICHE TERAPEUTICHE E TECNICHE D'INCONTRO  
ELISABETH E. MINTZ
- 49 OSSERVAZIONI SULLA FASE TERMINALE DELLA PSICOTERAPIA NEI BAMBINI  
B. JACKSON
- 59 L'IMMAGINE DEL CORPO NELLE ATTIVITÀ ERGOTERAPICHE PROIETTIVE  
P. CHANOIT - C. LEROY - M. MARILLAUD - D. DREAU
- 65 L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DI EQUIPE NEL 13° ARRONDISSEMENT DI PARIGI  
PHILIPPE PAUMELLE
- 77 RECENSIONI
- 79 NOTIZIE SUI CONGRESSI



## EDITORIALE

---

Il successo incontrato dal primo numero della nostra rivista, esauritosi nel giro di poche settimane, è l'indice più attendibile della validità dell'iniziativa, nonché della rispondenza di questa particolare « formula » alle esigenze di informazione e di aggiornamento dei Colleghi.

Tra gli apprezzamenti che abbiamo ricevuto, non sono mancati alcuni appunti — molto contenuti, a dire il vero — che riguardano soprattutto il limitato respiro dato alle opinioni della Redazione sugli articoli proposti; è sembrato ad alcuni che la semplice traduzione di lavori tratti da altre riviste, senza un adeguato sforzo di inquadramento e di discussione, non sia un impegno sufficientemente qualificante, o comunque non tale da giustificare la costituzione di un gruppo di ricerca.

Questi rilievi erano previsti, perché strettamente connessi con la nostra impostazione di lavoro, e, forse, inevitabili. In realtà un processo di critica e di valutazione del materiale postula l'esistenza di un *corpus* dottrinario già consolidato, che noi — programmaticamente — non abbiamo e la cui formazione cerchiamo anzi di rimandare il più possibile. La nostra intenzione è piuttosto di dare a noi stessi e ai lettori un quadro quanto più fedele possibile della situazione in cui si trova, oggi, la ricerca teorica e applicativa nel campo della psicoterapia, presentando i contributi che ci sembrano più significativi, in base a criteri non stabiliti in precedenza, ma acquisiti nel corso stesso del lavoro di selezione. Preferiamo, in questo, mantenere un atteggiamento esplorativo, empirico e informale, privo di premesse teoriche, che non siano quelle di cercare di capire qual è, realmente, l'« eziopatogenesi » della « malattia psichica », quale il valore, il significato e i limiti delle possibili « terapie » e che cosa succede, propriamente, nell'ambito di un approccio psicologico.

Qualunque apporto che ci aiuti a fare un passo avanti in questa direzione è per noi prezioso e ci affrettiamo a comunicarlo ai nostri lettori. Eguale interesse rivolgiamo alla comunicazione di esperienze che si siano dimostrate particolarmente valide sul piano della realizzazione pratica e si prestino da modello per future soluzioni di ampio respiro sociale.

Si tratta quindi per noi di un impegno di coerente aderenza ai « fatti », i quali, scelti tra quelli che ci sembrano più ricchi di significato, rappresentano, almeno al momento attuale e in questo particolare contesto, la nostra principale forma di espressione. Lasciamo ad altri, che la ritengano utile o si sentano di farla, la sistemazione teorica dei dati e la ricerca di un accordo tra questi e gli ultimi risultati del processo di elaborazione di alcuni presupposti dottrinali.

Il primo articolo che pubblichiamo in questo numero è l'esposizione molto incisiva di una applicazione del *double bind*, particolarmente interessante in

quanto tentativo iniziale di estendere questo concetto al campo delle nevrosi: ci sembra che si tratti di un discorso completamente aperto e in fase di pieno sviluppo, che di sicuro modificherà radicalmente la nostra concezione delle nevrosi.

Il secondo lavoro è una vasta rassegna di tutti i principali tentativi effettuati finora per cercare di obiettivare i risultati psicoterapeutici; ci sembra che contenga molti dati interessanti e fornisca criteri utilizzabili nella pratica clinica: data la lunghezza un po' eccessiva, in questo numero ne pubblichiamo solo la prima parte.

Il terzo articolo, di Battegay, prende in considerazione i rapporti tra analisi e decondizionamento nella terapia di gruppo: si tratta di concetti ormai acquisiti (il lavoro è del 1968), ma esposti con chiarezza e ben esemplificati. Contenuto praticamente analogo ha il lavoro della Mintz sulle nuove tecniche d'incontro che si stanno mettendo a punto negli Stati Uniti; esse vengono presentate in tutti i loro aspetti anche inusuali e talvolta sconcertanti per noi europei, ma estremamente ricchi di suggerimenti e aperti a sviluppi impensati: è evidente che il potenziale terapeutico del decondizionamento viene qui impiegato entro limiti molto ampi, nell'ambito di una comprensione profonda della situazione relazionale: psicoterapia analitica e terapia del comportamento sembrano confluire ormai senza alcun problema.

La fase terminale dell'analisi nei bambini viene descritta, con abbondanza di suggerimenti pratici, nel lavoro di B. Jackson: ci è sembrato utile riportarlo, soprattutto per il suo carattere di concretezza e di ausilio all'attività terapeutica, di netta impronta anglosassone.

L'« ergoterapia proiettiva », oggetto del lavoro di P. Chanoit e coll., è una tecnica proiettivo-terapeutica che dà la possibilità di studiare l'evoluzione clinica di alcuni malati attraverso la loro produzione artistica in un atelier appositamente attrezzato: comprensione del mondo del paziente, sua possibilità di espressione e di comunicazione in maniera continuativa, e processo terapeutico si incontrano in questa particolare situazione di cura, utile soprattutto per pazienti di una certa gravità.

L'articolo di Paumelle « L'organizzazione del lavoro di équipe del 13° arrondissement di Parigi » è il primo di una serie, avente lo scopo di illustrare ai lettori le realizzazioni psichiatriche e psicoterapeutiche più ricche di significato scientifico e soprattutto sociale. Tutte le volte che sarà possibile pubblicheremo, oltre alla descrizione in prima persona effettuata dai principali responsabili, come in questo caso, anche le osservazioni di alcuni nostri redattori — recatisi a visitare tali istituzioni — eventualmente corredate dai risultati dei colloqui con queste persone.

Nello stesso spirito potremo accogliere di tanto in tanto lavori inviatici da Lettori o da altri Colleghi, purché in armonia con l'impostazione della nostra rivista e utili ai fini del processo di reciproca informazione.

## IL «DOUBLE BIND» NEI RAPPORTI FAMILIARI: UNA SITUAZIONE PATOGENA UNIVERSALE

**CARLOS E. SLUZKI**  
**ELISEO VERÓN**

C. SLUZKI È DIRETTORE DEL CENTER FOR PSYCHIATRIC RESEARCH, DIPARTIMENTO DI PSICOPATOLOGIA E NEUROLOGIA DELL'OSPEDALE G. ARÁOZ ALFARO, ZANÚS (BUENOS AIRES) E DEL DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA DELL'OSPEDALE MT. ZION, SAN FRANCISCO (CALIFORNIA). E. VERÓN È DIRETTORE DEL CENTER FOR SOCIAL RESEARCH, TORCUATO DI TELLA INSTITUTE, BUENOS AIRES. L'ARTICOLO È STATO REDATTO IN SPAGNOLO E PUBBLICATO, TRADOTTO IN INGLESE DA PAUL WATZLAWICK, SU «FAMILY PROCESS», 1971, 4, 397-410, COL TITOLO «THE DOUBLE BIND AS A UNIVERSAL PATHOGENIC SITUATION».

### RIASSUNTO

In questo lavoro abbiamo cercato di proporre modelli specifici per le genesi di tre tipi di neurosi (isterica, fobica, e ossessivo-compulsiva). Riteniamo che questo approccio,

basato sulla ricostruzione concettuale degli specifici contesti di apprendimento ed esperienziali di un individuo, sia applicabile anche allo studio di altri disturbi funzionali. Un ruolo preminente è assegnato, in questo processo, all'ubiquità dei fenomeni di double-bind, considerati di importanza maggiore di quanto si ritenesse in passato.

### SUMMARY

In this report we have tried to propose specific models for the genesis of three types of neurosis (i.e., hysteric, phobic, and obsessive-compulsive). We believe that this approach, based on a conceptual reconstruction of the specific learning contexts and experiences of an individual, is applicable to the study of the other functional disturbances as well. A central position is assigned in this to the ubiquity of double-bind phenomena which are assumed to be of greater importance than previously believed.

Qualche mese fa, il primo dei due autori ha dato inizio al trattamento psicoterapeutico di uno studente universitario che aveva problemi di studio: a dispetto della motivazione positiva e del suo interesse per lo studio, questo ragazzo diventa incapace di uno sforzo di concentrazione non appena si siede davanti ad un libro di testo. Peraltro è un lettore avido e il suo blocco mentale insorge soltanto quando legge libri di scuola. Può sedersi davanti ai testi per ore, ma la sua mente vaga, facendo tentativi infruttuosi di concentrarsi su ciò che legge. Nessuno lo costringe a studiare, anche se dev'essere menzionato che la sua famiglia dà molto peso ai successi accademici e che entrambi i genitori sono laureati.

Abbiamo quindi una persona che vuole studiare ma non può. In una delle



sedute egli dice, come una cosa a parte, che ha anche dei problemi circa il lavarsi i denti. Sa di doverseli lavare, ma usa ogni sorta di sotterfugio per evitarlo; semplicemente, l'idea non gli va, ma non sa perché. Quello che fa tipicamente è rimandare di lavarsi i denti finché non è il momento di uscir di casa, per cui sarebbe in ritardo se cominciasse allora. Si rende conto che si tratta di un trucco, e definisce irrazionale il suo comportamento. Ricorda che da bambino aveva le gengive dolorosamente irritate, e che perciò, appena possibile, evitava di spazzolarsi i denti, benché entrambi i genitori sottolineassero la necessità e l'importanza di avere i denti puliti. Va avanti dicendo che i suoi genitori cercavano di attribuire un peso speciale alle loro richieste riguardo al lavarsi i denti, così come a molte altre sue attività, spiegandogli che il fare tutto ciò *di sua iniziativa* sarebbe stata una chiara prova di essere « cresciuto », cioè indipendente. Nella sua infanzia, il paziente cominciò presto a ricorrere a piccoli trucchi, come inumidire lo spazzolino e cambiare di posto al dentifricio sullo scaffale, per far credere che si era lavato i denti, e così, con sua grande sorpresa e meraviglia si accorse che riusciva a prendersi gioco degli adulti.

Riferisce che riflettere su questo inganno era un'esperienza affascinante per lui. Se paragoniamo questo ricordo col problema che ha ora in merito alla pulizia dei denti, troviamo che i due fenomeni sono strutturalmente identici, benché ci sia una differenza: oggi giorno, l'ingiunzione viene dal suo intimo. Inoltre, possiamo vedere che i due fe-

nomeni sono strutturalmente identici anche al disturbo che l'ha portato in terapia, cioè al suo problema di concentrazione nello studio. In entrambi i problemi, vale a dire quello banale dello spazzolino e quello, molto più disturbante, dei suoi studi, le ingiunzioni vengono dall'intimo del soggetto stesso, ma sono temute come se originassero da qualche autorità esterna che non può essere messa in discussione ma solo aggirata. Questo aggiramento viene realizzato attraverso una sorta di « vorrei ma non posso », premessa attraverso cui da un lato egli non può essere accusato di non conformarsi all'ingiunzione, ma dall'altro può evitare di farlo.

Che cos'erano dunque i messaggi originali datigli dai genitori mentre lo educavano a pulirsi i denti? In primo luogo « devi pulirti i denti » e, secondariamente, « desiderare di pulirsi i denti è un atteggiamento adulto », lodevole e segno di indipendenza. Questi due messaggi potrebbero essere paradossalmente sintetizzati in « fai esattamente quello che ti diciamo, ma di tua iniziativa » e potrebbero essere elaborati in « se non obbedisci saremo arrabbiati con te, ma se obbedisci solo perché te lo diciamo noi saremo lo stesso arrabbiati perché tu devi comportarti in modo indipendente ». Questa ingiunzione crea una situazione insostenibile, perché esige che una sorgente esterna sia confusa con una interna. D'altronde, questo è un modello quasi ubiquitario per l'internalizzazione di regole sociali, ma pur essendo così universalmente diffuso mantiene pur sempre la sua natura paradossale.

Come può essere contrastato? Forse

soltanto in base al suo aspetto esterno? Ma, riguardo a questo, il mondo dell'infanzia del paziente conteneva anche un'altra regola: ogni opposizione ai genitori era considerata un atto di cattiveria, che produceva disturbo e senso di rifiuto, un'altra complicazione — questa — tutt'altro che infrequente. Così, l'ingiunzione esplicita « devi obbedirci » veniva rinforzata assegnando ad ogni atto di ribellione un significato intensamente negativo. In questo modo non c'è uscita: obbedire è una buona cosa, perché soddisfa la richiesta d'obbedienza, ma è cattiva perché non soddisfa la richiesta di indipendenza; però non obbedire implica indipendenza, che è cosa buona, ma viola l'ingiunzione di essere obbedienti. Infine, l'ingiunzione « devi far questo di tua spontanea volontà », incuneata com'è tra le altre ingiunzioni, può condurre all'internalizzazione non soltanto della sorgente di queste ingiunzioni, ma dell'intero complesso di legami inerenti al paradosso. Voler pulirsi i denti ma « non aver tempo » e voler studiare ma « non essere capace » diventa così la sola uscita legittima dall'impasse tra obbedire e non obbedire, di soddisfare a entrambe le premesse di obbedienza e di indipendenza.

Abbiamo tutte le ragioni per ritenere che questo modello sia la ripetizione delle prime esperienze di apprendimento del paziente, che lo induce a considerare un'intera serie di situazioni come determinate dalle stesse ingiunzioni contraddittorie e appartenenti alla classe delle situazioni paradossali prodotte dal suo ambiente familiare.

Quali sono gli ingredienti essenziali di questo fenomeno?

Sono il loro verificarsi all'interno di una struttura di relazioni con persone significative; il bisogno di discriminare correttamente (data l'importanza del conflitto dipendenza/indipendenza); l'impossibilità di abbandonare il campo (data la dipendenza propria dell'infanzia); la impossibilità di chiedere spiegazioni (dovuta al circolo vizioso insito nel paradosso e forse anche all'etichetta di « ribellione » data a una tale richiesta di spiegazioni); e infine un messaggio che contenga un'ingiunzione concernente un fatto concreto, e una seconda ingiunzione riguardante questo genere di fatti, che contraddice la prima. Ma ciò che noi abbiamo appena presentato non è altro che una lista dei componenti essenziali del *double-bind*, la struttura portante della teoria comunicazionale della schizofrenia.

Sviluppando questo modello teorico passiamo ora a una breve presentazione di un corpo di ipotesi che abbiamo derivato da uno studio empirico e sistematico dei modelli di linguaggio di pazienti nevrotici. Questo approccio conduce a una valutazione del doppio legame come una teoria patogenetica universale, e non solo specifica per la schizofrenia.

Noi adottiamo il punto di vista che la nevrosi sia « una tecnica (o un sistema di tecniche) per la manipolazione di significati trasmessi nelle situazioni interpersonali » (7). Questo significa che i processi nevrotici di informazione si conformano a un corpo di regole codificate, vale a dire di « norme per l'attribuzione di significati agli oggetti del

”mondo reale” (incluso il soggetto stesso, così come il suo comportamento), e allo stesso tempo di norme che definiscono la relazione tra questi significati » (7). Noi pensiamo anche che la comprensione delle regole di interazione, che ci dicono qualche cosa sulla « visione del mondo » del soggetto, ci permetterà anche di formulare inferenze sul contesto d'apprendimento che produce queste regole.

Sviluppando queste ipotesi patogenetiche, che possono essere considerate un tentativo di formulare una teoria comunicazionale delle nevrosi, ci basiamo sui postulati di Ronald FAIRBAIRN (4) sullo sviluppo mentale del bambino. Secondo questo autore, il bambino passa attraverso tre stadi evolutivi: 1) *dipendenza infantile* caratterizzata da una relativa mancanza di differenziazione tra il sé e il non-sé e da una preponderanza dell'incorporazione e del « prendere » nelle relazioni d'oggetto; 2) *transizione*; e 3) *dipendenza matura*, caratterizzata da « relazioni fra due esseri indipendenti, che sono completamente differenziati » e da una predominanza del « dare » nelle relazioni d'oggetto.

Lo stadio di transizione introduce il dilemma nodale di ogni sviluppo mentale: *dipendenza contro indipendenza*. Questo conflitto tra il lasciare la sicurezza di strette relazioni oggettuali in favore dell'inevitabile incertezza dell'indipendenza, rappresenta una parte del processo di socializzazione: i genitori tendono a stimolare gli impulsi verso l'indipendenza e a neutralizzare i bisogni di dipendenza. Questo processo è complesso, poiché i genitori devono precisare al loro figlio quasi ogni gior-

no, evitando gli slittamenti di confini tra di esse, le rispettive aree di dipendenza (in cui l'azione, eccetto che in un contesto d'obbedienza, è cattiva), di indipendenza (in cui l'azione basata sulla obbedienza è cattiva), e una terza area « sperimentale » (che potremmo definire di « supervisione dell'esperienza di indipendenza »). Ovviamente, definire operazionalmente queste aree diventerà sempre più difficile per i genitori se essi stessi hanno dei disturbi in un'area specifica.

Infine, queste difficoltà grandi e piccole hanno il loro comune denominatore nei tratti di personalità propri dei genitori, tratti che rendono certi modi di socializzazione più probabili di altri. Ecco come il conflitto universale tra dipendenza e indipendenza acquista specificità in ogni caso singolo: qualunque sia il modello di apprendimento che predomina in una data famiglia, esso determinerà la natura dell'adattamento del bambino.

Nei primi stadi del processo di apprendimento, la ricerca delle risposte « giuste » conduce il bambino a formulare delle categorie di condotta, vale a dire un rudimentale sistema di ciò che è buono o cattivo, efficace o inefficace. Questa codificazione si evolverà e si svilupperà nella misura in cui le risposte risultano adattarsi bene alle varie situazioni della vita, e alla capacità del bambino, e potranno diventare le basi della sua comprensione globale del mondo.

Si vedrà che il nostro modello prende in considerazione una caratteristica essenziale e ben documentata di ogni processo di apprendimento, cioè che in

ogni situazione concreta in cui l'apprendimento si verifica, si realizza anche una trasmissione delle regole implicite nell'apprendimento stesso. Ci riferiamo qui ai fenomeni dell'acquisizione di una predisposizione, ossia di ciò che BATESON ha chiamato « deuterio-apprendimento », ossia « apprendere ad apprendere ». Vogliamo sottolineare che l'« apprendere ad apprendere » si pone a un livello logico più alto dell'« apprendere », e che perciò si situa a livello dei meta-messaggi — cioè quei messaggi che riguardano strutture o classi di messaggi o di situazioni di un dato tipo —.

Applicando questa nozione a ciò che abbiamo detto prima, appare chiaro che l'apprendimento tipico del periodo di transizione non può fondarsi soltanto sul conflitto a livello dei contenuti (cioè il problema fondamentale inerente al dilemma dipendenza/indipendenza), ma deve fondarsi anche sui conflitti del livello più elevato, cioè il livello del « deuterio-apprendimento ». Questo significa che le contraddizioni e le incongruenze possono sorgere dal modo in cui i genitori definiscono la situazione d'apprendimento. Esse derivano molto verosimilmente dai conflitti dei genitori stessi, e si manifestano nella loro relazione con i bambini. La co-presenza di queste fonti di conflitto — una universale che scaturisce dal dilemma dipendenza/indipendenza (con tutte le sue numerose varianti), e una potenziale e specifica per ogni caso, cioè quella dei conflitti dei genitori — organizza l'interazione del processo di apprendimento di ogni individuo. Il modo in cui questi conflitti si traducono in specifici modelli d'interazione — cioè la stabilità

e pervasività dei messaggi strutturati in maniera contraddittoria, e del tipo di risposte favorite, e il suo ritmare il processo di sviluppo ecc. — daranno origine, alla lunga, a forme specifiche di nevrosi, concepite in termini di stereotipi comportamentali. In altre parole, la contraddizione contenuta nelle originarie situazioni d'apprendimento farà sì che il bambino risponda in un modo che a lui parrà più riuscito, e potrà condurlo a elaborare un insieme di regole per trattare col mondo esterno. Una volta stabilite queste regole, il bambino « riconoscerà » sempre di più nelle nuove situazioni la struttura familiare della contraddizione contenuta nelle sue prime esperienze d'apprendimento, e, infine, potrà cercare di provocare negli altri quei comportamenti suscettibili di rinforzare e « giustificare » la sua propria condotta interpersonale.

Queste considerazioni alquanto astratte hanno bisogno ora di essere rese più specifiche, perciò riassumeremo qui il modo in cui abbiamo tentato di definire quelle contraddizioni inerenti a specifiche esperienze di apprendimento che possono generare rispettivamente comportamenti isterici, fobici e ossessivo-compulsivi.

### Isteria

Gli *isterici* mostrano un orientamento positivo verso gli oggetti esterni, ma la loro valutazione di se stessi è negativa. Il loro comportamento, esibizionistico e seduttivo, consiste nel mantenere questa duplice posizione: da un lato, attraggono l'oggetto esterno, dall'altro manifestano una caratteristica mancanza di coscienza e una specie di

cecità selettiva per il proprio atteggiamento seduttivo. Se, come risultato da questo procedimento, l'oggetto esterno viene attratto, allora dev'essere rifiutato giacché si riferisce a quegli aspetti che l'isterico valuta negativamente. Ma questo rigetto sarà necessariamente temporaneo, perché smettere di attirare l'altra persona significa pur sempre rinunciare all'oggetto amato.

Questa contraddizione è destinata a creare un comportamento « sì ma no » che tende a ripetersi all'infinito. L'isterico concepisce il proprio ruolo come passivo — cioè egli soffre le conseguenze delle azioni altrui. Gli altri si impegnano in attività, e lui si impegna ad elaborare atteggiamenti interni, così da produrre, in termini di controllo reciproco, azioni specifiche da parte degli altri.

Che genere di primitive esperienze di apprendimento possono condurre a questo comportamento? Si può pensare che la natura di questo contesto d'apprendimento consista nel punire il soggetto ogni qualvolta il suo comportamento viene attivamente gestito per ottenere dei risultati, ma di ricompensarlo quando egli assume un corretto atteggiamento intimo in risposta alle azioni dei genitori. L'attività viene così associata con la punizione e la passività con la ricompensa. Ora, è ben noto che ogni procedimento di socializzazione richiederà a volte certe forme di comportamento attivo. Nella situazione interpersonale che stiamo esaminando qua, i genitori meta-comunicano al bambino che genere di comportamento si attendono da lui, ma queste aspettative implicite saranno in conflitto con le esplicite « regole del gioco ».

Il solo modo agibile di non violare le regole esplicite, rispondendo nello stesso tempo alle richieste implicite — la cui violazione pure comporta la minaccia di frustrazioni e punizioni —, è quindi quello che passa attraverso l'*obbedienza indiretta* a queste richieste, all'interno della struttura di regole esplicite. Un esempio di ciò sarebbe un bambino a cui, quando richiede attivamente l'attenzione dei genitori, viene detto « non annoiarci », ma che quando scatena una cagnara ottiene rapidamente l'attenzione richiesta. Così i genitori prestano attenzione solo a quei comportamenti che non lo richiedono esplicitamente, e viceversa.

In sostanza, il modo migliore di riassumere i messaggi paradossali e contraddittori, responsabili del sorgere dell'isteria, può essere la formula: « *Prendi l'iniziativa, ma ricorda che è proibito prendere iniziative* ».

### Fobie

Passando ora al paziente *fobico*, vediamo che il suo problema di base sta nella distinzione tra situazioni pericolose e innocue, poiché per lui il mondo non cessa mai di essere potenzialmente pericoloso.

Quale modello di apprendimento sarà il più determinante per il comportamento fobico?

Esplicitamente, la situazione dell'apprendimento sarà tale da incoraggiare il soggetto verso l'indipendenza.

Ma finché i genitori concepiscono il mondo come pieno di pericolo, essi meta-comunicano al bambino « il mondo è molto pericoloso ». Così, il

correre rischi di qualsiasi genere sarà punito, e un comportamento tendente a evitarli ricompensato. La simultanea presenza di entrambe le ingiunzioni crea un'incongruenza; l'esplicito incoraggiamento verso l'indipendenza contraddice l'implicita regola di evitare pericoli, dal momento che, per definizione dei genitori stessi, il mondo dell'indipendenza è pericoloso. Non c'è quindi altra uscita da questa impasse che agire in modo indipendente solo in quelle aree che sono state dichiarate sicure dai genitori, o, in altre parole, di agire con un'indipendenza fittizia.

Tutte le interazioni del fobico possono essere viste come risultato di questo processo di apprendimento. Quando egli interagisce con gli altri, il suo comportamento tendente a schivare i rischi costituisce un meccanismo sia per giudicare la sicurezza del suo ambiente, sia per difendere la sua relazione col partner attraverso il metamesaggio « io non sono adulto; io ho bisogno di protezione ». Quest'atteggiamento è contraddittorio così come la paradossale ingiunzione che lo genera, che può essere riassunta nella formula « *sii indipendente dipendendo da me* ».

### **Nevrosi ossessivo-compulsiva**

Ancora un altro quadro emerge dall'osservazione del paziente *ossessivo-compulsivo*. Costui attribuisce un valore positivo ad alcune delle sue azioni, e negativo ad altre. Tanto il pericolo di agire quanto i mezzi per controllare questo pericolo sono internalizzati. Uno dei tratti essenziali della tecnica dell'*ossessivo-compulsivo* consiste nell'uti-

lizzare i propri comportamenti « accettabili » per controllare o neutralizzare quelli « contestabili » o « cattivi ». Come risultato, i comportamenti accettabili perdono il loro significato, dal momento che ormai non hanno altro scopo oltre quello di sostituire le azioni inaccettabili: essere occupatissimi a ripetere un'azione accettabile, previene l'emergere di quelle inaccettabili, e ciò diventa la base dei rituali ossessivo-compulsivi. Il bisogno soverchiante di evitare di fare cose sbagliate è associato con la convinzione che il pensare di far qualcosa equivale ad averlo fatto. Il sopravvenire di idee o comportamenti da rigettarsi fa scattare un rituale di esorcismi per ristabilire l'equilibrio. Questo processo risulta ancora più complicato per il fatto che « il cattivo » è concepito come qualcosa che contamina certe azioni, che fino allora erano considerate neutrali o addirittura buone, il che può anche richiedere una ristrutturazione dei rituali.

Cerchiamo ora di identificare il contesto di apprendimento generatore di nevrosi ossessivo-compulsiva. Ci si aspetta che il bambino raggiunga l'indipendenza seguendo la regola che, se vuole evitare punizioni, deve imparare a « fare le cose giuste ». Conformarsi a questa regola è considerato il comportamento giusto, ma non vi è connessa nessuna ricompensa concreta. Se il bambino fa qualche cosa di « cattivo », o se non fa una cosa « giusta » viene punito. Se d'altra parte egli si comporta correttamente, non lo si ricompensa ma si pensa che abbia fatto semplicemente il suo dovere.

Ma, mentre ad un livello i genitori

incoraggiano il bambino ad assumersi i doveri come una forma di « indipendenza », a un altro livello gli meta-comunicano che egli è intrinsecamente *cattivo* (ad es. « naturalmente, che altro potrebbe uno aspettarsi da te? »). Il comportamento indipendente viene così definito buono e il bambino incoraggiato a comportarsi conformemente, mentre allo stesso tempo il bambino viene etichettato come cattivo e capace di fare solo cose cattive.

Questo crea una situazione insostenibile.

Quest'impasse probabilmente origina dalla prematura imposizione di certe esigenze. Se i genitori fanno richieste che eccedono le capacità attuali del bambino, egli è destinato a fallire. Se poi i genitori attribuiscono questi fallimenti all'inefficienza del bambino invece che alla sua immaturità, il bambino stesso eventualmente concepirà i suoi scacchi come « cattiveria » meritevole di punizione.

Poiché il raggiungimento dell'indipendenza esige che il bambino eserciti la propria iniziativa, e poichè tutte le azioni spontanee sono state definite come necessariamente cattive, l'emergere della cattiveria diventa un pericolo costante.

Questo conflitto può essere sintetizzato con la formula paradossale: « *Sii indipendente, benché naturalmente tu non ne sia assolutamente capace* ».

Va notato che le nostre formule d'in-giunzione paradossale sono costruzioni teoriche. Nelle situazioni della vita reale le regole contraddittorie sono ovviamente trasmesse in molti modi differenti, attraverso differenti canali di co-

municazione, da persone diverse e in situazioni differenti, che nell'insieme formano il vasto repertorio dei contesti di apprendimento.

Questi messaggi, reciprocamente incompatibili, pertinenti a diversi livelli logici, possono essere trasmessi (a) entrambi attraverso lo stesso canale (verbale, paralinguistico, non verbale o contestuale); (b) entrambi dalla stessa persona o separatamente da più di una (10); (c) all'interno della struttura di un dato contesto d'apprendimento, o come un fenomeno d'interferenza *tra* contesti d'apprendimento; (d) simultaneamente, o successivamente.

I paradossi stessi possono essere analogamente classificati, a seconda di quale elemento dell'intero contesto di apprendimento è primariamente coinvolto; (a) ambedue i messaggi si riferiscono a colui che apprende (come nel caso dei paradossi inerenti le tre forme di nevrosi menzionate in precedenza); (b) ambedue i messaggi si riferiscono a colui che li inizia (per es. ogni affermazione come: « Solo quando soffro sono realmente felice »); (c) la struttura di riferimento e la sorgente del messaggio sono reciprocamente legate, ma incompatibili (per esempio nel caso del bugiardo, cioè l'affermazione di Epimeneide il cretese: « tutti i cretesi sono bugiardi »). Per un'introduzione al problema dei paradossi nella comunicazione umana, cfr. WATZLAWICK et al. (9). Così il comportamento tipico di ciascuno non è che il risultato dei diversi contesti di apprendimento internalizzati. Ed ha un senso pensare in termini di contesti principali e secondari (o di paradossi prodotti da essi) così come ha

un senso parlare di tratti di comportamento predominanti e accessori.

Ora, se le regole di codificazione imposte dal processo di socializzazione condizionano il soggetto verso una certa visione del mondo, questo implica anche che il nevrotico incontra ad ogni piè sospinto i conflitti creati dalla natura paradossale della sua situazione originale. Per lui questa situazione si ripresenta ogni volta che il dilemma dipendenza/indipendenza viene riattivato in una delle sue molteplici varianti, e, quando ciò avviene, farà di nuovo ricorso alle regole paradosse per la risoluzione del conflitto, cioè a un comportamento nevrotico. La natura ricorrente di questo modello suggerisce una sorta di rinforzo circolare, cioè di un feedback positivo. Il paradosso ha un aspetto « storico » ed uno « attuale », perché il disturbo nevrotico tende ad autopertuarsi.

Numerose variabili si scontrano col processo di socializzazione, così come i tratti fondamentali di personalità del soggetto, o l'intensità degli istinti sessuali eccetera, ma ci sono anche fattori che hanno un peso specifico sul contesto di apprendimento, e che possono determinare l'intensità, la persistenza e la virulenza di un determinato quadro clinico, e spiegare perché è insorto proprio un quadro di quel tipo. Questi ultimi sono: (1) il verificarsi simultaneo o successivo dei principali contesti di apprendimento; (2) il manifestarsi molto precoce delle ingiunzioni paradosse; e (3) l'intensità e la natura delle molte possibili esperienze correttive provenienti dalla famiglia o dall'ambiente extra-familiare.

Riassumendo, queste sono le caratteristiche comuni a tutti i modelli d'apprendimento menzionati sopra: in primo luogo, messaggi contraddittori dati simultaneamente e appartenenti a diversi livelli logici (un messaggio contiene un'istruzione o un'informazione che contraddice la prima, ma si riferisce alla classe di istruzioni di cui la prima è membro). Ciò avviene in un contesto — la famiglia — che non può essere eluso, e in cui è di fondamentale importanza per il soggetto discriminare correttamente i significati. Infine, il modello si ripete nel tempo, fino a porsi come contesto di un certo numero di diverse esperienze d'apprendimento, e predisporre così il soggetto ad aspettarsi questo genere di esperienza, anche in casi in cui gli ingredienti essenziali della situazione originale sono assenti.

Queste caratteristiche sono identiche a quelle che numerosi autori considerano gli ingredienti essenziali di una situazione di double-bind [ad es.: (3) (6)].

Sulla base delle considerazioni generali sopraesposte, si può proporre che la teoria del double-bind non è specifica per l'eziologia della schizofrenia, ma definisce piuttosto una *situazione patogena universale*: ogni patologia di natura psicologica — e perciò interazionale — ha i suoi antecedenti in un contesto d'apprendimento in accordo con le premesse postulate dal gruppo di Palo Alto 14 anni fa.

Un'ipotesi analoga è stata avanzata da FERREIRA (5) che ha descritto il doppio legame nei delinquenti, da WATZLAWICK (8), che ha suggerito connessioni specifiche tra certi quadri cli-



nici e le particolari aree di comportamento umano, in cui si verifica il double-bind.

Va ricordato che la teoria del double-bind fu proposta originariamente nel 1956 da BATESON, JACKSON, HALEY, WEAKLAND, come una spiegazione dell'eziologia della schizofrenia. L'iniziale entusiasmo con cui il mondo psichiatrico l'accettò fu poi rimpiazzato da una polemica continua che prende lo spunto o dall'innegabile frattura fra la teoria e la verifica sperimentale, o semplicemente dal fatto che si è lavorato poco per sostenere e sviluppare la formulazione originale.

Questa stagnazione, secondo noi, è dovuta largamente alla mancanza di una metodologia adeguata per l'analisi delle espressioni verbali dei pazienti, e di una ricostruzione concettuale del contesto di apprendimento in esso implicito.

Ciò che noi suggeriamo, è che la teoria del double-bind ha un'applicazione molto più vasta di quella postulata in origine. Sugeriamo inoltre che il primo passo verso la convalida di questo modello concettuale più esteso consiste in una ricostruzione dello specifico contesto d'apprendimento sottostante a ciascun quadro clinico, effettuata stabilendo una connessione rigorosa tra il paradosso originale e la patologia che ne segue. A questo scopo, l'approccio descritto in questo lavoro per certe forme di nevrosi potrebbe essere applicato nel senso che i passaggi intermedi devono essere trovati tra la teoria del double-bind (che nelle parole di BATESON è piuttosto un'epistemologia), e ciascun quadro clinico. Il se-

condo passo consisterebbe nel rendere operativi i concetti così sviluppati, applicandoli alle produzioni verbali del paziente, che andranno infine verificati attraverso studi longitudinali. Ci sembra che la mancanza di una verifica longitudinale sia dovuta non tanto alle difficoltà pratiche di tali studi, ma alla mancanza di un anello di congiunzione tra la teoria e la sua applicazione pratica.

Al presente, il compito di formulare ipotesi specifiche sulla genesi della schizofrenia è al di là delle nostre capacità. Molto probabilmente, i nostri sforzi di ricerca dovranno dirigersi verso una ricostruzione delle meta-regole, cioè delle regole che governano le relazioni tra i modelli d'apprendimento, e che sono probabilmente il risultato dell'imposizione da parte dei genitori di contesti d'apprendimento grossolanamente incongruenti. Può essere che quelle incongruenze che sono contenute nelle meta-comunicazioni dei genitori, concernenti le loro aspettative, conducano il bambino a internalizzare la regola che non ci sono regole per una chiara interpretazione della realtà, col risultato che egli tenderà ad attribuire a una situazione significati in conflitto col contesto in cui essa si verifica.

Un comportamento « pazzo » può diventare così la sola via d'uscita « accettabile » da ogni ingiunzione che richiede, in un modo o nell'altro, « impara a vivere secondo quel che noi ci aspettiamo, ma indipendentemente da quello che possiamo dirti », o, in altre parole, « non fidarti dei tuoi sensi, ma guarda il mondo così com'è ».

## BIBLIOGRAFIA

1. BATESON, G.: Conventions of Communication: Where Validity Depends on Belief, in Ruesch, J. and Bateson, G., *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*, New York, W.W. Norton, 1951 (Chapter 8).
2. BATESON, G.: Social Planning and the Concept of « Deutero-Learning », in Bryson, L. (Ed.), *Science, Philosophy and Religion, 2nd Symposium*, New York, Harper & Row, 1942.
3. BATESON, G.; JACKSON, D.D.; HALEY, J. and WEAKLAND, J.H.: *Toward A Theory of Schizophrenia*, *Behav. Sci. 1*: 251-264 (1956).
4. FAIRBAIRN, W.R.D.: *An Object-Relations Theory of the Personality*, New York, Basic Books, 1952.
5. FERREIRA, A.: The Double Bind and Delinquent Behavior, *Arch. Gen. Psychiat. 3*: 359-367 (1960).
6. SLUZKI, C.E.; BEAVIN, J.; TARNOPOLSKI, A. and VERON, E.: Transactional Disqualification, *Arch. Gen. Psychiat. 16*: 494-504 (1967).
7. VERÓN, S. and SLUZKI, C.E.: *Comunicacion y neurosis*, Buenos Aires, Editoria del Instituto, 1970.
8. WATZLAWICK, P.: Patterns of Psychotic Communication, in Doucet, P. and Laurin, C. (Eds.), *Problems of Psychosis*, Amsterdam, Excerpta Medical Foundation, 1969.
9. WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H. and JACKSON, D.D.: *Pragmatics of Human Communication*, New York, W.W. Norton, 1967.
10. WEAKLAND, J.H.: The Double-Bind Hypothesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction, in Jackson, D.D. (Ed.), *The Etiology of Schizophrenia*, New York, Basic Books, 1960.



## TENTATIVI DI OBIETTIVAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE PSICOTERAPIE (I)

J. SERVAIS

J. SERVAIS LAVORA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA MEDICA E MEDICINA PSICOSOMATICA DELL'UNIVERSITÀ DI LIEGI. L'ARTICOLO È STATO TRATTO DA « L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE », 1970, PP. 597-627, DOVE È STATO PUBBLICATO COL TITOLO « TENTATIVE D'OBIJECTIVATION DES EFFETS DES PSYCHOTHERAPIES ». DATA LA LUNGHEZZA DEL LAVORO, NE RIPORTIAMO IN QUESTO NUMERO SOLO LA 1ª PARTE, RIMANDANDO LA SECONDA AL N. 4 DI QUESTO ANNO.

### RIASSUNTO

Questo articolo contiene una rassegna e una sintesi bibliografica dei lavori che si riferiscono agli effetti delle psicoterapie.

Le diverse metodiche che rendono possibile l'obiettivazione dei risultati ottenuti sono le seguenti:

— metodi comparativi (metodi di confronto individuale o di gruppo, di randomizzazione, di « own control design »)

- metodi di induzione artificiale
- metodi della variabile intrinseca
- metodi predittivi.

I problemi della durata della terapia, della frequenza delle sedute, del « follow-up » so-

no affrontati dal punto di vista dell'efficacia terapeutica.

Viene discusso il concetto di « gruppo di attesa ».

L'articolo contiene anche una discussione critica di tutte le tecniche di misurazione che permettono un confronto obiettivo dei risultati, a livello sia fisiologico che psicologico.

### SUMMARY

This article sums up a certain amount of works relating to the effects of psychotherapies. It also gives a bibliographical synthesis of these works. The different types of methods which make it possible to objectify the results achieved are the following:

— comparative methods (methods of individual or groupe « pairing », methods of « randomisation », « own control design » methods.)

- artificial induction methods
- « in therapy variable » methods
- predictive methods.

The problems of the duration of a given therapy, of the rate visits, of the « follow-up » are dealt with from the standpoint of therapeutic efficiency.

The notion of « waiting group » is discussed.

The article also contains a critical discussion of all the techniques of measurement which permit objective comparison of the results, of the physiological as well as on the psychological level.

### I. GENERALITÀ

Ricorderemo, molto in breve, nei sottocapitoli seguenti, alcuni concetti fondamentali che riappariranno poi nel corso di tutto il presente lavoro bibliografico:

1) Le definizioni di salute mentale, di normalità, di miglioramento o di peggioramento psicologico sono diverse secondo le scuole (psicoanalitica, comportamentistica, fenomenologica, rogeriana...);

in conseguenza avviene lo stesso per la definizione degli effetti di una psicoterapia.

Il buon senso propone una definizione della psicoterapia che naturalmente risulta abbastanza vaga perché sia approvata da tutti: « una psicoterapia consiste nell'aiutare un paziente, con mezzi psicologici, a sentirsi meglio, a "funzionare meglio", e, soprattutto, a stabilire con gli altri relazioni più soddisfacenti ». Per il comportamentista l'effetto ricercato sarà la scomparsa del sintomo fastidioso; per lo psicoterapeuta di formazione psicoanalitica invece, si tratterà, anche in caso di persistenza del sintomo, di una ristrutturazione profonda della personalità che permetta di assumere con minore ansia le vicissitudini dell'esistenza e di divenire capaci di maggiore morbidezza nei rapporti con gli altri; per lo psicoterapeuta d'inclinazione sociologica poi, l'adattamento sociale è l'aspetto fondamentale dell'equilibrio psicologico del soggetto e cioè la riuscita professionale e familiare, il successo negli esami ecc. Questo è il motivo per cui si è scritto tanto sulla difficoltà di obiettivare gli effetti delle psicoterapie (1, 5, 8, 13, 14, 17, 19, 20, 25, 27, 28).

2) Bisogna distinguere radicalmente gli studi che pretendono di poggiarsi su gruppi di soggetti (e soddisfare così le esigenze della statistica) da quelli che, più modesti quantitativamente ma più importanti qualitativamente, si basano su osservazioni fatte sull'individuo. Dal momento che il senso comune conduce tutti gli autori ad ammettere che quando un gruppo di soggetti presenta, in media, dopo un qualsiasi intervento terapeutico, più bassi livelli di depressione,

di ansia, di dipendenza o di altri sintomi, questi soggetti sono « migliorati ». Un tale modo di vedere è lontano dall'essere evidente quando ci si basa su casi individuali: un malato che accusa un'euforia patologica, un'indipendenza nevrotica (nel quadro di una « health neurosis » per esempio può benissimo essere considerato migliorato sul piano clinico dopo una terapia, mentre invece il suo grado di ansia o di dipendenza è aumentato in rapporto alle condizioni di partenza. Tali differenze individuali sollevano il problema dell'omogeneità o dell'eterogeneità dei gruppi di soggetti trattati, concetti sui quali avremo l'occasione di ritornare e che certi autori hanno perfettamente sottolineato (13, 14, 20, 27).

3) È bene anche notare che, nella maggior parte delle ricerche, tutti i controlli psicometrici vengono effettuati ad intervalli regolari per evidenti ragioni metodologiche. Ora, si sa che in molte psicoterapie sopravvengono, per opinione del terapeuta e spesso anche del malato, periodi molto spesso transitori ed anche di netto peggioramento nello stato psicologico del soggetto. Questa puntualizzazione si unisce alla precedente. Se un soggetto costretto in un rigido sistema di difese nevrotiche si scompensa proprio per la loro « messa in discussione », si ha ragione di pensare che egli progredisca verso una più valida ristrutturazione della sua personalità, ma i controlli obiettivi effettuati in quel determinato momento naturalmente farebbero vedere un peggioramento di certi aspetti del suo psichismo in confronto alle misurazioni di partenza.

Tenendo sempre presenti queste note

preliminari, possiamo ora passare in rassegna i vari metodi incontrati nella letteratura che si prefiggono di oggettivare i risultati delle psicoterapie.

## II. METODI DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLE PSICOTERAPIE

### 1) Metodi comparativi

La maggior parte di tali studi consistono nel selezionare un certo numero di pazienti in consultazione: la metà circa di questi (o una certa proporzione) viene presa in terapia mentre l'altra metà (o la parte complementare) serve da controllo, costituendo il « gruppo di attesa » (« waiting group ») che aspetta un dato tempo prima di cominciare il trattamento.

In molte di queste ricerche si legge che, dopo il primo contatto con il servizio, tutti i soggetti vengono sottoposti a prove fisiologiche e psicologiche che verranno poi ripetute ad intervalli regolari ed in particolare al momento iniziale e finale della terapia intrapresa dai soggetti appartenenti al gruppo trattato. Se i risultati dei malati in trattamento (rapportati a quelli dei pazienti non trattati) sono migliorati rispetto a quelli dei soggetti che costituiscono il gruppo di attesa, rimasto immutato, si può considerare che responsabile di tale miglioramento sia proprio la terapia.

Tuttavia numerosi ostacoli di carattere pratico vengono a complicare considerevolmente la realizzazione di sperimentazioni del genere.

Parecchie variabili sono state oggetto di diversi lavori:

A) *Metodo dell'appaiamento individuale.* Naturalmente, è impossibile che i soggetti che costituiscono il gruppo sperimentale e quelli che costituiscono il « gruppo d'attesa » siano simili sotto ogni aspetto (ereditarietà, sintomi, precedenti esperienze vissute, ecc.). Gli sperimentatori sono ovviamente costretti a limitarsi a prendere in considerazione un certo numero di variabili che ritengono particolarmente significative, correndo consapevolmente il rischio di trascurarne altre che forse possono essere ugualmente valide se non di più. Un tale tipo di studi ha bisogno di un campione particolarmente significativo di soggetti: TEUBER e POWER hanno realizzato un lavoro di questo genere, pubblicato nel 1953 (The Cambridge Somerville Youth Study) citato da EYSENCK (8), servendosi di una popolazione di giovani delinquenti. Confrontando i soggetti del gruppo sperimentale (beneficiari di un trattamento psicoterapeutico) con quelli del gruppo di controllo, in base a un certo numero di criteri di personalità, hanno preso in considerazione il numero dei delitti commessi dai soggetti appartenenti ai due gruppi dopo un periodo che andava da 2 a 8 anni di terapia (per il primo gruppo) e tre anni di « follow-up » (8) (per i due gruppi). Non hanno trovato alcuna differenza significativa che potesse essere ascritta alla psicoterapia.

B) *Metodi dell'appaiamento di gruppo.* Alcuni autori hanno suggerito di raggruppare i malati per gruppi o categorie (non più quindi gli individui soltanto) in funzione di certi criteri, per esempio diagnostici. È molto difficile mettere in pratica una tecnica di questo tipo poiché, per formare due campioni confrontabili,

bisogna aspettare di aver riunito in ogni gruppo, un equivalente numero di soggetti, in rapporto al criterio scelto; per esempio, se si è giunti a riunire nel gruppo 25 isterici e 25 ossessivi bisogna giungere ad un'eguale ripartizione del gruppo di controllo. Se si tiene conto del fatto che questi criteri diagnostici vengono ad aggiungersi ai criteri di base, quali l'età, il sesso, l'ambiente socio-economico, ecc., ci si rende conto della difficoltà pratica della realizzazione di tali studi.

C) *Metodi di ripartizione a caso* («Randomizzazione») (27). A condizione di disporre di un campione abbastanza valido, lo sperimentatore smista i pazienti uno dopo l'altro alternativamente verso il gruppo terapeutico e verso il gruppo di attesa, e così via, nell'ordine di presentazione alla consultazione. In questo modo, si può a buon diritto sperare che all'interno del gruppo le molteplici variabili individuali si distribuiscano in modo omogeneo, secondo le regole del caso, e che le differenze psicologiche osservate tra i due gruppi al termine dell'esperimento possano essere attribuite alla terapia a cui viene sottoposto uno dei due gruppi e non a preesistenti differenze che influiscono sul tipo dei due campioni confrontati.

D) *Metodo del confronto con soggetti normali*. Questo metodo consiste nel confrontare i malati che vengono alla consultazione con soggetti volontari «normali». Questo modo di procedere è soggetto a riserve ed ha procurato severe critiche metodologiche (8) a ROGERS e a DYMOND che se ne sono serviti (19).

Per attenuare gli inconvenienti dei metodi comparativi, alcuni autori hanno pre-

conizzato l'uso del metodo che descriveremo ora.

#### METODO DELL'« OWN CONTROL DESIGN »

(in cui ogni soggetto serve successivamente da controllo e da soggetto sperimentale)

I soggetti vengono esaminati e testati all'atto della prima consultazione. Vengono fatti aspettare per un certo periodo di tempo, poi ad un dato momento vengono tutti, nella stessa data, assunti in terapia. E le prove a cui erano stati sottoposti inizialmente vengono riproposte di nuovo all'atto di iniziare la terapia. Al termine di questa, vengono ancora una volta effettuati gli stessi esami che permettono valutazioni comparative: se i risultati sono rimasti stazionari tra il momento della consultazione iniziale e quello dell'inizio della terapia ma sono migliorati quando la terapia è terminata, le modificazioni che si sono osservate possono venire attribuite con tutta probabilità al trattamento. Alcuni, quali MALAN (17) pensano che sarebbe davvero da meravigliarsi se tutti i malati, il cui stato era rimasto stazionario, migliorassero contemporaneamente « per caso » proprio al momento in cui vengono assunti in terapia.

Una critica che può essere indirizzata ad alcuni studi di questo genere risiede nel fatto che la durata del periodo di attesa (spesso più breve) e quella del periodo di terapia (spesso più lunga) sono molto differenti [ROGERS e DYMOND (19), BARRON e LEARY (8)]. Tali discrepanze di tempo possono spiegare con

tutta evidenza differenze di risultati psicologici in ragione dell'azione intermedia dei « fattori non specifici », se si ammette con EYSENCK (8) che il tempo (con tutto ciò che implica il termine; si veda più oltre) è il fattore in causa.

Poiché è difficile, anzi impossibile, dal punto di vista morale, far aspettare più di qualche mese i pazienti che hanno bisogno di terapia (anche se per EYSENCK (8) si tratta solo di una questione di principio poiché l'effetto della psicoterapia non è dimostrata), questo metodo dell'« own control design » al pari delle prove di comparazione che hanno bisogno di utilizzare un « gruppo di attesa », non si può applicare che alle psicoterapie relativamente brevi. Il vantaggio di questo metodo dell'« own control design » sta nella somiglianza esistente tra i soggetti di controllo e i soggetti dell'esperimento; questa tecnica tuttavia si presta alla fondamentale critica di EYSENCK (8), il quale afferma che il soggetto che va a consultarsi è in crisi, che la consultazione stigmatizza il suo scempenso psicologico, e che da quel momento si spegne la remissione spontanea del suo stato.

Per alcuni autori quali STEVENSON (53) il 40-60 % dei nevrotici migliorano e « guariscono » spontaneamente.

Per CAPPON (5) il 75 % ricadono in questo caso, e per EYSENCK (8), il 72 % dei nevrotici vanno incontro, nel giro di qualche anno, ad una remissione spontanea, percentuale questa che non è, secondo lui, mai superata se i malati subiscono psicoterapie verbali (al contrario, la behavior-therapy, se ci si attiene al criterio relativamente poco esigente della scomparsa del sintomo, assicura

guarigioni per una percentuale almeno del 90 %).

Per quell'autore i miglioramenti registrati col metodo dell'« own control design » non sarebbero per niente dovuti agli effetti del trattamento ma a remissioni spontanee (infatti si può pensare che la velocità di remissione si accelera in maniera esponenziale in funzione del tempo, e che i miglioramenti più spettacolari si registrano dopo il periodo di attesa, cioè, precisamente, al momento in cui viene instaurata la terapia).

Occorrerebbe conoscere meglio la storia naturale delle nevrosi (e quindi ammettere la legittimità di un tale termine per poter predire, partendo dall'osservazione dello stato dei malati in « gruppo di attesa », quale sarà la loro evoluzione in assenza di qualsiasi terapia. Se una tale evoluzione « naturale » è completamente modificata al momento di intraprendere la terapia, sarebbe così ben dimostrata l'efficacia del trattamento. Un tale modo di approccio sembrerebbe pertanto più complesso poiché niente prova che la remissione spontanea si produca in egual modo nelle varie affezioni nevrotiche come anche che essa, per un certo disturbo, avvenga nello stesso modo in due individui diversi.

Ma ai metodi comparativi, come anche al metodo dell'« own control design », può essere indirizzata una critica più globale: si tratta di rimettere in questione il concetto stesso di gruppo di attesa.

a) Prima di tutto, alcuni autori hanno attirato l'attenzione dei ricercatori sulla *difficoltà pratica di costituire* un « gruppo di attesa ». Infatti lo smarrimento psico-



logico di alcuni malati è tale che qualsiasi ritardo nel dar atto alla terapia sembra loro impossibile; certe diserzioni si spiegherebbero allora con il fatto che questi malati desiderano trovare un immediato ed efficace aiuto. Ma poiché esso va costituito da soggetti in attesa di una terapia ulteriore o da un gruppo di soggetti comparabili a quelli che iniziano parallelamente un trattamento psicoterapeutico, il concetto stesso di gruppo d'attesa deve essere guardato alla luce di un certo numero di critiche fondamentali.

b) *La motivazione dei soggetti che costituiscono il « gruppo di attesa »*. L'attenzione deve essere portata sul fatto che questo gruppo non è un vero gruppo di attesa o, più esattamente, un gruppo d'attesa *puro*. I soggetti vengono testati a regolari intervalli; sanno di essere oggetto di un'attenzione, senza dubbio periodica, ma sostenuta, da parte dei medici. Sono sia in « pre-trattamento », sia in « quasi-trattamento ». GOLDSTEIN (42) ha dimostrato che esiste una relazione significativa tra il desiderio di guarigione di questi malati e il grado di remissione spontanea della sintomatologia. Con SHIPMAN (43) è stato ugualmente stabilito che la speranza del paziente di vedere prodursi la riduzione del sintomo sotto l'influenza della terapia è positivamente e direttamente legata all'intensità del sintomo (prima della terapia) e influenza sia la fiducia che il malato può avere nel servizio che sta per assumerlo in trattamento che il suo bisogno di riceverlo. Gli stessi autori hanno posto in evidenza, infine, che il livello di atteggiamento favorevole del terapeuta nei riguardi della psicoterapia (in generale ed

in particolare) è in diretta e positiva correlazione con il grado della riduzione del sintomo del malato.

BARRON e LEARY hanno sottoposto al M.M.P.I. 127 pazienti nevrotici, prima e dopo la terapia (8 mesi) e 23 malati in « gruppo d'attesa » (a 7 mesi di distanza). Tra i risultati dei soggetti dei due gruppi che migliorano parallelamente, non è stata constatata nessuna differenza. FRIEDMAN (41) ha distribuito un questionario tendente a stabilire un bilancio dei sintomi sgradevoli (« discomfort schedule ») ad un gruppo di 43 nevrotici, per tre volte di seguito nello spazio di un'ora (misura di base). Ha poi ridato lo stesso questionario da compilare immediatamente prima e immediatamente dopo la prima seduta di psicoterapia, specificando bene che essi dovevano descrivere il loro stato attuale. I pazienti che hanno un livello positivo di attesa e di speranza di guarigione (« expectancy ») tendono a presentare un netto miglioramento dei sintomi di cui si lamentano al momento del primo contatto terapeutico, significativo ( $p < 0,05$ ) in raffronto a quello che si osserva nei soggetti che alla partenza si rivelano meno « ottimisti ». Ancora, bisognerebbe sapere se questo spettacolare miglioramento soggettivo si mantenga poi a lungo.

Anche se i risultati che noi abbiamo segnalato probabilmente rivelano l'esistenza di complessi meccanismi, è certo che l'appartenenza ad un « gruppo d'attesa » per alcuni malati particolarmente motivati costituisce una vera terapia relativamente specifica, comparabile alla placebo-terapia della sperimentazione farmacologica.

c) *Le remissioni spontanee.* In altri individui che non risentono del fatto di appartenere ad un « gruppo d'attesa » come equivalente di un trattamento, diversi avvenimenti della vita di ogni giorno possono portare alla remissione spontanea al di fuori di ogni terapia. Il sopravvenire nella vita del paziente di nuovi modi di comportamento imposti dalle circostanze esterne o di nuovi contatti interpersonali, oppure la desensibilizzazione delle esperienze dolorose per associazione alle « ricompense » o ai « rinforzi » sono tutti fattori suscettibili di portare col tempo reali miglioramenti (STEVENSON, 53). Per la maggior parte dei soggetti che compongono un « gruppo d'attesa » quando si tratta di una sperimentazione basata sullo schema dell'« own control design », alcuni di questi fattori possono intervenire simultaneamente. È stato infatti dimostrato che negli USA, dopo la crisi economica del 1930, lo stato psicologico dei soggetti, trattati o non, progrediva parallelamente al miglioramento della congiuntura economica (CARTWRIGHT, 33). In studi di questo genere, fattori come la guerra che colpiscono la grande maggioranza dei soggetti di una popolazione, o come le sessioni di esame nel caso degli studenti, devono essere messe in conto per l'interpretazione dei risultati.

Recentemente SAENGER (21) ha attirato l'attenzione dei ricercatori sulla possibile influenza di fattori sociologici sui meccanismi di remissione spontanea. Ha studiato 305 soggetti che presentavano disturbi psichiatrici ma che non erano stati presi in trattamento. Ha potuto constatare che la remissione spontanea dei sintomi depressivi si aveva più spesso

in individui di classe sociale media che in soggetti di classe sociale inferiore e che l'adattamento del comportamento (« functioning ») — ma non la sintomatologia — più spesso migliora nei soggetti che al momento di una crisi psicologica non consultano il medico che non per quelli che lo consultano.

Lo stesso autore ha ricordato che i soggetti la cui prognosi di guarigione è positiva hanno le stesse possibilità di remissione con o senza trattamento, mentre i soggetti la cui prognosi è cattiva migliorano nettamente di più per l'influenza di una terapia, che non nel caso di assenza di un qualsiasi intervento. E così se si tratta di giovani, la maturazione neurologica e psicologica può aumentare durante il periodo di attesa e proseguire durante la terapia costituendo così la vera causa dei cambiamenti constatati a livello dell'equilibrio della personalità. Tali argomenti rifiutano l'obiezione di MALAN: « perché tutti i soggetti migliorano spontaneamente? ».

Tali condizioni sono appunto in linea con l'ipotesi di RACHMAN (48) che considera certi avvenimenti dell'esistenza come rinforzi ed assimila le remissioni spontanee nel caso delle nevrosi a degli « apprendimenti latenti » in tecniche di condizionamento operante.

d) *La preesistente personalità del malato.* N. e J. ENDICOTT (37) hanno studiato per sei mesi 40 pazienti in attesa di psicoterapia tramite 12 valutazioni cliniche (« clinical ratings ») del M.M.P.I. e del Rorschach. I soggetti che migliorano spontaneamente presentano le seguenti caratteristiche: il grado di depressione e di ostilità è significativamente

più basso di quello presentato dai soggetti che non migliorano; la misura della stima di sé, della forza dell'io, dell'adattamento alla realtà sono più alte di quelle degli altri, i loro risultati nella scala F e Pa del M.M.P.I. sono le più basse; il numero totale di risposte e il numero di risposte FC nel Rorschach sono numerose.

Ma accanto a certe reali remissioni spontanee dovute, in effetti, sia all'intervento di circostanze esteriori, sia al carattere terapeutico aspecifico della situazione di attesa del trattamento, esistono anche delle *pseudo-remissioni spontanee* attribuibili ad altre cause.

DYMOND (36) ha studiato un « gruppo di attesa » per un periodo di due mesi; mentre tutti i soggetti sembravano identici dal punto di vista sociale, diagnostico e così via, durante tale periodo un certo numero di essi « guariva » spontaneamente, al punto da non desiderare più un trattamento psicoterapeutico. Tutti all'inizio erano stati testati: i risultati nella scala del « self-adjustment » erano divenuti migliori nel caso dei soggetti che « guarivano » spontaneamente, mentre quelli degli altri non si erano modificati che dopo la terapia.

Ma mentre il T.A.T. di soggetti trattati, dopo la terapia risultò considerevolmente migliorato, non fu così per quelli che avevano deciso di lasciare il « gruppo d'attesa » e di rinunciare alla terapia. Il miglioramento non è dunque dello stesso tipo nei soggetti dei due gruppi. Gli individui che migliorano spontaneamente non presentano alcuna profonda riorganizzazione della personalità, non è cambiato nulla a livello dell'inconscio. Il miglioramento non è che il semplice ri-

sultato di un aumento delle difese nevrotiche. Quindi questi soggetti si distinguono dagli altri nelle risposte a certe domande, quali « io mi sento superiore », « non ho bisogno di aiuto » ecc... Non vi è da stupirsi, pertanto, nel constatare che i soggetti che abbandonano il « gruppo di attesa » hanno in quel momento migliorato considerevolmente il loro coefficiente di « self-adjustment » in rapporto a quello che si è potuto registrare al momento della consultazione iniziale.

BLOCK e THOMAS (31) hanno fatto una critica delle convinzioni rogeriane sulla validità di tali misure psicologiche: l'adattamento è in rapporto curvilineare con l'autosoddisfazione, essa stessa legata al controllo di sé. Gli autori suddividono i soggetti in supercontrollati (che in genere in diversi tests producono risultati molto normali, particolarmente risultati « falsamente » nella norma del M.M.P.I.); in ben-controllati e in sotto-controllati.

L'autosoddisfazione diminuisce regolarmente dal primo fino al terzo gruppo. Il soggetto super-controllato è quello che lascia il « gruppo di attesa ». Il suo « self-adjustment » è migliorato come probabilmente i risultati che ottiene ai questionari di personalità; solo i tests proiettivi rivelano l'assenza totale di profondo cambiamento a livello della personalità. Vi sarebbe, dunque, modo di predire, tramite studi della personalità, quali sono i soggetti che in un « gruppo di attesa » hanno la possibilità di presentare remissioni spontanee più o meno nevrotiche. Comunque sia, sembra che la tecnica del « gruppo di attesa » sia seriamente soggetta a riserve, sia nel

metodo dell'« own control design » che nei metodi comparativi.

#### METODO DI INDUZIONE « ARTIFICIALE »

(« analogue research »)

È citato da COWEN (34) che lo considera come uno degli esempi di ciò che si chiama « experimental analogue » (ROSENTHAL e FRANK, 1956). Offre il vantaggio di essere più facilmente controllabile, perché viene in qualche modo, in via sperimentale, artificialmente indotto. Per esempio, si sottomettono ad una batteria di prove psicometriche alcuni soggetti che vengono poi suddivisi in due gruppi, uno di questi gruppi subisce uno stress che mira a creare uno stato di sconforto, di angoscia, confrontabile al sentimento espresso dai malati che consultano il medico (ad esempio, uno sperimentatore dice al soggetto che i risultati al test di Rorschach sono piuttosto preoccupanti). Si tenta di obiettivare l'esistenza degli effetti di questo stress, stabilendo la diminuzione di rendimento negli individui che l'hanno subito in confronto ai soggetti del gruppo di controllo; tale gruppo di volontari, artificialmente stressati in linea sperimentale, viene poi suddiviso in due categorie equivalenti; la prima viene trattata da psicoterapeuti esperti con psicoterapia tradizionale, la seconda invece viene pseudotrattata da psicoterapeuti ugualmente esperti ma che si impegnano molto seriamente ad evitare di instaurare una vera e propria relazione terapeutica; di fatto questi terapeuti non toccano nient'altro che materiale « neutro »,

« inerte » mentre vengono instaurate tutte le apparenze esteriori di un trattamento identico a quello dei soggetti veramente trattati. Dopo un dato intervallo di tempo tutti i soggetti vengono nuovamente sottoposti alla stessa serie di prove loro proposta all'inizio (55). Le differenze dei risultati sono attribuite agli effetti della terapia. Si tratta di analogie sperimentali a livello del terapeuta. In alcune esperienze sono state create analogie a livello del paziente indirizzando attori di teatro a recitare la parte del malato all'insaputa del terapeuta (HELLER, MYERS, KLINE) (44).

#### Critiche

a) Nessuno ha mai dimostrato che gli stress sperimentalmente indotti fossero identici agli « sconforti, angosce e malesseri psicologici » dei soggetti.

b) Per definizione, lo psicoterapeuta impegnato nel trattamento è consapevole di dover evitare di fare della *vera psicoterapia*. Per quanto egli sia esperto, in che misura non giunge a fare della « controterapia »? O almeno in che misura il desiderio più o meno cosciente, di vedere che questi soggetti resi artificialmente malati non migliorano (o migliorano meno di quelli dell'altro gruppo) non lo conduce ad orientare inconsapevolmente i propri atteggiamenti? Sembra che valga piuttosto la pena di confrontare i risultati terapeutici ottenuti da terapeuti inesperti, per esempio all'inizio della loro formazione, con quelli di terapeuti esperti, giacché è stato stabilito che, indipendentemente dall'orientamento teorico, la percentuale di successo terapeutico è strettamente collegata all'esperienza del terapeuta.

BERGIN (30) ugualmente, cita uno studio di CARTWRIGHT e VOGEL (1960) dove è stato dimostrato che gli psicoterapeuti esperti fanno migliorare i pazienti, mentre quelli inesperti tendono a farli peggiorare. Si può comprendere perché certi studi, spesso intrapresi con la collaborazione di terapeuti aventi una formazione di solo due o tre anni, diano nell'insieme risultati poco concludenti.

Nella sua personale esperienza STRUPP (54), psichiatra di formazione psicoanalitica, ha tuttavia sottolineato che anche le risposte del terapeuta sono in funzione del suo grado di esperienza, del suo orientamento teorico e della sua situazione per quanto riguarda la propria analisi personale. Gli atteggiamenti negativi del terapeuta verso il paziente sarebbero quindi legati ad una diagnosi errata, ad una cattiva prognosi e ad una minore frequenza di sedute terapeutiche.

Dopo FARSON (38) in uno studio riguardante 18 malati trattati con la psicoterapia rogeriana da 6 terapeuti e miranti a determinare l'introyezione dell'immagine del terapeuta da parte del paziente, si è rilevato che sono i terapeuti meno competenti che tentano di indurre nei loro pazienti una certa conformità psicologica alla propria personalità. CARSON ed HEINE (32) hanno sottoposto 60 coppie terapeuta-paziente al M.M.P.I. Hanno calcolato il successo terapeutico con la somiglianza della personalità: il rapporto è curvilineare, ed indica quindi che la somiglianza o la dissomiglianza estrema tra la personalità del paziente e quella del terapeuta com-

promettono il risultato terapeutico.

Queste considerazioni attirano la nostra attenzione sul fatto che certi tentativi di obiettivazione degli effetti delle psicoterapie a partire dallo studio di *gruppi* di soggetti devono essere intraprese con ancora maggiore prudenza di quanto possa essere per studi che si basano su casi particolari. Nella speranza di trovare una soluzione di tipo « placebo » al problema dei soggetti di controllo in psicoterapia è stato ugualmente proposto di confrontare su gruppi di soggetti nevrotici, precedentemente stimati come equivalenti (campione più o meno appaiato) gli effetti di una psicoterapia e quelli di altre terapie di riferimento, per esempio farmacologica, fisioterapia, o della behavior-therapy (GOLDSTEIN 42). Lo schema sperimentale più valido consisterebbe allora nel confrontare gruppi equivalenti di nevrotici dando per esempio al primo, un trattamento farmacologico ma associato ad una psicoterapia. Si può supporre che i fattori non specifici giochino allo stesso modo nei due casi e che la differenza di risultati osservati sia attribuibile ai soli effetti della psicoterapia.

Sul piano pratico è difficilmente realizzabile la costituzione di gruppi di malati equivalenti e la somministrazione di trattamenti farmacologici esattamente simili (quale è la dose " simile " per malati di sintomatologia e peso differenti?).

Nel caso che tale schema sperimentale fosse possibile bisognerebbe, in ogni modo, disporre di un campione molto esteso per poter accordare qualche credito ai risultati.

## METODO DELLA VARIABILE INTRINSECA

(« In-Therapy Variable »)

In questo metodo, per esempio, la profondità delle interpretazioni o l'esperienza del terapeuta, o la frequenza delle sedute, deve essere l'unica variabile differenziale capace di distinguere i trattamenti applicati a due gruppi di nevrotici confrontabili.

CATWRIGHT pensa che se si riesce a provare una differenza nel grado di successo terapeutico fra i due gruppi, viene per ciò stesso stabilita l'efficacia della psicoterapia.

Abbiamo discusso più avanti dell'importanza dell'esperienza del terapeuta, più avanti esamineremo i fattori della durata e della frequenza delle sedute terapeutiche.

Le misurazioni della profondità o della natura delle interpretazioni sono state l'oggetto di interessanti studi sostenuti anche da un sincero desiderio di obiettività (MALAN, 17); si veda più oltre, SPEISMAN (52). Ma la loro applicazione pratica è estremamente delicata.

## I METODI PREDITTIVI

Sono largamente usati in altri settori di ricerche psichiatriche e particolarmente in psicosomatica. Per definizione, tali metodi sono il bersaglio delle critiche che possono essere indirizzate agli studi realizzati « a posteriori »: è qui infatti il maggior rimprovero che può essere mosso al notevole lavoro di MALAN, di cui egli stesso, d'altronde, indica tutta la portata.

Infatti, questo procedimento è stato utilizzato da BELLAK (3) che ha registrato circa 50 sedute psicoanalitiche relative a due diversi malati: due analisti dovevano formulare, a posteriori, gli avvenimenti psicodinamici sopravvenuti durante le sedute, mentre altri due dovevano predire ciò che sarebbe avvenuto nel corso delle sedute seguenti. Ogni mese i giudici e i predittori si scambiavano i ruoli. Il coefficiente di correlazione tra le opinioni di chi giudicava e di chi prediceva e quello tra giudice e predittore, si è rivelato poi grandemente positivo.

## III. DURATA DELLA TERAPIA E FREQUENZA DELLE SEDUTE

Alcuni autori quali SCHLIEN, MOSAK e DREIKURS (5) hanno dimostrato che il fatto di prevenire il paziente all'inizio della terapia, che il numero delle sedute e il tempo globale del trattamento saranno limitati, può condurre a risultati migliori di quelli che si osservano nei confronti di psicoterapie la cui durata e ritmo non siano stati preventivamente fissati. Essi hanno raffrontato la correlazione fra la descrizione dell'« io » e quella dell'« io ideale » in soggetti normali, in nevrotici componenti un « gruppo di attesa » (3 mesi) e in malati trattati con psicoterapia rogeriana o adleriana. Mentre questa correlazione, in soggetti normali resta costante (ed elevata) per i nevrotici dopo tre mesi di attesa è lo stesso costante (ma bassa), migliora molto significativamente in soggetti che hanno ricevuto una terapia, ma soprattutto in soggetti per i quali il numero delle sedute terapeutiche è stato preventivamente fissato;

non vi è differenza fra i risultati della psicoterapia rogeriana o adleriana, ciò sembrerebbe quindi dimostrare che la limitazione di tempo è più importante del tipo di terapia (dopo un anno è stato praticato per tutti i casi un « re-test »).

Naturalmente va notato che il solo criterio utilizzato è quello della correlazione « self-ideal », con tutte le riserve che questa tecnica impone (v. più avanti il capitolo « Metodi », più oltre, il capitolo « Tecniche »). Per ciò che riguarda l'influenza della durata e della frequenza della psicoterapia su questi risultati, le opinioni degli autori sono contraddittorie. ROSENBAUM (20) (210 malati) e CAPPON (201 malati) non danno alcuna importanza a questi parametri nei confronti di fattori molto più determinanti, il livello socioeconomico del paziente, o il suo precedente migliore adattamento sessuale. Al contrario, IMBER, FRANK NASH, STONE e GLIEDMAN (45) non condividono questa opinione. Se, senza specificare preventivamente al malato il numero di sedute terapeutiche e il tempo di trattamento, si confrontano due gruppi di soggetti, uno che partecipa a sedute più lunghe e più frequenti, l'altro a sedute più brevi e più diradate, ambedue trattati durante lo stesso periodo di tempo, si constata che la terapia intensiva dà risultati migliori.

Gli autori ritengono che il bisogno, la speranza o la certezza della efficacia della psicoterapia (sia da parte del medico che da parte del malato) all'inizio possono anche non esserci, ma crearsi poi durante le prime sedute di psicoterapia intensiva. La motivazione è minore (e così quindi il successo finale della terapia) nei soggetti dell'altro gruppo, a causa

della mancanza di fede dei malati legata al numero relativamente inferiore e alla più breve durata delle sedute.

Uno studio particolarmente interessante è stato registrato da LORR MC NAIR, MILCHAUX e RASKIN (46) concernente l'influenza del rapporto tra la frequenza delle sedute e il tempo globale di terapia sui risultati finali. Gli autori confrontano tra loro gli effetti delle psicoterapie intraprese con un ritmo di due sedute alla settimana, di una o di una ogni 15 giorni. I 133 malati, tutti di sesso maschile, presentano stati nevrotici cronici instauratisi dagli 8 ai 15 anni di età, vengono esaminati dopo quattro mesi, sei mesi, un anno, poi, un « bilancio ulteriore » (« follow-up ») completa le informazioni raccolte. Ogni bilancio comprende l'opinione del terapeuta (rating), quello di un sociologo, quello di uno o più psichiatri esterni e i risultati di una batteria di tests proiettivi: ansietà manifesta di Taylor, forza dell'io (M.M.P.I.), due scale di Guilford-Zimmermann, una lista di sintomi di controllo (Symptoms Check list, in 20 possibili punti) ecc... Il terapeuta deve così dare la sua opinione sulla serietà della malattia e sulla motivazione del paziente; deve compilare una « interpersonal check list » ecc... Il sociologo esprime la sua opinione sull'adattamento del malato dal punto di vista professionale e sociale. I risultati sono sorprendenti: dopo quattro mesi di trattamento non si registra alcuna modificazione in nessun gruppo di malati.

Dopo 8 mesi, la forza dell'io aumenta, il numero e la gravità dei sintomi diminuiscono. Tali risultati sono assolutamente raffrontabili, nei diversi gruppi, qualunque sia la frequenza delle sedute. Bis-

gna attendere un anno per vedere affiorare lievi differenze fra il gruppo di soggetti che partecipano a sedute frequenti e quelli che seguono un ritmo più lento; anche se tutti mostrano una netta diminuzione dell'ansietà manifesta, della gravità dei sintomi, un aumento della forza dell'io e un miglioramento delle relazioni interprofessionali, i soggetti del gruppo preso in psicoterapia più intensiva finiscono per rivelarsi più indipendenti, più positivi ecc... Gli autori quindi concludono che il periodo durante il quale il malato è trattato sembra dunque giocare, nell'insieme, un ruolo più importante della frequenza delle sedute.

Tali contraddittori risultati degli autori, relativi alla durata della terapia ed alla sua frequenza, non sono fatti per meravigliarci.

In pratica, MALAN, nel suo studio sulle psicoterapie brevi (d'ispirazione psicoanalitica) non limita esageratamente il numero delle sedute, che fluttua da dieci a quaranta, in funzione dell'evoluzione dello stato del paziente.

La pratica psichiatrica quotidiana familiarizza tutti i terapeuti con le differenze di « regime terapeutico » che essi cercano di adattare il più adeguatamente possibile a ciascun caso particolare.

Nondimeno, dagli studi della letteratura sembra venir fuori qualche principio generale che è bene ricordare a mò di sintesi:

1) sembra che trattamenti della durata di un anno diano risultati superiori rispetto a terapie terminate dopo periodi più brevi;

2) in generale, la frequenza settimanale delle sedute sembrerebbe particolarmente propizia a creare un buon rapporto medico-malato e ad aumentare le motivazioni dell'uno e dell'altro. Se la terapia dura come minimo un anno, il ritmo di una seduta per settimana finisce per rivelarsi vantaggioso rispetto ad una frequenza minore;

3) pertanto sembra che sia importante fissare preventivamente, di comune accordo, la durata globale della terapia (per es.: un anno) e la frequenza delle sedute (per es.: una volta alla settimana) per ottenere un rendimento terapeutico ottimale;

4) se si crede a CAPPON occorrono sei mesi di trattamento, da 15 a 35 sedute (a condizione di rispettare la frequenza ideale di una volta la settimana) per vedere sparire un sintomo, e almeno sette mesi per assistere alla scomparsa del sintomo principale.

(segue)

#### BIBLIOGRAFIA

1. ABRAHAM, G.: Le problème de la catamnèse des psychothérapies et la question des critères objectifs d'appréciation des résultats thérapeutiques. *Acta Psychotherapeutica* 12: 203-236 (1964).
2. AUERBACH, A.H.; LUBORSKY, L. et JOHNSON, M.: Assessments of Psychotherapy sessions by patient, therapist and external observers. Reviews abstracts working groups XXVIth International Congress of applied psychology. Swets and Zeitlinger, Amsterdam, 193-194 (1968).



3. BELLAK, L.: Prédiction systématique au cours du processus psychothérapique et au cours d'autres processus d'interaction. *L'Encéphale* 48: 5, 361-376 (1959).
4. BIXENSTINE, V.E.: A cas study of the use of palmar sweating as a measure of psychological tension. *Journ. Abnorm. and Soc. Psychol.* 50: 138-143 (1955).
5. CAPPON, C.: Results of Psychotherapy. *Brit. Journ. Psychiatr.* 110: 35-45 (1964).
6. DOCTER, F.R.; KASWAN, J.W. et NAKAMURA, C.Y.: The reliability and distribution of spontaneous heart rate changes in humans. *Journ. of Psychosomatic Research* 6: 217-221 (1962).
7. ENDICOTT, N.A. et JORTNER, S.: Objective measure of depression. *Arch. Gener. Psychiatr.* 15: 249-255 (1966).
8. EYSENCK, H.J.: The effects of Psychotherapy. *Intern. Journ. of Psychiatr.*, 99-178 (1965).
9. FIORICA, V. et MUEHL, S.: Relationship between plasma levels of 17-hydrocorticosteroids and a psychological measure of manifest anxiety. *Psychosomat. Med.*, Vol. 26, 6: 596-599 (1962).
10. HAMBURG, D.: Some issues research on human behaviour and adrenocortical function. *Psychosomat. Med.* 21: 5, 387-388 (1959).
11. KELLY, D.H.W.: Measurement of anxiety of forearm blood flow. *Brit. Journ. Psychiatr.* 112: 789-798 (1966).
12. KELLY, D.H.W.: The technic of forearm plethysmography of assessing anxiety. *Journ. Psychosomat. Research.* 10: 373-382 (1967).
13. KELLNER, R.: The efficacy of Psychotherapy. *Psychol. Neurol. Basel* 149: 333-340 (1965).
14. KELLNER, R.: The evidence in favour of Psychotherapy. *Brit. Journ. Med. Psychol.* 40: 341-358 (1967).
15. KERN, T.G.; EWING, J.H. et RICKELS, K.: The hippuric acid index: application of the hippuric acid test as and index of human free anxiety. *Journ. Psychosomat. Research.* 3: 211-266 (1959).
16. LA DOU, J.; ELLMAN, G.L.; CALLAWAY, E.; EDMINSTER, I.F. et CHRISTENSEN, R.L.: Correlates of manifest anxiety. *Journ. of Psychosomat. Research.* 6: 41-47 (1962).
17. MALAN, D.H.: A study of brief psychotherapy in M. BALINT (Ed.): *Mind and Medicine monographs*, 1963, Tavistock Publications, London.
18. MOWRER, O.H.; LIGHT, B.H.; LURIA, Z. et ZELENY, M.P.: Tension changes during psychotherapy with a special reference to resistance; in O.H. MOWRER (Ed.) *Psychotherapy: theory and research*, New-York, Ronald Press, 546-640.
19. ROGERS, C. et DYMOND, R.: *Psychotherapy and personality change*, 1954, Univers. of Chicago, Chicago.
20. ROSENBAUM, M.; FRIEDLANDER, J. et KAPLAN, S.M.: Evaluation of results of psychotherapy. *Psychosomat Med.* 18: 113-132 (1956).
21. SAENGER, G.: Social factors in recovery of untreated psychiatric patients implication of therapy research and planning of services. *Reviews abstracts working groups XVIth International Congress of applied Psychology*. Swets and Zeitlinger, Amsterdam, 195-196 (1968).
22. SHAGASS, C. et MALMO, R.: Psychodynamic themes and localised muscular tension during psychotherapy. *Psychosomat. Med.* 16: 295-314 (1954).
23. THETFORD, W.N.: The measurement of physiological responses to frustration before and after non directive psychotherapy. *Amer. Psychologist.* 3: 278 (1948).

24. WATSON, P.D. et KANTER, S.S.: Some influences of an experimental situation on the psychotherapeutic progress. *Psychosomat. Med.* 18: 6, 457 (1956).

I vari articoli citati in seguito sono tratti da uno studio realizzato da HOCH, P.H. e ZUBIN, intitolato: The evaluation of psychiatric treatment, 1964, Grune and Stratton, New York, London, 326 pagine.

25. ALEXANDER, F.: Evaluation of Psychotherapy, 176-193.  
 26. DAVIDMAN, H.: Evaluation of psychoanalysis. A clinical's view, 32-44.  
 27. GREENHOUSE, S.W.: Principles in the evaluation of therapy of mental disorders, 95-105.  
 28. WOLBERG, L.R.: The evaluation of psychotherapy, 1 à 13.

I vari articoli citati in seguito sono concentrati nella sintesi realizzata da GOLDSTEIN, A.P. e da DEAN, S.J. e intitolata: The investigations of psychotherapy, commentaries and readings, 1966, New York, London, Sydney, John Wiley and Sons (Inc.).

29. ALEXANDER, R.P.: Physiological and verbal behaviour during client-centered counseling. *Journ. of Counseling Psychology* 3: 174-184 (1956). In: 332-241.  
 30. BERGIN, A.E.: The effects of psychotherapy: negative results revisited. *Journ. of Counseling Psychology* 10: 244-250 (1963). In: 160-165.  
 31. BLOCK, J. et THOMAS, H.: Is satisfaction with self measure of adjustment? *Journ. of Abnormal and Social Psychology* 51: 254-259 (1955).  
 32. CARSON, R.C. et HEINE, R.W.: Similitary and success in therapeutic dyads. *Journ. of Counseling Psychology* 2: 290-296 (1955). In: 222-227.  
 33. CARTWRIGHT, D.S.: Effectiveness of Psychotherapy: a critique of the spontaneous remission argument. *Journ. of Counseling Psychology* 2: 290-296 (1955). In: 222-227.  
 34. COWEN, E.L.: The experimental analogue: an approach to research in psychotherapy. *Psychological reports* 8: 9-10 (1961). In: 42-44.  
 35. DITTES, J.E.: Galvanic skin response as a measure of patient's reaction to therapist's permissiveness. *Journ. Abnormal and Social Psychology* 55: 295-303 (1957). In: 294-303.  
 36. DYMOND, R.F.: Adjustment changes in the absence of psychotherapy. *Journ. of Counseling psychology* 19: 103-107 (1955). In: 217-221.  
 37. ENDICOTT, N.A. et ENDICOTT, J.: «Improvement» in untreated patients. *Arch. of Gen. Psychiatr.* 9: 575-585 (1963). In: 207-217.  
 38. FARSON, R.E.: Introjection in the therapeutic relationship. *Journ. of Counseling Psychol.* 8: 337-342 (1961). In: 360-365.  
 39. FORD, D.H.: Research approaches to psychotherapy. *Journ. of Counseling Psychol.* 6: 55-60 (1959). In: 92-96.  
 40. FRANK, J.D.: Problems of controls in psychotherapy as exemplified by the psychotherapy research project of the Phipps psychiatric clinic. *Research in psychotherapy*. Eli A. Rubinstein, Morris B. Parloff (Eds). Washington D.C. American Psychologic Association, 10-26 (1959). In: 79-91.  
 41. FRIEDMAN, H.J.: Patient expectancy and symptom reduction. *Arch. of Gener. Psychiatr.* 8: 61-67 (1963). In: 311-318.  
 42. GOLDSTEIN, A.P.: Patient's expectancies and non specific therapy as a basis for spontaneous remission. *Journ. of Clin. Psychol.* 16: 399-403 (1960). In: 202-206.  
 43. GOLDSTEIN, A.P. et SHIPMAN, W.G.: Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *Journ. of Clin. Psychol.* 17: 129-133 (1961). In: 307-311.

44. HELLER, K.; MYERS, R.A. et KLINE, R.V.: Interviewer, behavior as a function of standardized client roles. *Journ. of Consulting Psychology* 27: 117-122 (1963). In: 398-403.
45. IMBER, S.D.; FRANK, J.D.; NASH, E.H.; STONE, A.R. et GLIEDMANN, L.H.: Improvement and amount of therapeutic contact: an alternative to the use of no-treatment controls in psychotherapy. *Journ. of Consul. Psychol.* 21: 309-315 (1957). In: 250-256.
46. LORR, M.; McNAIR, D.M.; MICHAUD, W.W. et RASKIN, A.: Frequency of treatment and change in psychotherapy. *Journ. of abnormal and Social Psychol.* 64: 281-292 (1962). In: 238-249.
47. MAHL, G.F.: Mesuring the patient's anxiety during interviews from « expressive » aspects of this speech. *Transactions of the N.-Y. Academy of Science* 21: 249-257 (1959). In: 133-139.
48. RACHMAN, S.: Spontaneous remission and latent learning. *Behaviour Research and therapy* 1: 133-137 (1963). In: 198-202.
49. SARGENT, H.D.: Methodologic problems of « follow-up » studies in psychotherapy research. *Americ. Journ. Orthopsychiatry* 30: 495-506 (1960). In: 101-107.
50. SCHLIEN, J.M.; MOSAK, H.H. et DREIKURS, R.: Effects of limits: a comparison of two psychotherapies. *Journ. of Counseling Psychology* 9: 31-34 (1962). In: 235-237.
51. SECHREST, L.: Stimulus equivalents of the psychotherapist. *Journ. of Individual psychology Consul. Psychol.* 23: 93-99 (1959). In: 287-294.
52. SPEISMAN, I.C.: Depth of interpretation and verbal resistance in psychotherapy. *Journ. of* 18: 172-176 (1962). In: 365-368.
53. STEVENSON, I.: Processus of « spontaneous remission » recovery from the psychonevroses. *Amer. Journ. of Psychiatry* 117: 1057-1064 (1961). In: 191-198.
54. STRUPP, H.H.: The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy* 1: 1-13 (1963). In: 145-157.
55. WEINER, M.: The effect of two experimental counseling techniques on performances impaired by induced stress. *Journ. of Abnorm. and Soc. Psychol.* 5: 565-572 (1955). In: 375-383.

## ANALISI DEI CONTENUTI E DECONDIZIONAMENTO NEL GRUPPO TERAPEU- TICO

**R. BATTEGAY**

L'ARTICOLO È COMPARSO IN TEDESCO SULLA RIVISTA « GRUPPEN-PSYCHOTHERAPIE UND GRUPPEN-DYNAMIK », 1968, BAND 2, PAG. 104-112, COL TITOLO: « ANALYSIEREN VON INHALTEN UND DEKONDITIONIEREN VON HALTUNGEN IN DER THERAPEUTISCHEN GRUPPE. ERFAHRUNGEN MIT ANALYTISCHEN ARZTEGRUPPEN ». R. BATTEGAY È DIRETTORE DEL POLICLINICO PSICHIATRICO DELL'UNIVERSITÀ DI BASILEA.

### RIASSUNTO

Nell'ambito della psicoterapia analitica di gruppo è possibile l'individuazione e il decondizionamento di tipici atteggiamenti errati e di inibizioni giovandosi soltanto dei conflitti presi paradigmaticamente, senza elaborarne i contenuti. Tuttavia per alcuni problemi fondamentali che si ripetono nei diversi componenti del gruppo, è possibile una elaborazione più approfondita. È caratteristico della psicoterapia di gruppo non solo rendere più facile il processo di riconoscimento, ma contribuire a un progressivo accantonamento di posizioni e di atteggiamenti anacronistici e a un apprendimento di nuovi modelli di comportamento. Servendoci di

esempi casistici derivati dai cinque stadi della psicoterapia di gruppo (presa di contatto esplorativa, regressione, catarsi, presa di coscienza, cambiamento) abbiamo cercato di documentare le nostre affermazioni.

### SUMMARY

In the psychoanalytic psychotherapy group it is likely to identify and modify typically mistaken behaviours, as well as inhibitions, making only use of conflicts considered as paradigms, without examining conflictual context. It is possible, however, to examine deeply some main problems of the group members. It is typical to the group psychotherapy to make the acknowledgement process more easy, to change and suppress faded life positions and to learn new behaviours models. Some examples are given, by using patterns peculiar to the five stages of the group psychotherapy (first contact, regression, catharsis, consciousness, transformation).

Il lavoro compiuto con 5 gruppi di medici della clinica psichiatrica universitaria di Basilea (dal 1963 al 1965) e con 2 gruppi analitici formati da medici (dai 6 ai 9 componenti) che partecipavano alla settimana di psicoterapia di Lindau sotto la direzione di H. Stolze, ed inoltre la nostra personale esperienza di terapia di gruppo con pazienti, iniziata nel 1955, ci ha fornito l'occasione di osservare gli aspetti psico e sociodinamici dei gruppi terapeutici.

Siamo quindi interessati, in questo contesto, a chiarire il problema del valore dei contenuti conflittuali e dell'atteggiamento nella psicoterapia di gruppo ma, al tempo stesso, cercheremo anche di chiarire più da vicino i problemi dell'indicazione all'analisi e al decondizionamento nell'ambito del gruppo.

Il metodo da noi seguito nella clinica è

stato quello di tenere, con dei medici, delle sedute di gruppo settimanali, durante le quali il leader del gruppo manteneva un atteggiamento esclusivamente analitico. Eventuali interpretazioni venivano date soltanto quando non vi si perveniva spontaneamente da parte di uno dei componenti del gruppo, i quali assumevano così, alternativamente, la parte del terapeuta, mentre il capo gruppo poteva di tanto in tanto limitarsi ad una funzione di osservatore. Di tanto in tanto il terapeuta faceva notare delle dinamiche di gruppo tipiche, che non erano sufficientemente messe in rilievo dai componenti.

Come chiariremo meglio in seguito, per i medici della clinica, il fatto che il capo del gruppo fosse un loro superiore e gli altri componenti dei colleghi, rappresentò una certa difficoltà per la loro disponibilità ad esprimersi e per la loro capacità associativa. Essi non riuscivano quasi mai ad astrarsi completamente dalle condizioni di gerarchia nelle quali avevano conosciuto il capo gruppo e i colleghi. Si può comunque supporre che in presenza di un medico estraneo alla clinica sarebbero scaturite delle altre non minori difficoltà: probabilmente ci sarebbe stata una tendenza a nascondere davanti all'« estraneo » i problemi connessi alla clinica. Inoltre, cosa che è nota anche nei gruppi formati da pazienti, per es. depressi (KIELHOLZ), l'essere colpiti come gli altri e l'essere coinvolti con gli altri in situazioni analoghe può accelerare l'attività di gruppo, poiché si possono raccogliere e scambiare ampiamente esperienze concordanti.

Come la psicoanalisi può essere appresa completamente solo sottoponendosi

personalmente ad un'analisi, così la psicoterapia analitica di gruppo può essere conosciuta solo sulla base di una propria esperienza (KEMPER, MULLAN).

Naturalmente in questi gruppi, come in ogni psicoterapia di gruppo, i componenti non riuscivano ad esprimere tutte le loro associazioni, essendo il tempo insufficiente per comunicare tutti i moti affettivi e razionali, né era possibile esaminare a fondo tutti i problemi sia accennati che apertamente posti dai vari membri. Nonostante ciò l'obiezione che viene spesso mossa alla psicoterapia di gruppo, che essa cioè sia un trattamento meno approfondito della terapia individuale, non sembra in realtà giustificata. La sollecitazione più forte che il gruppo esplica sui sentimenti, porta al contrario, nella situazione collettiva, al risultato di far pervenire in superficie conflitti profondi spesso più rapidamente che non nel rapporto terapeutico a due.

È però necessario, nell'ambito del gruppo, stante l'impossibilità di discutere sufficientemente i vari contenuti individuali, porre in primo piano non tanto l'enucleazione di quanti più conflitti possibile e la loro conseguente elaborazione, quanto l'analisi degli atteggiamenti e del comportamento dei singoli di fronte al terapeuta, agli altri componenti del gruppo e al gruppo come totalità. Gli atteggiamenti e i condizionamenti patologici dei membri o di tutto il gruppo possono essere continuamente riconosciuti come di natura conflittuale, possono essere discussi e quindi destrutturati. Certi problemi nucleari d'altro canto vengono ripetutamente messi in evidenza dagli altri membri alla luce di proprie difficoltà, sic-

ché col tempo essi possono essere rielaborati. I problemi marginali di uno o più membri rimangono nel frattempo come esempi di atteggiamenti patologici.

In corrispondenza a quanto detto, in un gruppo terapeutico non è sempre possibile raggiungere quale meta finale l'analisi completa dei vari componenti. Questi però sono messi in grado di riconoscere i propri comportamenti errati e le proprie inibizioni attraverso la discussione dei problemi e dei conflitti presentati nel gruppo (SCHUTZ-HENCKE, SCHWIDDER, HEIGL-EVERS). Successivamente, mediante questa presa di coscienza, essi potranno riconoscere e correggere gradualmente i propri atteggiamenti errati anche nelle altre situazioni di gruppo in cui si troveranno, al di fuori del gruppo terapeutico.

Una componente di un gruppo, cresciuta con un padre estremamente rigido e dominante, che aveva ripetutamente avuto relazioni extraconiugali, e una madre affettivamente fredda, tentava di attirare l'attenzione su di sé descrivendo la propria amicizia con un uomo sposato. Essa si identificava con il padre e cercava costantemente di dimostrare al gruppo, che le appariva nel transfert come madre dominante (W. SCHINDLER), ed in particolare ad una collega più anziana, di trovarsi in una situazione coatta e non suscettibile di mutamento.

Di tanto in tanto mancava alle sedute, per lo più dandone una motivazione poco plausibile, oppure appariva ostentatamente in ritardo; in seguito la resistenza ad ogni chiarimento analitico del suo atteggiamento si dimostrò troppo forte e dopo 43 sedute abbandonò il gruppo.

Per il gruppo il problema non era stato quello di venire a conoscenza di tutti i problemi concernenti la sua relazione con quell'uomo (al contrario gli altri componenti erano stati spesso infastiditi dalle sue descrizioni esagerate) ma quello di riportarla al carattere

transferale della sua relazione e del suo rapporto con il gruppo.

Le venne perciò raccomandata la necessità di un riesame del proprio atteggiamento e del proprio comportamento nel gruppo e al di fuori di esso. Però, dal momento che non dimostrò una sufficiente tolleranza alla frustrazione e poiché a causa del guadagno secondario che la malattia le procurava, nel suo intimo non voleva rinunciare al proprio comportamento nevrotico, il tentativo di insegnamento psicoanalitico di gruppo nel suo caso fallì.

Ma anche se tutte le sue difficoltà fossero state chiarite fin nei particolari non ci si sarebbe potuto attendere nessun altro risultato. Soltanto nel caso che essa fosse stata disposta a riconoscere la natura ripetitiva e coatta del proprio atteggiamento e, superando l'eventuale ansia, a raggiungere con l'elaborazione una visione più matura e un comportamento più corretto, sarebbe stato possibile un cambiamento. In conclusione ella rimase estranea al gruppo che voleva indurla ad abbattere la sua disposizione nevrotica (ADLER); ed anzi persistendo in quella faceva temere che, anche in seguito, in ogni situazione di gruppo, si sarebbero riproposti quegli stessi atteggiamenti errati condizionati dalla proiezione dei suoi modelli parentali.

Un collega, notevolmente riservato nel parlare di se stesso, interpretava però le affermazioni degli altri componenti, spesso senza curarsi della loro sensibilità. Tipico in lui era un atteggiamento di diffidenza verso il gruppo quando gli si chiedeva qualcosa di personale. Nella decima seduta — egli faceva un'analisi individuale — riferì un sogno avuto dopo la prima seduta di gruppo: «Era come se avessi dovuto raccontare qualche cosa di molto intimo della mia vita. Un mio amico mi guardava, come aspettando. Tuttavia io non raccontai nulla. Dopo di ciò mi chiesi se raccontarlo nel gruppo o soltanto nell'analisi individuale. Il sogno mi ha molto impressionato». Attraverso questo sogno divenne chiaro al collega la natura del proprio atteggiamento riservato o addirittura diffidente, e ciò gli lasciò un'impressione durevole.

In questa fase non era importante sollecitarlo ad esporre nel gruppo i suoi problemi più intimi, perché con questo egli si sarebbe sentito interamente in balia del gruppo: con

questo sogno iniziale gli era già stato messo drasticamente davanti agli occhi il suo atteggiamento tipico, rilevabile in ogni situazione di gruppo. Resosi conto di ciò, gli veniva offerta la possibilità di riconoscere, nel gruppo terapeutico e nelle altre situazioni di gruppo, la propria tendenza ad un atteggiamento di diffidenza o di distacco e quindi di eliminarlo a poco a poco in un processo di apprendimento sociale, senza che si dovessero portare in discussione nuovi rilevanti contenuti.

In un gruppo di medici della clinica, nel quale si trovavano colleghi originari della Svizzera e di altri paesi, si notò subito una tendenza dei componenti a vivere gli altri secondo stereotipi assai diffusi (HOFSTÄTER) la cui validità individuale però non era stata esaminata.

Per questo motivo il gruppo non riuscì per molte sedute a raggiungere quell'intimità che sarebbe stata indispensabile per il sorgere di un'atmosfera accogliente. Soltanto dopo che i vari componenti si furono vicendevolmente rinfacciati le proprie caratteristiche nazionali, poterono riconoscere, attraverso le reali reazioni del gruppo (FOULKES), la natura degenerare dei pregiudizi a cui erano stati condizionati fin dalla loro giovinezza. In questo caso non fu necessario discutere a fondo i problemi che sottendevano nei vari componenti questo gruppo, ma fu piuttosto sufficiente che essi, autonomamente o sensibilizzati dagli altri, riconoscessero i propri atteggiamenti errati nelle diverse situazioni di gruppo, le quali, come ENKE e altri autori rilevano, hanno già di per sé un'azione normativa.

I vari stadi della psicoterapia di gruppo, da noi altrove descritti (BATTEGAY), si sono potuti riconoscere anche nei gruppi di medici:

1. presa di contatto esplorativa e anamnesi iniziale
2. regressione
3. catarsi
4. presa di coscienza
5. mutamento

Mentre il primo stadio, quello della

*presa di contatto esplorativa*, con partecipanti precedentemente estranei uno all'altro, sebbene con modalità diverse, è per lo più molto breve, spesso soltanto di poche sedute, nel gruppo dei medici della clinica fu sempre necessario un periodo di tempo più lungo, predominando la prudenza e la tendenza a mantenere invariate le parti che ciascuno svolgeva nella clinica.

DAHRENDORF rivela come i ruoli che un individuo assume debbano conciliare due realtà, quella dell'individuo e quella della società: strutturare il proprio ruolo secondo la propria concezione interiore è misura della propria capacità di affermazione, ma forse anche della propria opposizione verso ogni mutamento imposto. All'inizio del lavoro con i gruppi di medici, riscontrammo che i colleghi riuscivano a liberarsi del ruolo che essi ed altri svolgevano nella clinica soltanto con difficoltà. Dominava in essi la paura di mostrarsi agli altri quali essi erano veramente e di riconoscere negli altri le persone reali che vivevano sotto i ruoli ufficiali. Spesso dovevano avere ripetute prove di fiducia e di discrezione per aprirsi nel gruppo e accettare l'aprirsi degli altri. I rapporti di conoscenza che si erano instaurati in clinica inibivano il contatto di gruppo, e quanto più i partecipanti si frequentavano professionalmente, tanto più era difficile assumere nuovi ruoli e posizioni (R. SCHINDLER) o riconoscerli negli altri. La paura di abbandonare quegli atteggiamenti faticosamente costruiti e il timore di non poter più raggere il confronto con il giudizio dei colleghi faceva nascere delle notevoli resistenze. A questo punto è giusto chieder-

si se sia opportuno riunire in un gruppo diretto da un terapeuta della clinica i medici della clinica stessa. Ma la nostra esperienza dimostra che queste iniziali resistenze possono essere ben presto superate.

Nella seconda fase, la fase *regressiva*, durante la quale nasce nel gruppo la tendenza ad assegnare al leader un ruolo autoritario e direttivo, torna nuovamente in primo piano la posizione professionale dei componenti e del capo gruppo.

Così un collega dopo alcune ore di lavoro di gruppo disse: « Il gruppo attende una partecipazione più attiva da parte del capo gruppo ». A queste parole un altro componente aggiunse: « Poiché lei è, al di fuori, il direttore della clinica, ci appelliamo sempre alla sua autorità ». Con tali parole questo secondo medico ha chiaramente espresso i propri problemi nei confronti dell'autorità.

A questo proposito è chiaro che, in questo stadio, nei medici che soffrono di problemi verso l'autorità, il fatto che il capo gruppo sia anche direttore della loro clinica può risvegliare o accrescere delle ansie di castrazione (FREUD).

Ma proprio questa circostanza fa sì che le persone in causa, colpite nella loro conflittualità, possano confrontarsi con le rappresentazioni che già le avevano inibite anche in altre situazioni di gruppo.

Durante il terzo stadio avvengono numerosi *processi catartici*, attraverso i quali si manifestano apertamente quei risentimenti che i colleghi avevano accumulato fra di loro, contro i superiori o i pazienti. Trovandosi così di fronte a sentimenti espliciti è possibile per i vari componenti riconoscerli e superarli.

Un medico riferendosi ad un collega raccontò il seguente sogno: « Eravamo in sala d'aspetto. Una paziente che avevo avuto in cura era venuta nel tuo reparto. Tu lo hai ri-

ferito nella seduta medica, allora io ti ho interrotto e ho detto di averla presa in cura io ».

Nella discussione che seguì improvvisamente egli accusò il collega di comportarsi sempre senza riguardo nei suoi confronti.

Seguì un libero sfogo di reazioni emozionali: i colleghi lo accusarono a loro volta di non accettare le inclinazioni e le attitudini degli altri; alcuni spiegarono che per questo motivo non avrebbero mai potuto discutere di problemi fondamentali davanti a lui; altri aggiunsero che egli aveva pregiudizi troppo radicati e che ne avevano paura; altri ancora riferirono che egli aveva detto ad un collega: « Tu sei fatto semplicemente di ormoni ». L'accorgersi di una sua falsa morale faceva sì che si trattenessero davanti a lui.

Dopo questo scambio, i problemi non erano certo risolti, ma tutti si erano liberati dei sentimenti fino allora repressi, che li avevano turbati nel lavoro e soprattutto nel lavoro comune. L'atmosfera era purificata e i componenti poterono iniziare a prendere coscienza dei loro atteggiamenti errati e a tentare di superarli.

Nella fase successiva, che noi chiamiamo della *presa di coscienza*, i medici narravano spesso i loro sogni di transfert.

Un collega, che era cresciuto con un padre autoritario ed una madre debole, raccontò il seguente sogno: « Eravamo nel gruppo. Il dottor B. — il leader del gruppo — mi aggredì. Io dissi di non voler sentire niente, di non volergli dare retta.

« Se egli attacca — pensai — attacco anch'io.

« Volevo rinfacciargli ciò che da lungo tempo pensavo... ».

Nella discussione che seguì, questo medico fu in grado, dopo iniziali resistenze, di riconoscere la natura proiettiva del suo sogno e successivamente di prendere piena coscienza della propria ansia di fronte all'autorità, ansia che aveva del resto ripetutamente mostrato anche nell'ambito della clinica, ed in seguito poté agire molto più liberamente. Co-



me abbiamo avuto occasione di sapere, egli svolge ora, con ottimi risultati, un lavoro indipendente, cosa che sarebbe stata precedentemente inverosimile. Dal contenuto di questo unico sogno si poté dunque dimostrare come egli proiettasse in ogni gruppo di cui entrava a far parte la propria famiglia e su ogni superiore quei sentimenti che si riferivano in realtà a suo padre. Non fu più necessario alcun contenuto per chiarirgli la sua anacronistica interpretazione. Egli doveva soltanto imparare a considerare questo *insight* nella sua vita di relazione.

Per introdurre lo stadio successivo della psicoterapia di gruppo, quello del *mutamento*, non occorre tanto scoprire il maggior numero di contenuti conflittuali che hanno provocato i moduli di comportamento nevrotico; quanto chiarire ai componenti, sulla base di esempi che li riguardano direttamente, come non sia sufficiente raggiungere delle prese di coscienza, ma sia assolutamente necessario porre in discussione, superando l'ansia che ne deriva, tutte quelle abitudini nevrotiche che si sono ormai radicate nella personalità. Persone che hanno atteggiamenti e abitudini errate a cui sono state condizionate per anni e che possono persistere anche dopo la soluzione del conflitto di base, hanno spesso bisogno di esperienze sociali particolarmente intense e coinvolgenti per potersi modificare e per sviluppare la propria personalità.

Un collega che poneva il proprio lavoro sopra ogni altra cosa, ma che trascurava il lato affettivo della propria vita e perciò la propria famiglia, raccontò il seguente sogno: «Ero in automobile ed uscivo dalla città... circa all'altezza del negozio di mobili..., scorsi nello specchietto retrovisore qualcuno, un ragazzo, che proprio in quel momento aveva

avuto un incidente. Mi chiesero se c'era un medico. Scendendo pensai che il mio riposo se ne andava. Vidi il ragazzo, privo di coscienza, che vomitava e cominciai a coricarlo e a prendermi cura di lui».

Due colleghe suggerirono che nel sogno il ragazzo fosse il medico stesso, mentre un altro collega, anch'egli, come il primo, preoccupato esclusivamente del lato intellettuale e razionale dell'esistenza, cominciò a difenderne il modo di vita, identificandosi con lui.

Ma proprio attraverso questa identificazione, il collega che aveva sognato, poté riconoscere nell'altro la propria immagine e quindi prendere coscienza del proprio atteggiamento errato e della necessità di rivolgersi verso il proprio mondo emotivo per potersi sviluppare e realizzare. Non sarebbe stato indicato chiedere a questo medico quante più descrizioni possibili di contenuti conflittuali, in quanto il sogno in questione e la successiva esperienza di gruppo ad esso connessa erano stati sufficienti a fargli notare la necessità di un cambiamento. Ora egli doveva esercitarsi, nella pratica quotidiana, a porre gradualmente in atto, sia nel gruppo terapeutico che nelle altre situazioni di gruppo (particolarmente nella famiglia), ciò di cui aveva preso coscienza.

Nella psicoterapia analitica di gruppo, non è dunque sufficiente elaborare i contenuti conflittuali dei singoli componenti, ma è necessario far loro identificare, soprattutto attraverso esemplificazioni, i propri atteggiamenti e posizioni errate ed accentuare il processo di apprendimento. I vecchi clichés di comportamento devono non solo essere indagati, nell'ambito del gruppo, circa il loro significato, ma anche superati. Lo scopo della psicoterapia analitica di gruppo non è, perciò, solo il riconoscimento analitico e un processo di maturazione, ma anche il decondizionamento dei vecchi atteggiamenti e l'apprendimento dei nuovi.

## BIBLIOGRAFIA

1. ADLER, A.: Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in: Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Bergmann, München/Wiesbaden 1920.
2. BATTEGAY, R.: Zur Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, in: Schw. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 93: 346 (1964).
3. DERS: Der Mensch in der Gruppe, II, Hans Huber, Bern/Stuttgart 1967.
4. BEUKENKAMP, C.; MULLAN, H. und BERGER, M.: Training in Group Psychotherapy. A Symposium Am. J. Psychother. 12: N. 3, Juli 1958.
5. DAHRENDORF, R.: Homo Sociologicus, Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1964.
6. ENKE, H.: Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit Psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie, in: Z. Psychother. 15: 116 (1965).
7. FOULKES, S.H.: Therapeutic Group Analysis, George Allen & Unwin, London 1964.
8. FREUD, S.: Hemmung, Symptom, Angst, in: Gesammelte Werke XIV, Imago, London 1955.
9. HEIGL-EVERS, ANNELEISE: Die Gruppe unter soziodynamischen und antriebspsychologischem Aspekt, in: PREUSS, H.G.: Analytische Gruppenpsychotherapie, Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1966.
10. HOFSTATTER, P.R.: Einführung in die Sozialpsychologie, Kröner Stuttgart 1963.
11. KEMPER, W.W.: Zum Problem der Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, in: Z. psychosomat. Med. 10: 191 (1964).
12. KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker, Lehmanns, München 1966.
13. SCHINDLER, R.: Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe, in: Psyche 11: 308 (1957/58).
14. SCHINDLER, W.: The Role of the Mother in Group Psychotherapy, in: Int. J. Group Psychother. 16: 198 (1966).
15. SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Thieme, Stuttgart 1951.
16. SCHWIDDER, W.: Hemmung, Haltung und Symptom, in: Fortschritte der Psychoanalyse (Int. Jahrbuch zur Weiterentwicklung der Psychoanalyse, Bd. I), Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen 1964.
17. SULLIVAN, H.St.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, W.W. Norton, New York 1953.



## TECNICHE TERAPEUTICHE E TECNICHE D'INCONTRO

ELISABETH E. MINTZ

L'ARTICOLO È COMPARSO IN INGLESE SULL'AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY » (XXV, 1, 1971, 104-109), COL TITOLO « THERAPY TECHNIQUES AND ENCOUNTER TECHNIQUES - COMPARISON AND RATIONALE ». L'AUTRICE LAVORA A NEW YORK.

### RIASSUNTO

Tecniche d'incontro che spesso implicano il contatto fisico vengono utilizzate sempre di più, generalmente in gruppi così vasti che il loro significato simbolico non può essere chiarito ad un singolo individuo. A dispetto di tale limitazione, si afferma che tali gruppi hanno un certo valore nel trattamento della alienazione e della rigidità legate alla nostra cultura. Comunque le tecniche d'incontro divengono terapeuticamente sempre più utili in gruppi meno numerosi, in cui, dopo l'incontro, si può dedicare più tempo alla verbalizzazione e alla chiarificazione del significato dell'esperienza e in cui a volte è anche possibile mettere in atto una tecnica che vada incontro alle esigenze individuali. Vengono riportati degli esempi.

### SUMMARY

Encounter techniques, often involving physical contact, are used increasingly, typic-

ally in groups so large that their symbolic meaning to specific individuals cannot be clarified. It is maintained that despite this limitation, such groups are of some value in dealing with our cultural alienation and rigidity. However, encounter techniques become therapeutically more useful in smaller groups, where time can be spent after the encounter game in verbalizing and clarifying the meaning of the experience and where it is sometimes even possible to devise a technique to meet individual needs. Examples are given.

Nel giro di pochissimi anni, l'intero campo della Psicoterapia di gruppo è stato scosso e mutato, sia in meglio che in peggio. Il tradizionale terapeuta di gruppo esiste ancora e modella il suo approccio, più o meno, su quello psicoanalitico classico; restringe l'interazione alla comunicazione verbale ed insiste principalmente sulle interpretazioni del transfert e delle resistenze. D'altra parte vi è invece la proliferazione di nuove modalità di approccio, alcune studiate dall'Istituto Esalen in California, altre affidate ai gruppi di *sensitivity training* dei National Training Laboratories. Ci sono poi gruppi di drogati senza leader, per iniziativa di SYNANON e DAYTOP; maratone nelle quali i partecipanti sono vestiti convenzionalmente e maratone in cui sono nudi; T-groups per industrie e per comunità che possono essere condotti da terapeuti che hanno seguito un training di gruppo o da conduttori di gruppo che non sempre hanno un background psicodinamico. Molti di questi gruppi utilizzano il contatto fisico, le tecniche di « sensory-awareness » (consapevolezza sensoriale) il *role-playing*, ed altri metodi non convenzionali. I gruppi d'incontro

raccolgono un numero di persone che va dalla tradizionale partecipazione di otto, dieci individui, a quella di parecchie centinaia di persone non necessariamente selezionate in base a criteri clinici.

L'atteggiamento che hanno i terapeuti nei confronti di tali tecniche va da un estremo all'altro. Alcuni terapeuti di gruppo, di un certo valore, nel migliore dei casi dichiarano tali innovazioni non terapeutiche, e nel peggiore le ritengono pericolose, in quanto potrebbero far precipitare una psicosi in individui particolarmente vulnerabili. Altri terapeuti di gruppo invece, tra cui possono trovarsi esponenti di grande valore, si sono spinti a dire che può anche non essere necessario un addestramento formale per la conduzione di un gruppo di incontro; che persone non professioniste, ma abili nelle tecniche d'incontro, possono benissimo assumersi tali responsabilità; e, perfino, che la presenza di un capo può non solo essere superflua ma addirittura indesiderabile (1).

Attualmente si può disporre solo di poche relazioni sugli effetti reali delle tecniche d'incontro e molto probabilmente ci vorranno alcuni anni di ricerca intensiva prima che si possa dare una risposta definitiva sul loro valore. Come è comprensibile, sembra opportuno fare una distinzione preliminare fra gruppi d'incontro e gruppi terapeutici veri e propri; in particolare fra tecniche designate essenzialmente a facilitare l'incontro, di solito portate per stabilire un contatto aperto e spontaneo tra due o più persone e tecniche che possono ugualmente sembrare non convenzionali ma che sono basate su una logica terapeutica.

Per prima cosa, bisogna fare un'ampia

distinzione fra la patologia che è particolarmente caratteristica della nostra cultura e la patologia che è peculiare dell'individuo a causa di fattori specifici, costituzionali o ambientali. Vari studiosi ben noti, come MASLOW, FROMM e ROLLO MAY hanno chiarito come le pressioni della nostra civiltà producano una sindrome che anche se non deviante è intrinsecamente patologica. Questa è caratterizzata dal timore e dal desiderio insieme dell'intimità; dalla paura di esibirsi, dalla difficoltà di entrare in relazione con gli altri senza pretesti o difese; da conflitti riguardanti la dipendenza e l'autoaffermazione; in breve, una sindrome che più brevemente può essere indicata come alienazione dagli altri e da sé.

Il crescendo di interesse verso i gruppi di incontro sembra indicare che molte vittime di questa sindrome desiderino allontanarsi dall'alienazione. Forse possiamo distinguere i gruppi d'incontro dalla terapia di gruppo chiarendo che i primi sono principalmente atti a trattare le alienazioni caratteristiche della nostra cultura, la seconda invece i problemi peculiari dell'individuo. Per esempio molte tecniche d'incontro più comunemente usate, di cui riportiamo alcuni esempi, possono essere guardate come metodi che combattono la nevrosi culturale.

*Lifting and Rocking* (Sollevare e cullare). Si tratta di un metodo per cui un gruppo di persone viene invitato a porre le mani sotto il corpo di un altro partecipante al gruppo che tiene lo sguardo fisso al pavimento, lo alza e lo culla gentilmente avanti e indietro e poi lo riporta, sempre gentilmente, verso il pavimento. Questa tecnica può suscitare piacere di dipendenza, timore di dipendenza, o entrambe; ed anche può provocare sentimenti di

timore e di piacere riguardanti l'intimità.

*Fall - Catch Responses* (Risposte di caduta - raccolta). Due persone vengono poste una dietro l'altra, col volto rivolto dalla stessa parte; quello che sta davanti cade all'indietro e viene raccolto dalla persona che sta dietro. Viene così sollecitata la paura di fidarsi di un altro e il sollievo di trovare aiuto.

*Blind Contact* (« Mosca cieca »). Al gruppo viene detto di camminare intorno alla stanza, con gli occhi chiusi e mani protese, e, senza parlare, di esplorare la faccia, i capelli e il corpo di chi si incontra. Tale tecnica non è intesa allo scopo di provocare eccitazione sessuale ma mira piuttosto a favorire la consapevolezza sensoriale. Essa provoca anche timore del contatto e timore di esporsi.

*Arm Wrestling* (« Braccio di ferro »). Due persone giacciono sul pavimento, una di fronte all'altra: si tengono per le braccia e tentano di spingere in basso il braccio dell'altro. Questa tecnica fa emergere i sentimenti dell'individuo riguardo alla competitività, all'aggressività, e al contatto fisico prolungato.

*Disrobing* (Spogliarsi). Lo spogliarsi parzialmente o del tutto è ora usato da molti terapeuti di gruppo (3). Ma non viene usato al fine di provocare eccitamento sessuale, piuttosto invece per ottenere un reciproco scambio di confidenza e di spontaneità. Viene spesso combinato con la discussione su quelle parti del corpo che sembrano poco attraenti, o addirittura sono ritenute oggetto di vergogna, generando gravi sentimenti riguardo all'esibizione di sé e all'intimità.

Vi sono innumerevoli altre tecniche di incontro (4); probabilmente quasi tutte possono essere poste sotto la stessa visuale teorica. Alcuni le criticano sostenendo che possono non solo essere dannose, ma anche di portata limitata in quanto provocano una esperienza di piacere e di eccitazione che può far scemare poi la motivazione a sottoporsi a psicoterapie tradizionali, e infine che esse non offrono nulla al di fuori di una catarsi emozionale.

Forse vi è una alternativa nel valutare questi metodi. Ognuno di essi crea situazioni in cui le angosce culturali prevalenti prima vengono portate alla superficie e poi affievolite. Si tratta essenzialmente di esperienze tendenti a far diminuire d'intensità le fobie su base culturale. Nel linguaggio della psicoterapia tradizionale possono essere considerate come un'esperienza emozionale correttiva. Nel linguaggio psicoanalitico, possiamo pensare ad una regressione al servizio dell'io, sia come parziale rilassamento di impulsi antitetici provocanti ansia in una situazione non punitiva, sicché parte dell'energia spesa in difese determinate culturalmente torna nuovamente disponibile.

Vorrei ora citare un teorico freudiano contemporaneo, Ralph GREENSON (5), che non solo sostiene questa impostazione ma afferma che essa può servire come base per stabilire una distinzione fra terapia di gruppo e gruppi d'incontro.

« ... l'abreazione ha effetti terapeutici. Col permettere lo scarico di tensioni emozionali, il paziente di solito sperimenta un temporaneo senso di sollievo. La catarsi è sempre più preziosa perché lo scarico emozionale riduce la quantità di affettività e piccole quantità di essa sono più facili da manipolare. Ancora più importante è il fatto che la verbalizzazione che accompagna lo scarico di emozioni e di impulsi fa che sia possibile studiare più facilmente il fenomeno ».

Questa affermazione venne fatta nei riguardi della psiconalisi tradizionale, ma se la si applica alle tecniche d'incontro, si può vedere che il fondamento teorico per questi due approcci pur così differenti, dopo tutto non è molto diverso.

Viene qui confermato che l'importanza

posta sulla verbalizzazione, che conduce all'intuizione e all'integrazione consapevole dell'ansia che produce impulsi, costituisce la differenza più importante fra le tecniche d'incontro usate per il loro valore intrinseco (quasi che una metta in discussione l'altra) e le tecniche d'incontro utilizzate a fini terapeutici. Se questi stratagemmi tendono a favorire la soluzione di problemi individuali piuttosto che semplicemente a diminuire l'ansia che ha prevalentemente una causalità culturale, l'uso del metodo deve essere seguito facendo estrema attenzione ai sentimenti dell'individuo, o altrimenti la tecnica dovrà essere predisposta tenendo presenti le esigenze individuali.

Tutte le tecniche non verbali descritte sopra di per se stesse rimandano all'intervento della discussione che, come è sperabile, avrà per risultato una maggiore accettazione e comprensione di sé. In un gruppo numeroso il capo può suggerire la divisione in sottogruppi in modo che i partecipanti possano scambiarsi verbalmente le loro impressioni; comunque questo approccio probabilmente non comporta una profonda e genuina esplorazione dei sentimenti come avviene nella terapia di gruppo convenzionale, in cui la discussione può essere facilitata secondo varie direzioni.

#### **Esperienza Clinica**

La mia esperienza nell'uso delle tecniche d'incontro a fini terapeutici è cominciata con due giornate di gruppo di maratona, che accoglievano circa dodici partecipanti: finora ne ho condotti ottanta complessivamente in un periodo di cinque anni. Vi è qui un esempio di come una tecnica del tipo già descritto, *arm-*

*wrestling*, può essere utilizzata terapeuticamente.

Innanzitutto questa tecnica non viene mai usata di routine o come procedura usuale, ma viene suggerita soltanto quando ragioni specifiche la indicano come la più appropriata per un determinato partecipante al gruppo. Calza qui l'esempio di un membro del gruppo che esprime sentimenti di ostilità, di competitività e di autoaffermazione.

Se tali sentimenti sono espressi con pienezza, con emozione non conflittuale e senza ansia, non vi sono motivi specifici per suggerire una tecnica d'incontro; mentre al contrario questa sarà opportuna in tutti i casi in cui vi è un blocco emozionale o ansia circa la piena espressione di sé; in questi casi io suggerisco che quello che ha parlato si scelga un avversario e lo affronti nella lotta libera. Questi combattimenti spesso sono molto intensi, e il gruppo vi partecipa con coinvolgimento ed empatia, riportandone a mio avviso più benefici terapeutici di quelli che potrebbe ricevere da una semplice tecnica d'incontro, in cui un paio di individui possono essere addestrati a combattere come in un esercizio di routine. Dopo l'incontro di lotta, a tutti e due i contendenti viene richiesto di esprimere i propri sentimenti. Vi sono vari esempi che mostrano come alcuni partecipanti al gruppo si sono espressi.

« Tu figlio di cagna. Io veramente ti odio, veramente desideravo vincere, allora improvvisamente capii che non si trattava di te, ma di mio fratello ». Dopo di che l'interlocutore chiese di chiudere gli occhi e di immaginare di parlare egli stesso al fratello più forte e più grande di lui, esprimendo l'odio e la competitività che, almeno apparentemente, non erano mai stati espressi in pa-

recchi anni di terapia più convenzionale.

« Mi sono sgonfiato come uno sbuffo di crema. Io non potevo usare per nulla la mia forza ». Si trattava di una giovane, indubbiamente più forte di me, che avevo invitato a lottare quando esprime la sensazione che aveva, di non poter mai dire chiaramente le sue opinioni ad un superiore, anche se era una donna. Quando il conflitto venne trasposto in termini simbolici e trasformato in una lotta fisica con me, essa poté divenire consapevole di come fosse capace di utilizzare la sua forza con qualcuno che poteva rappresentare la figura materna. Questa esperienza condusse ad una esplorazione estremamente significativa dei suoi sentimenti di colpa, di debolezza e di sottomissione nei riguardi della madre.

« Mio Dio, mio Dio, sono un uomo! Prima non ho mai pensato di essere un uomo ». Questo interlocutore, un omosessuale, non aveva mai sperimentato nella sua vita un tipo di rapporto che non fosse a carattere sessuale, ostile o affettivo, con un altro uomo. In un incontro estremamente movimentato e significativo con un individuo del gruppo, un eterosessuale che teneva un atteggiamento amichevole ma forte, egli comprese di possedere una forza maschile, in un modo che cambiò e intensificò l'immagine di se stesso.

« Pensavo che volevo vincere. Mi sembrava di vincere, improvvisamente mi trovai a terra. Mio Dio, mi succede la stessa cosa a tennis ». Quest'uomo assai competitivo, credeva di aver paura di perdere. In quel momento, a causa di un conflitto edipico non risolto con suo fratello, era la vittoria che egli temeva, con conseguente volontà di punirsi. L'incontro di lotta libera chiarì molti nuovi elementi, gettando luce sulla causa per cui egli voleva perdere non solo a tennis ma anche nelle situazioni professionali.

Oltre ad una appropriata utilizzazione delle tecniche d'incontro standard è spesso possibile sviluppare uno specifico gioco o stratagemma che sia, per così dire, fatto su misura per un individuo. Riportiamo qui un esempio di tale tipo di gioco:

Una giovane donna sta parlando dei suoi amari ricordi d'infanzia, delle sue collere avute quando si sentiva abbandonata o peggio ancora, voleva andare da sola nella sua stanza. I suoi genitori, come essa diceva, non sembravano capire che questa, in realtà, era una richiesta d'amore. Assumeva subito un atteggiamento collerico, si dimenava attivamente, era capace di stendersi sul pavimento, di scalciare, di urlare e di perdere realmente conoscenza nel dare libero sfogo ai suoi sentimenti. Come sostituto materno andai sopra di lei e la tenni con forza fino a che la collera passava. Allora, senza averlo in realtà progettato, feci cenno ad un altro partecipante di portarmi una tazza di latte dalla tavola di ristoro, che mi piaceva avere durante i gruppi d'incontro. Con la risposta sensitiva, che è caratteristica di questi gruppi già dopo le prime ore, l'altro partecipante mi capì subito e mi diede il latte. Io lo portai tra le labbra della ragazza. Con gli occhi chiusi ella lo sorseggiò. Io dissi: « Ora devi prendere da sola la tazza ».

Lo fece e prese un altro sorso, dando la tazza a me. Le dissi: « No, tu devi mettere giù la tazza da sola ». Ella aprì gli occhi, mise giù la tazza sul tavolo e proruppe in risate di gioia e di sollievo. Qui si vede il valore simbolico dell'averla fatta crescere, dell'aver fatto sì che si nutrisse da sola e si prendesse cura dei suoi bisogni dopo la regressione ad un atteggiamento aggressivo.

Dopo questa esperienza, che si verifica quasi sempre quando i partecipanti ai gruppi d'incontro sono capaci di regredire e di crescere a livello simbolico, ella divenne estremamente attenta e interessata ai problemi degli altri membri del gruppo e funzionò ad un livello maturo per tutta la durata successiva del gruppo.

Io sono convinto che le tecniche di incontro, usate principalmente a fini terapeutici, come è il caso degli esempi su riportati, oppure utilizzate soprattutto per il loro valore esperienziale, siano grandemente utili, ma che probabilmente siano più utili quando vengano associate ad un gruppo di tipo più convenzionale o ad una terapia individuale.



Sarà una gran perdita per il gruppo terapeutico se qualcuna di queste tecniche sarà riguardata come meramente sensoriale e come espediente di eccitazio-

ne, oppure se esse saranno applicate senza alcuna consapevolezza dei significati psicodinamici da parte del leader del gruppo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. GIBB, J.: Emergency Therapy. In: Innovation to Group Psychotherapy. GAZDA, G.M., Ed. C.C. Thomas, Springfield, Ill., 1968.
2. MINTZ, E.E.: Marathon Groups: A Preliminary Evaluation. *J. Contemp. Psychother.* 7: 91 (1969).
3. BINDRIM, P.: A Report on a Nude Marathon. *Psychotherapy* 5: 180, 1968.
4. SCHUTZ, W.C.: Joy Grove Press, New York, 1967.
5. GREENSON, R.: The Technique and Practice of Psychoanalysis. International Universities Press, New York, 1967.

## OSSERVAZIONI SULLA FASE TERMINALE DELLA PSICOTERAPIA NEI BAMBINI

**B. JACKSON**

B. JACKSON È DIRETTORE DEGLI STUDI SUPERIORI DI PSICHIATRIA, SCUOLA DI MEDICINA DI MARGUETTE, WISCONSIN, USA. L'ARTICOLO È COMPARSO SU « REVUE DE NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE ET D'HYGIÈNE MENTALE DE L'ENFANCE », 1968, N. 5-6, PAG. 425-433, COL TITOLO: « OBSERVATIONS SUR LA PHASE TERMINALE DE LA PSYCHOTHERAPIE CHEZ LES ENFANTS ».

### RIASSUNTO

Nonostante l'abbondante letteratura accumulata durante gli ultimi 50 anni nel campo della psicoterapia, il processo in se stesso non è stato sufficientemente studiato. L'articolo seguente descrive la fase terminale del processo psicoterapeutico nel bambino e suggerisce che esistono certi segni ben definiti che sono forniti dal paziente stesso. L'autore insiste sull'importanza di riconoscerli e di interpretarli convenientemente. In effetti se questi segni premonitori sono male interpretati, e se il trattamento si protrae oltre il momento in cui il bambino è pronto a terminarlo, una parte dell'effetto benefico della terapia andrà perduta.

### SUMMARY

In spite of the vast literature which has accumulated on the subject of psychotherapy during the past 50 years, there is still a definite lack of discussion on the process. This paper discusses the terminal phase of the psychotherapeutic process in children and it is suggested there are some relatively specific signposts of the phase which are supplied by the patient himself. The importance of the existence of such signposts is stressed and it is emphasized that these signs should not be misinterpreted or ignored because if therapy should continue beyond the point at which the child is ready to terminate, then much of the work of therapy can be undone.

### La fase terminale

Malgrado l'abbondante letteratura accumulata durante gli ultimi 50 anni in campo psicoterapeutico, c'è ancora un vuoto da colmare per quanto riguarda la fase terminale del processo. Si è molto parlato della fase iniziale della terapia e dei suoi diversi aspetti, ma la fase terminale ha ricevuto un'attenzione relativamente scarsa.

Questo è particolarmente sorprendente se si considera che è soprattutto vero per i lavori che trattano di psicoterapia orientata in senso analitico.

Ciò nonostante, alcune osservazioni, fatte alla luce della psicoanalisi convenzionale, sono utili per comprendere il problema pressoché simile legato alla fine del trattamento psicoterapeutico dei bambini. Sembra ragionevole considerare che ciò che è stato scritto su questo problema nell'ambito dell'analisi classica è parimenti significativo di certi aspetti del problema, così come si

presenta nella psicoterapia psicoanalitica. Sui rapporti intercorrenti tra queste due terapie REXFORD (10) ha notato che il confine fra la psicoterapia analitica e l'analisi infantile classica è in realtà mal definito.

Un certo numero di autori ha studiato la fase terminale in relazione al processo del lutto. POLLOCK (9) ha rilevato che, quando il rapporto giunge alla fine, il malato continua ad identificarsi col terapeuta, in modo che il trattamento si prolunga autonomamente e in certo senso suo malgrado. Egli nota che questo processo è simile, ma non identico a quello che si ritrova quando il processo del lutto è portato a buon fine. LOEWALD (7) ugualmente ha discusso sulla somiglianza che esiste tra la fase terminale e la « separazione » dovuta al lutto. È noto che la fine dell'analisi può essere considerata come « un addio prolungato ». Più avanti nello stesso lavoro egli sottolinea che la fase terminale, in quanto processo di separazione, ha interessato da molto tempo gli studiosi della psicoanalisi. Il significato della separazione ha interessato la psicoanalisi dalle sue origini e sotto vari aspetti ed implicanze.

Per accennarne qualcuno: paura di separazione, angoscia di castrazione, trauma della nascita, perdita dell'oggetto amato, perdita d'amore, implicazioni edipiche (abbandono dell'oggetto libidinoso, ostacolo dell'incesto) dolore, depressione, confini dell'io, sviluppo originario dell'io, origini del super-io, tendenze aggressive orali, frustrazione ed altri ». EKSTEIN (4) ha descritto molte posizioni tecniche che sono state as-

sunte riguardo al problema della fase terminale.

FERENCZI (3) riteneva che nella situazione ideale l'analista non ha bisogno di fissare la data poiché il trattamento finisce spontaneamente una volta terminato il transfert affettivo della nevrosi. RANK al contrario consigliava all'inizio dell'analisi di fissare la data della fine del trattamento. La BUXBAUM dal canto suo, sosteneva che ciascun malato può aver bisogno di una « fine » appropriata e che ciascun caso deve essere studiato singolarmente tenendo conto soprattutto della struttura caratteriale del soggetto.

EKSTEIN ha altresì sottolineato che, data la nostra conoscenza sempre più approfondita della psicoterapia, il problema della fase terminale assume una importanza sempre maggiore. Questo è il risultato diretto del fatto che noi ci rendiamo conto di quanto sia arbitrario fissare una data ideale per la fine dell'analisi, e del fatto che abbiamo gradualmente abbandonato il mito del personaggio genitale postambivalente, l'uomo freudiano quasi perfetto.

WOLPE (13) ha sottolineato la mancanza di precisi segni che annunciano la fase terminale delle relazioni terapeutiche. Cito l'articolo di WILDER intitolato: « Fatti e cifre relativi alla psicoterapia » in appoggio alle sue critiche. Egli nota che quando si tratta di stabilire la data del termine del rapporto terapeutico, molto spesso l'analista usa i seguenti criteri: « capacità del malato di accettare liberamente la sua sessualità, libertà nelle relazioni sociali e scomparsa di disturbi nell'ambito lavorativo ».

Altri criteri citati: perspicacia, accettazione dell'eterosessualità, soluzione dei conflitti interiori, accantonamento del transfert affettivo di tipo infantile, sostanziale progresso nella costellazione edipica e scomparsa dei sintomi.

EKSTEIN (4) ha poi anche sottolineato le particolari difficoltà associate al termine delle analisi nel trattamento dei bambini.

Egli si domanda se, per la sua stessa natura, l'analisi infantile debba sempre considerarsi incompiuta, e se per caso il fatto che questo tipo di analisi è così spesso considerato incompleto non sia un'espressione di problemi controtransferali. Egli si riferisce alle opinioni di MAHLER sulla « analisi intermittente » nella sua ipotesi che alcuni casi di analisi infantile non possono essere portati a buon fine per la natura stessa della malattia o del livello di maturità e di sviluppo del bambino.

LOEWALD (7) nel lavoro già menzionato, pensa che la fase terminale ideale dovrebbe avere per risultato l'abbandono del terapeuta come oggetto esterno, e la trasformazione di queste relazioni esteriori in relazioni interiori nel sistema io-super-io. DREIKURS (3) parlando della posizione adleriana, ha descritto con molta competenza alcuni degli scopi del processo terapeutico e della sua conclusione. Egli nota che nella psicoterapia, il terapeuta si sforza di modificare gli scopi, i concetti e le nozioni e che, senza questi cambiamenti, non si produrrà alcun miglioramento. Ne consegue che la fine del rapporto terapeutico deve dipendere soprattutto dalla comparsa di modificazioni significative e di un miglioramento del con-

retto dell'io, più che del comportamento manifesto o della scomparsa dei sintomi quando la relazione termina. HOLLENDER (6) ha sottolineato il fatto che il momento del termine delle sedute può essere valutato con precisione, ed è legato ad una valutazione clinica. Cita così FREUD, JONES e WAELDER per mostrare che la « normalità assoluta » non può essere considerata in nessun caso uno scopo legittimo dell'implicazione psicoterapeutica e che, d'altra parte, il dato dell'attenuazione dei sintomi è di per se stesso insufficiente. HOLLENDER ha così passato in rivista i criteri suggeriti da FREUD, SENS, WEIGERT, REICH ed EKSTEIN. Riassumendo, i criteri sono i seguenti:

a) JONES (1936) pensava che il giudizio clinico dovesse basarsi sul sentimento di forza, di fiducia e di benessere provato dal paziente.

b) FREUD (1937) cercava di rendersi conto se:

1. il malato era sollevato dai suoi sintomi nevrotici,

2. le anomalie del carattere erano scomparse,

3. il malato aveva superato differenti situazioni ansiose.

c) Anna REICH (1950) sottolineava la importanza dei seguenti fattori:

1. capacità del paziente di stabilire relazioni oggettuali,

2. capacità del paziente di avere una occupazione adeguata,

3. adattamento alla realtà.

d) WEIGERT (1952) poneva l'accento sulla maturità della personalità e sull'adattamento alla realtà.

e) EKSTEIN (1955) sottolineava come sia importante che il paziente abbia acquisito il massimo di perspicacia e di maturità.

Il presente articolo tratta della fase terminale del processo terapeutico nei bambini. Anche se vi è una certa somiglianza con i problemi caratteristici della terapia degli adulti, la psicoterapia infantile presenta tuttavia alcune differenze tipiche e delle caratteristiche particolari. Anche se si ammette che la fase terminale della terapia — come per altri aspetti della psicoterapia — possiede qualità un po' fluttuanti, la tesi personale dell'autore è che ci sono segni specifici della fase terminale; segni che vengono tutti favoriti dal paziente stesso e che cercheremo di esaminare. A tale proposito, ALLEN (2), pur sottolineando che per il terapeuta non vi è nessun indice preciso del momento in cui il bambino è pronto per finire l'analisi, nota che la guida migliore risiede nel bambino stesso. Egli ha anche notato che la comparsa dei segni premonitori della fase finale è del più grande aiuto per il terapeuta, poiché gli forniscono un'indicazione per aiutarlo a determinare se bisogna dedicarsi al processo finale o se esso è già iniziato spontaneamente. Questi segni premonitori sono importanti perché indicano che alcuni avvenimenti stanno per prodursi nel processo globale. Per il carattere nebuloso di numerosi aspetti della psicoterapia, i segni distintivi della fase terminale hanno un valore eccezionale per il terapeuta agli inizi della sua attività o non ancora pienamente esperto. Se questi percepisce o riconosce l'evoluzione di questi segni, si trova in mano

qualcosa di concreto che gli annuncia l'avvicinarsi della fase terminale del rapporto. Se il terapeuta può riconoscerli in modo appropriato al momento della loro comparsa, ciò lo aiuterà a comprendere meglio il meccanismo del processo in quel momento esatto.

Si sa già da molto tempo che la terapia può prolungarsi all'infinito. Infatti o il terapeuta, o un'altra persona deve decidere che l'individuo è pronto per por fine al trattamento. Non si può « passare » un trattamento psicoterapeutico come si passa un esame, non è possibile dichiarare che tutto è finito e non c'è più nulla da fare. I pazienti — e gli altri — potranno sempre trarre giovamento da un trattamento supplementare. È facile capirlo, perché, in un certo senso, la psicoterapia contribuisce alla conoscenza di sé; continuando la personalità a subire delle modificazioni, una dose supplementare di comprensione può sempre essere utile. In conseguenza, è particolarmente importante riconoscere, in certe tappe del processo, i segni premonitori che indicano che il bambino è pronto a por fine al suo trattamento. È importante che questi segni siano convenientemente interpretati: infatti, se la terapia continua oltre questo stadio, una buona parte del suo effetto benefico, andrà perduta.

### **Meccanismo della fase terminale**

Trattando del meccanismo vero della fase terminale, MASTERMAN (8) ha considerato che lo psichiatra ha già gradualmente permesso al paziente di assumersi il peso che rappresenta la so-

luzione dei propri problemi e che può ormai cominciare a ridurre la dipendenza di questi diminuendo la frequenza delle visite. Infine, se sarà necessario, la porta verrà lasciata aperta a futuri contatti. Sottolinea che spesso è lo psichiatra a rendersi conto della necessità di mettere fine alle sedute e che deve informarne il paziente.

È probabile che il sistema più banale per entrare nella fase terminale sia quello di diminuire la frequenza delle sedute.

Esistono per questo molte ragioni teoriche quali l'indebolimento del transfert positivo, la stimolazione dello spostamento libidico, la diminuzione del grado di dipendenza. Non si può stabilire una regola stretta, perciò per alcuni bambini è preferibile fissare in anticipo una data ed orientarsi verso di essa. Molti bambini preferiscono questo metodo che peraltro li metterà in grado di accettare meglio la fase terminale. Prima della separazione finale è importante discutere e studiare i sentimenti indotti dall'idea della fine della relazione.

L'esperienza dimostra che anche i bambini che hanno un atteggiamento di confidenza con il terapeuta avranno generalmente tendenza a reprimere i loro sentimenti quando affiorerà il problema della fine della relazione. Pertanto, alla luce di questi rapporti considerati come un tutto, tali sentimenti possono generalmente essere studiati e superati poi con successo. A proposito di ciò, trattando soprattutto del problema come esso si presenta per l'adulto, ALEXANDER (1) ha scritto: «Un altro artificio tecnico sarà quello di diminuire il numero delle sedute in certe tappe del

trattamento; in modo che, grazie a tali delusioni il paziente prenda più pienamente coscienza del suo bisogno di dipendenza. Il metodo più pratico è quello di procedere ad interruzioni temporanee, il che assai spesso aiuta anche a ridurre il numero delle sedute. È indispensabile fare continuamente pressione sul malato per prepararlo a riprendere la guida di se stesso il più presto possibile». Una simile energica posizione teorica generalmente non è necessaria nel trattamento dei bambini, tuttavia con alcuni può essere utile seguire una tale indicazione generale.

Parlando del meccanismo della fase finale, ALLEN (2), ha notato che l'angoscia della separazione terminale, è sotto molti aspetti simile all'ansia provata nelle prime sedute del trattamento. All'inizio il bambino ha bisogno di un certo tempo per fare l'esperienza di questi nuovi rapporti, così, durante la fase terminale, ha ugualmente bisogno di un po' di tempo per comprendere il significato dell'angoscia originata dal pensiero di dover prendere su di sé l'intero peso dei cambiamenti che si sono determinati grazie all'aiuto del terapeuta.

I bambini proveranno a risolvere il problema in diversi modi. Alcuni proveranno a prolungare la fase terminale; altri al contrario preferiranno una interruzione brusca. LOEWALD (7) ha notato che, nella vita di tutti i giorni, ci sono alcuni che preferiscono abbreviare un addio per diminuire la sofferenza, e altri che, al contrario, lo prolungano. I due metodi tendono ad annullare la perdita, negando che l'altra persona esista o sia mai esistita, oppure negando l'im-

minenza della separazione dalla persona amata.

È consigliabile, ed in genere molto importante, lasciare la porta aperta a contatti futuri nel caso che il bambino ne senta il bisogno. Accadrà sovente che questi contatti non risulteranno necessari, ma il fatto di sapere che, se vuole, potrà rivedere il terapeuta dà al bambino un senso di sicurezza e d'appoggio. È questo un sistema molto efficace per alleggerire l'ansia associata alla separazione. È molto importante che il terapeuta assicuri il bambino che egli continua ad interessarsi a lui e che sarà sempre là in caso di bisogno.

Talvolta i bambini metteranno in atto dei modelli del tutto personali per liberarsi da questa angoscia, così accade sovente che decidano di portare con sé un oggetto dallo studio del terapeuta. Ciò accade spesso con i bambini che hanno fino ad allora elegantemente evitato di esprimere al terapeuta un qualsiasi sentimento di inquietudine, durante tutto il trattamento. Probabilmente chiederanno un oggetto di poca importanza, ma che per loro assumerà un carattere simbolico molto forte.

#### **Segni che annunciano la fase terminale**

Per certi aspetti la fase terminale della psicoterapia dei bambini è simile alla fase iniziale, quando il bambino instaura i suoi nuovi rapporti. Egli si mostrerà intimidito per la presenza ed il contatto con lo psicoterapeuta benché lo conosca da uno o due anni. La riapparizione di questa « angoscia primaria dell'inizio » sofferta nell'incontrare « la nuova persona » è molto caratteristica e sovente è accompagnata da una re-

crudescenza dei segni iniziali del transfert.

Consideriamo il caso Tommy, un bambino di sette anni in cura da circa due anni per disturbi del comportamento. All'inizio Tommy si presentava come un bambino piccolo e molto riservato che riusciva solo con difficoltà ad avere rapporti di confidenza con il proprio terapeuta. Durante la terapia Tommy diventò a poco a poco più aperto e comunicativo, poi all'improvviso divenne nuovamente timido e riservato, e così iniziò la fase terminale.

Durante la fase terminale il bambino torna spesso alle prime tecniche utilizzate per l'approccio con il terapeuta. Esse possono assumere diversi aspetti, in generale si tratta di un gioco già fatto con il terapeuta. Così per es. è frequente vedere un bambino giocare alle signore i primi mesi di trattamento e rifiutare poi di farlo fino alla fase finale.

Un segno importante della fase terminale è la riattivazione della sintomatologia. Questo fatto è importante perché causa delle gravi preoccupazioni ai familiari e probabilmente anche al bambino.

Inoltre, se questo segno è male interpretato dal terapeuta, egli può pensare che la terapia prosegue inutilmente e che una parte del terreno guadagnato sia andata perduta.

Bob, un bambino di otto anni, iniziò a soffrire di enuresi quando sua madre ebbe un secondo figlio. L'esame indicò che all'inizio questo sintomo era di natura regressiva e si trasformò poi in un modo passivo-aggressivo di esprimere i suoi sentimenti ostili.

All'inizio della terapia, l'unica reazione era il « non so » caratteristico della passività aggressiva, accompagnata dalla classica alzata di spalle. Dopo qualche mese di tratta-

mento Bob imparò che l'espressione dei sentimenti negativi non è necessariamente dannosa.

Poco dopo la sua enuresi scomparve. Essa riapparve circa due anni più tardi e continuò finché Bob non si fu liberato dai sentimenti relativi alla fase terminale e alla separazione dal terapeuta.

Durante la fase terminale del processo terapeutico, un bambino in precedenza estroverso, ripiomba nel suo mutismo e rifiuta di comunicare. Questo silenzio non può essere interpretato in tutti i casi come una sorta di resistenza, o di ostilità, ma al contrario può dimostrare che il bambino si è in larga misura liberato dei propri conflitti. Infatti egli dimostra di non avere più niente da dire.

D'altro lato può essere che il bambino si dimostri apertamente aggressivo ed ostile durante l'ultima fase della terapia.

Lo si nota soprattutto in casi in cui il bambino era stato ostile ed aggressivo all'inizio del trattamento, prima di entrare in confidenza con il terapeuta. La recrudescenza delle tendenze ostili o aggressive, è una prova importante che la fase terminale è iniziata. Molto spesso questa ostilità è una modalità utilizzata dal bambino, per difendersi dall'ansia nata all'idea della separazione e della ripulsa che essa implica.

A questo proposito LOEWALD (7) ha notato che gli uomini si liberano dall'angoscia e dalla frustrazione associata alla separazione e alla perdita, sia con un atto esteriore volto a diminuire o abolire la sensazione di separazione o di perdita, sia con un atto interiore destinato ad ottenere lo stesso risultato. Egli sottolinea che la separazione può

essere sentita non come una privazione e una perdita, ma come una liberazione e un segno di padroneggiamento di sé.

La separazione dall'oggetto di amore-odio può essere provocata dall'individuo stesso, nel tentativo di liberarsi da questo oggetto; tale separazione può altresì essere facilitata o se è ostacolata da terzi, il fatto che la separazione non abbia avuto luogo, può essere vissuta come una privazione.

SPENCE ha descritto in modo molto vivo, una reazione di questo tipo da parte di una adolescente in trattamento psicoanalitico. Dibattendosi per allontanarsi dal terapeuta si mostrava falsa e ribelle. Cominciò ad esprimere la propria diffidenza, criticando il trattamento e mancando alle sedute per settimane intere senza avvertire prima.

Nello stesso modo, per negare la propria soggezione al terapeuta, una errata convinzione va prendendo piede nel bambino, che egli cioè debba i propri progressi a se stesso piuttosto che ai risultati della terapia. Oppure il bambino può convenire che il terapeuta ha contribuito a risolvere una gran parte dei suoi problemi, ma si aggrappa tenacemente ad un piccolo territorio che desidera tenere per sé. Questo stesso accanimento indica che la manovra è necessaria per salvare il suo amor proprio e che bisogna perciò accordargli tale libertà.

Come per l'evoluzione del silenzio, un altro segno importante è il fatto che, nella fase terminale, si verifica un arresto della discussione dei problemi e che la conversazione prosegue su un terreno neutro. Gli scontri verbali diventano meno intensi e non bisogna



credere che si tratti di ostilità o resistenza.

Parallelamente alla diminuzione d'intensità degli scambi verbali fra paziente e terapeuta vi è un altro indice significativo: l'attenzione verte ora su questioni esteriori. A questo stadio della terapia spesso si nota che il paziente comincia a parlare regolarmente di ciò che succede fuori dello studio o sotto la finestra. È caratteristico allora il fatto che il paziente si sieda vicino alla finestra e guardi quello che succede di sotto per quasi tutta la seduta. Molto spesso si può osservare in tale stadio lo sviluppo di una importante attività simbolica: il bambino dimostra sempre in modo simbolico la sua separazione dal terapeuta. Per es., un ragazzo di 14 anni, in trattamento da due anni, prese un giorno gli occhiali del terapeuta, li posò sul suo viso e disse: « Tutto ha l'aria veramente diversa, adesso ». Atto significativo se si considera che quegli stessi occhiali da sole si trovavano nello studio da mesi.

Un segno ben noto della fase terminale consiste nel fatto che il problema della separazione comincia a manifestarsi in maniera simbolica.

Esso apparirà per esempio nell'attività onirica e molti bambini sogneranno una seconda nascita, un lungo viaggio ecc... A questo proposito ALLEN ha notato che i sogni forniscono un mezzo di comunicazione importante nella terapia soprattutto verso la fine del trattamento.

A questo stadio alcuni bambini cominciano a manifestare il timore che riappaiano i vecchi problemi. Lo si nota soprattutto quando il problema ori-

ginario non è stato discusso da uno, due anni. Il bambino ha bisogno di essere assicurato e la vera natura della sua angoscia deve essere messa in luce. I rapporti genitori-bambino forniscono in questa fase un mezzo di valutazione importante. I genitori notano sovente un cambiamento positivo nei loro rapporti con il bambino quando questi si prepara ad affrontarli senza l'aiuto del terapeuta.

Sempre nello stesso periodo può accadere che il bambino cominci coscientemente a ricapitolare ciò che è successo durante i mesi o gli anni di terapia.

È questo un forte indizio che la fase terminale è in corso.

Una delle difficoltà pratiche riguardanti l'utilizzazione dei segnali descritti in precedenza per giungere a riconoscere la fase terminale è che gli stessi possono apparire durante altre fasi della terapia, ma per ragioni completamente differenti. Per esempio il segno dell'angoscia di separazione può apparire in occasione di un allontanamento momentaneo (vacanze del terapeuta o del bambino). Ostilità e negativismo possono manifestarsi come resistenze a nuovi progressi o per riflettere alcuni avvenimenti che si sono prodotti fra il bambino e i genitori, e di conseguenza non sarà una prova evidente della sofferenza causata dall'avvicinarsi della fine della relazione.

Non esiste una regola semplice per differenziare i segni veri e propri della fase terminale da quelli che si manifestano in altri momenti del processo. Tutto ciò che si può dire è che bisogna valutare tali segnali alla luce del pro-

cesso nel suo insieme e della situazione del bambino in quel determinato momento.

Comunque a dispetto dell'esistenza o meno di questi segni, la decisione di por fine al trattamento è soprattutto un problema di valutazione clinica.

Un segno più realistico potrebbe essere l'aver raggiunto uno scopo già prefissato. Una regola utile da seguire è quella di domandarsi: i genitori avrebbero fatto curare il bambino se questi si fosse trovato nello stato in cui si trova ora? Se la risposta è negativa, è bene por fine al trattamento: « La decisione di terminare il trattamento è in stretto rapporto con lo scopo terapeutico fissato all'inizio ed è in relazione con la filosofia generale del trattamento al quale aderisce il terapeuta, o l'istituzione a cui egli appartiene ».

La risposta suggerita da Anna FREUD è la seguente: non è necessario far superare al bambino la fase di sviluppo in cui in genere si trovano gli altri. Qualunque sia la modalità adottata in terapia, essa deve accontentarsi di seguire un disturbo fino al livello a cui esso è insorto. Appena riappare una evoluzione progressiva, deve essere fermato il trattamento. Sarà utile ricordare le note così pertinenti di DREIKURS: « In conseguenza, la fine del trattamento dipende più dall'evidenza delle modificazioni e dei cambiamenti nei ricordi antichi che non dal comportamento manifesto, o dalla scomparsa dei sintomi durante la fase terminale. Lo stato in cui un individuo si trova alla fine del trattamento è meno importante della direzione che egli prenderà in seguito ».

#### BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER, F.: The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory. *Amer. J. Psych.* 70: 440-448 (1963).
2. ALLEN, F.: *Psychotherapy with Children*, Norton, 1942.
3. DREIKURS, R.: In: *Contemporary Psychotherapies*. Sous la direction de STEIN; New York, Free Press of Glencoe, 1961.
4. EKSTEIN, R.: Working Through and Termination of Analysis. *J. Amer. psychoanal. Ass.* 13: 1, 57-78 (1965).
5. FREUD, S.: Analysis, Terminal and Interminal. In: *Collected papers*. Vol. 5, p. 316-357, Londres, Hogarth Press, 1950.
6. HOLLENDER, M.H.: The Practice of Psychoanalytic Psychotherapy. Chapitre 10, p. 134-144. New York et Londres, Grune et Stratton, 1965.
7. LOEWALD, H.W.: Internalization, Separation, Mourning, and the Superego. *Psychoanal. Quart.* 31: 483-504 (1962).

8. MASTERMAN, J.F.: Psychotherapy of the Adolescent: A Comparison with Psychotherapy of the Adult. *J. nerv. ment. Dis.* 127: 511-517 (1958).
9. POLLOCK, H.J.: Mourning and Adaptation. *Inter. J. Psychoanal.* 42: 341-361 (1961).
10. REXFORD, E.N.: *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.* 1: 3, 365-384 (1962).
11. ROSS, A.O.: *Child Psychotherapy*. Sous la direction de HAWORTH, New York, Basic Books Inc., 1964.
12. SPENCE, M.P.: The Development of a Pre-oedipal Partnership Between an Adolescent Girl and Her Mother. *Psychoanal. Stud. Child.* 27: 441 (1962).
13. WOLPE J.: *The Conditioning Therapies*. Sous la direction de WOLFE, SALTER, et REYNA. New York, Holt, Rinehart et Winston, Inc., 1965.

## L'IMMAGINE DEL CORPO NELLE ATTIVITÀ ERGO- TERAPICHE PROIETTIVE

**P. CHANOIT, C. LEROY,  
M. MARILLAUD, D. DREAU**

P. CHANOIT È VICE-DIRETTORE DELL'ISTITUTO M. RIVIÈRE (SEINE-ET-OISE), OVE SI SPERIMENTANO LARGAMENTE, DA NUMEROSI ANNI, TECNICHE DI TERAPIA ATTIVA, SPECIE NEL CAMPO DELL'ERGOTERAPIA; È INOLTRE FRA I RESPONSABILI DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI IGIENE MENTALE DELLA MUTUA PER L'ASSISTENZA AGLI INSEGNANTI DELLE SCUOLE SUPERIORI FRANCESI, CHE COMPRENDE ISTITUZIONI CHE PROFITTANO LARGAMENTE DELL'ESPERIENZA GUADAGNATA IN MOLTI ANNI NEL CAMPO DELL'ERGOTERAPIA. QUESTO ARTICOLO, CHE CONDENSE I RISULTATI OTTENUTI MEDIANTE TALI TECNICHE NEL TRATTAMENTO DEGLI PSICOTICI, È STATO PRESENTATO COME COMUNICAZIONE AL II INCONTRO INTERNAZIONALE DELLA S.I.T.I.M., A PARIGI, NEL 1969, E PUBBLICATO IN ORIGINALE SUL NUMERO 1, 1971, 31-34, DELLA RIVISTA « PSYCHOTÉRAPIES ».

Tra i numerosi metodi, detti attivi, che utilizziamo da anni per il trattamento degli psicotici, sottolineiamo l'importanza delle tecniche di rieducazione psicomotoria. Studiate in particolare da SIVADON, queste tecniche sono state trattate in diverse pubblicazioni, e hanno consentito di precisare i rapporti esistenti tra lo « schema corporeo », la « coscienza del corpo » e la disgregazione psicotica della personalità.

Queste tecniche vanno inserite in un complesso di metodi ergo-, socio- e psicoterapici che, presi singolarmente, non possono assicurare un trattamento. Costringendo il paziente a « confrontarsi con gli oggetti », questi metodi possono essere classificati a seconda dei materiali utilizzati (a partire dai più malleabili per arrivare a quelli più resistenti), della tecnica (semplice o complessa), della durata del ciclo di operazioni richieste, della natura del gruppo (spontaneo o strutturato), dell'atteggiamento del leader (permissivo o autoritario), e così via.

Possiamo classificarle anche a seconda del grado di libertà proiettiva che il materiale, o la tecnica, consente.

Ad esempio le attività plastiche, per il carattere arcaico del materiale trattato, per la sua malleabilità, si prestano alle proiezioni regressive. Allo stesso modo il disegno o la pittura offrono al malato uno spazio proiettivo e una tecnica semplice, dandogli modo di ricreare il mondo attraverso le immagini che se ne fa. In questa maniera abbiamo accumulato una quantità di ricco materiale, e abbiamo cercato, con certi esempi, e anche mediante una analisi sintetica

dei casi più evoluti, come l'attività fantastica della mente colloca il corpo in questo mondo ricreato, e in che maniera queste attività evocano l'attività immaginativa della mente.

Pur senza porre come assioma una concezione antropocentrica dell'universo, il medico, lo psicologo, hanno come scopo quello di studiare l'uomo così com'è, e come si vive, sia come singolo sia come essere in relazione col mondo che crea e da cui è creato.

Citiamo quindi lo schema corporeo di SCHILDER, forma primitiva della presa di coscienza dell'io, e lo schema spazio-temporale, indissociabile per il VIREL, dallo schema corporeo, che suona: « Nella formazione simultanea di questi due schemi, l'essere elabora anzitutto una antropomorfizzazione del mondo, e una universalizzazione del corpo ».

Da qui inizia un processo di individuazione, mediante una differenziazione specifica dello schema spazio-temporale dallo schema corporeo.

Nello svolgersi delle nostre tecniche terapeutiche cerchiamo, o constatiamo, un'evoluzione di questo tipo.

I processi patologici regressivi inducono delle alterazioni della percezione, o dell'integrazione, dello spazio e del tempo; e si accompagnano a disorganizzazione dell'immagine del corpo. Le tecniche terapeutiche attive hanno lo scopo di offrire dei punti di riferimento spazio-temporali precisi, controllabili attraverso le relazioni che il soggetto va stabilendo col proprio corpo, con gli oggetti, con le persone.

Non c'è quindi da stupirsi che l'immagine del corpo, o la traduzione cor-

porea dell'immagine di sé, si incontrino in modo prevalente nelle produzioni proiettive dei malati. Bisogna guardarsi dal considerare la produzione dei malati in maniera aneddotica o statica; occorre invece inserirla come significativa di una dinamica relazionale del movimento psicoterapico.

Presentiamo due tecniche che suggeriscono due livelli diversi di analisi.

### ATTIVITÀ PLASTICHE

In una vasta sala si fanno modelli, vasi, sculture; diversi « angoli » rendono possibili i vari lavori: liberi o sorvegliati, isolati o a gruppi. È possibile fare dei puri tentativi, o regolarsi da sé. I tentativi iniziali consistono, di solito, nel fare copie di statuette, o di sculture classiche.

**L'osservazione n° 1** riguarda una ragazza ventenne, ipostenica, nevrotica, anoressica mentale. Le si propone di copiare una testa d'angelo, copia di una scultura della cattedrale di Chartres. Il lavoro è difficile, lungo, pieno d'esitazioni. Il risultato è paradossale, una trasformazione in autoritratto, un ritratto con i caratteri dell'anoressica: volto triangolare, guancie emaciate, occhi spalancati. La verbalizzazione, di fronte alla distorsione della realtà rappresentata dalla copia, ha consentito alla terapia di progredire.

**L'osservazione n° 2** riguarda un uomo di 29 anni, epilettico post-traumatico, con disturbi caratteriali e reazioni depressive. Nel laboratorio, fa due modelli: il primo è la copia di una statuetta sumera, che rappresenta una giovane con un vaso in grembo. Sulla copia,

il paziente ha sostituito il vaso con un lattante. Il secondo rappresenta una figura umana, libera, su volume prestabilito. Rappresenta una relazione padre-figlio, dato che la statua rappresenta un uomo che tiene un bambino in braccio.

A partire da queste produzioni, assai significative, il malato associa dei ricordi recenti; le sue difficoltà sono il risultato di un disaccordo coniugale: da quando si è sposato è impotente; la moglie è incinta, ed egli dubita che si tratti di un figlio suo. L'impotenza è comparsa in condizioni particolari. Tempo prima, con l'allora fidanzata, aveva dovuto sorvegliare una nipotina di 18 mesi. Per sbadataggine sua e della fidanzata, la bambina annegò in una pozza vicina. Emozione comprensibile e comparsa di impotenza nel malato, impotenza elettiva verso la moglie, evocata solo a partire dalle sculture.

**L'osservazione n° 3:** giovane di 21 anni. Esordio schizofrenico, con ansia, discordanze, blocchi, senso di depersonalizzazione corporea, manierismo. Delirio paranoideco con idee di trasformazione del corpo: «qualcosa di femminile nel corpo». Disgrafia, difficoltà di lavoro manuale, afferma di non aver più forza nella mano destra, mentre la sinistra è viva. Modella una figura umana a partire da un volume prestabilito. Opera realizzata in tre sedute, ciascuna di due ore.

Alla prima seduta è assai reticente; poi l'interesse si accentua. L'opera è più graffita che scolpita. Sceglie come tema «le antichità egizie e sudamericane». Alla seconda seduta, arriva in ritardo, lavora poco, si mostra preoccupato

della conservazione della sua opera, spera che s'indurisca in fretta, sembra molto interessato ad essa, anche se precisa: «non vale niente, non ci so fare». Allude all'impossibilità di servirsi della mano destra, ed espone larghe teorie sulla necessità d'essere ambidestri. Si sforza di lavorare con la sinistra, anche se è destrimane. Va rammentato il fatto che la madre gli ha spesso rimproverato d'essere «gauche et maladroit».

Alla terza seduta si oppone; vuole distruggere la sua opera, poi conservarla, addirittura moltiplicarla facendo uno stampo: vuol dedicarsi anche ai vasi e alla fine battezza il suo lavoro «Il genio dei colossi». Si noti che, sul corpo tracciato, il braccio destro è solo accennato. Un successivo dibattito ha permesso di proporre un lavoro di vasellame, in condizioni normali, utilizzando ambedue le mani.

#### DISEGNO E PITTURA LIBERA

Il laboratorio dispone di molte tecniche, sotto la guida di un paio di sorveglianti appositi: disegno, acquarello, gouache, pittura a olio, collages, carta di diversi colori, e così via. I malati lavorano, da soli o in gruppo, a opere singole, o collettive. Dalla vasta documentazione raccolta, abbiamo estratto delle serie di disegni o pitture eseguiti da malati psicopatici, in vari stadi della loro evoluzione.

**Osservazione n° 1:** giovane di 22 anni, schizofrenico. Dopo una prima bouffé delirante, nel luglio 1968, aveva presentato un andamento remittente. Partecipa a tre gruppi successivi, tra il 1° novem-

bre '68 e il 10 giugno 1969. Durante il primo gruppo, durante il progetto collettivo di realizzare un gioco di scacchi (disegno e costruzione di pezzi), la sua partecipazione è resa impossibile dal delirio: crede d'essere psichiatra e accetta solo di disegnare diplomi in psichiatria.

Durante il secondo gruppo (mentre è in cura insulinica, inserito in un gruppo di malati sotto insulinoterapia), prova un immediato bisogno di aiuto concreto, ad esempio regole per strutturare i propri disegni: man mano il suo carattere si trasforma, l'adattamento diviene più costruttivo, diviene figura trainante del gruppo.

Partecipa poi ad un gruppo aperto, manifesta il desiderio di imparare a disegnare, per saper comporre un ritratto piegandosi ai dettami della tecnica.

I primi lavori sono assai dissociati. Successivamente rifiuta i colori e accetta il disegno che l'aiuta a strutturare lo spazio. Disegna di seguito tre case, sempre più grandi. Poi si dedica alla gouache, e realizza un interno molto simile a quello di casa sua, una sala da pranzo e un proprio ritratto come bimbo. Poi disegna un mazzo di fiori per l'infermiera che si dedica a lui. Poi raffigura dei volti, infine un autoritratto.

**Osservazione n° 2:** un giovane di 21 anni; dopo un episodio acuto nel 1966, ha presentato una schizofrenia delirante. Partecipa, tra il settembre '68 e il maggio '69, a tre gruppi.

All'inizio, eccitato, dissociato, dispersivo, manifesta un comportamento molto regressivo: pasticcia con i colori. I

medici si rendono conto che occorre mettergli vicino persone che gli diano consigli e incoraggiamenti. Riesce allora ad adeguarsi alla superficie da dipingere; poi rappresenta la propria immagine, e quella degli altri. Contemporaneamente diminuisce la sua dipendenza verso l'istruttrice. La sua produzione evolve da una proiezione simbolica molto libera, ma poco strutturata, verso un contatto più aderente alla realtà. Aumenta progressivamente la superficie coperta dalla vernice, moltiplica i colori.

Ricompaiono i simboli presenti nelle prime opere, ma spogliati della loro angoscia primitiva (l'immagine materna, angosciante all'inizio, ricompare sotto forma di icona); si attua una migliore identificazione sessuale: passa da una pittura a mezzi toni (forme femminili dietro a un albero) all'autoritratto. Molte altre osservazioni ci consentono di sintetizzare, in schema, l'evoluzione. Anzitutto, a partire dal livello più basso, il malato, disinserito, dissociato, proietta mediante i tratti e i colori la sua incoerenza, riflesso della sua indifferenziazione regressiva dal mondo delle forme. Ritroviamo senz'altro ciò che VIREL chiama « fase cosmogenica ».

In un secondo tempo, compaiono delle forme frammentate, discontinue, rappresentazioni di organi e di parti del corpo.

Qualche figura emerge dallo sfondo ancora caotico. Certe volte si notano delle tendenze prevalenti: cerchi, triangoli, oppure una struttura fredda e geometrica, tendono a situare i limiti necessari ad un io che va costituendosi. Si può osservare un tentativo di costru-

zione a partire da oggetti parziali, una realtà personale ancora fuggitiva.

Poi il soggetto si rappresenta, sotto varie forme, incomplete, maldestre, in genere fisse. Quindi si proietta, come unità indifferenziata, spesso in un quadro familiare, strettamente associato al vissuto corporeo.

Passa in seguito alla rappresentazione di altre persone, anzitutto quelle che gli sono familiari; il disegno si complica e si completa; sono evocate delle situazioni simboliche verbalizzabili e analizzabili.

Finalmente torna all'autoritratto, completo o parziale, ma questa volta esatto, somigliante, vivo.

Il metodo di lavoro segue un'evoluzione parallela a quella del simbolismo; all'inizio il malato dedica al suo lavoro qualche minuto, poi fa un disegno per seduta, infine consacra parecchie sedute alla stessa realizzazione. Lo spazio coperto sul foglio segue la stessa evoluzione. All'inizio, parecchi « bianchi » si succedono a macchie colorate, poi il disegno va strutturandosi, le forme si riempiono, lo spazio è conquistato progressivamente e inserito in un assieme significativo.

Dall'informe si passa al figurativo, dall'incomunicabile al significativo.

Sempre si ritrova la nozione centrale della coscienza del corpo come punto di riferimento per la coscienza del mondo. Il mondo si struttura nel momento in cui il corpo si differenzia, si individualizza. A partire da questo momento è possibile rappresentare i corpi degli altri, e a partire dal corpo degli altri si precisa la specificità del proprio corpo.

È impossibile, a livello di conoscenza « astratta » o intellettualizzata, svolgere questo lavoro di ricostruzione e di dialogo fra soggetto e mondo esterno; è possibile, invece, mediante un certo « calore » di relazione fra medici e malati, e fra i malati stessi.

Questa dimensione affettiva, anche se non è psicoterapica in senso stretto, è indispensabile affinché l'evoluzione vada in senso favorevole.

Possiamo andare oltre, e affermare che l'immagine proiettata è un linguaggio rivolto al terapeuta? In caso di risposta affermativa, sarebbe più facile aiutare l'evoluzione del malato, visto che questo linguaggio segue delle tappe ben definite, spontaneamente. In altre parole gli ergoterapeuti, se la qualità del contatto stabilito col malato lo consente, possono suggerirgli determinate vie, e utilizzare le immagini proiettate come fulcro per l'evoluzione. Proponendo determinate regole tecniche allo psicotico in pieno disfacimento, lo aiuteranno a ricreare un mondo di forme geometriche donde può scaturire la forma del suo corpo. L'animarsi dei personaggi, i dettagli che si complicano, permettono di introiettare una certa realtà che va maturandosi.

È evidente che non si tratta di una meccanica elementare, e la qualità del contatto umano rappresenta una componente fondamentale. Inoltre la sequenza evolutiva non è sempre lineare: spesso intoppi e regressioni correggono lo schema che abbiamo presentato. La tessitura delle immagini proiettate riflette una certa maniera di relazione tra malato e terapeuta, cioè tra malato e mondo.





## L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DI EQUIPE NEL 13° ARRONDISSEMENT DI PARIGI

**PHILIPPE PAUMELLE**

PHILIPPE PAUMELLE APPARTIENE ALLA GENERAZIONE DI PSICHIATRI DI LINGUA FRANCESE CHE, A PARTIRE DAL DOPOGUERRA, HANNO CONTRIBUITO A RINNOVARE IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA MENTALE. DI FORMAZIONE PSICOANALITICA, HA INIZIATO COL DEDICARSI AL PROBLEMA DELL'ALCOLISMO, SU CUI HA LASCIATO NUMEROSI STUDI; IN SEGUITO, COME VIENE DETTO NELL'ARTICOLO CHE PRESENTIAMO, HA PORTATO UN CONTRIBUTO DETERMINANTE PER LA CREAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NELLA CITTÀ DI PARIGI. NEGLI ULTIMI ANNI, HA MAN MANO PERFEZIONATO, CON I SUOI COLLABORATORI, LE STRUTTURE DI TALE ASSISTENZA, MANTENENDO NUMEROSI CONTATTI DI LAVORO SIA IN EUROPA CHE NEL NORD-AMERICA. L'ARTICOLO È STATO PUBBLICATO IN FRANCESE SU « SOCIAL PSYCHIATRY », VOL. N. 1, 1967,

PAG. 43-49, COL TITOLO « L'ORGANISATION DU TRAVAIL D'ÉQUIPE DANS LE 13° ARRONDISSEMENT DE PARIS ».

### RIASSUNTO

Un breve compendio storico ricorda come l'organizzazione psichiatrica nella comunità del 13° arrondissement di Parigi sia nata dall'incontro fra psichiatri istituzionali e psicoanalisti. Oggi tutti i membri più anziani del Servizio sono psicoanalisti e hanno responsabilità istituzionali. Lo stesso organismo — privato ma avente funzione pubblica — assicura la salute mentale a una popolazione di 175.000 abitanti sia adulti che bambini. Tale organismo è basato sul funzionamento di équipes medico-sociali particolarmente inserite nella popolazione presa in carico. Ogni territorio di circa 30.000 abitanti è servito da due équipes, una per i bambini e una per gli adulti. Queste équipes, facenti capo al Centro de Santé Mental (centro di consultazione e trattamento ambulatoriale), sono mobili e seguono i malati presi in carico in tutte le istituzioni extra-ospedaliere e in ospedale. Si insiste particolarmente sul principio dell'individualizzazione e della continuità delle cure, principio che ispira tutta l'organizzazione del lavoro.

### SUMMARY

A brief historical summary recalls that the organisation of the psychiatric services in the 13th Arrondissement of Paris originated in a meeting of psychoanalysts and hospital psychocared for. Each district of about 30,000 inhabitants is served by two teams, one for children and one for the senior doctors in the service are psychoanalysts and have institutional responsibilities.

— This organisation undertakes all the public mental health functions for a population of 175,000, including adults and children. The work is carried out by special medicosocial teams distributed throughout the population

cared for. Each district of about 30,000 inhabitants is served by the Mental Health Centre (Outpatient clinics) but look after the patients under their care wherever treatment is necessary, whether in a community agency or in hospital.

— Emphasis is placed on the principle of individuality and of continuity of care. The organisation of the work described follows directly from this principle.

Questo titolo ha una risonanza tattica e strategica pericolosa. Si potrebbe pensare che l'oggetto di questa riflessione sia l'esposizione dell'insieme dei metodi di intervento in un territorio, quello che gli psichiatri chiamano « settore ».

« Avete dissodato il terreno per dieci anni », si potrebbe dire ai responsabili del 13° arrondissement, « quindi fornitemi una tecnica elaborata, cifre, statistiche... una descrizione dei mezzi... dei metodi d'azione. Ditemi come avete fatto a 'fare' ».

Se la domanda fosse questa, risponderei subito che ottimi testi francesi e stranieri (in Francia, le circolari ministeriali del 1955 e del 1960) hanno già risposto.

Sappiamo che il settore-tipo francese copre in genere 67.000 abitanti, e conosciamo le istituzioni ospedaliere che devono avervi luogo. Di recente, un comitato d'esperti dell'OMS si è espresso sui metodi: meglio — si dice — inserire nella comunità uno staff medico-sociale che tratta l'insieme dei problemi psichiatrici, e considera l'ospedale psichiatrico un mezzo fra gli altri, piuttosto che partire dall'ospedale, aprirlo, uscirne per stabilire nella comunità dei servizi extra-ospedalieri che in definitiva ne estendono l'azione.

Senz'altro il 13° arrondissement illustra questa scelta sul piano del metodo e dello sviluppo istituzionale: l'interesse documentario è indubbio. Ma è soprattutto sintomo di uno sforzo, di una ricerca, per modificare le condizioni dell'incontro fra medico e paziente, che è oggetto effettivo del lavoro d'équipe, e la sua prima ragion d'essere.

### La qualità della relazione

Dal 1954 al '58, il progetto di settore è stato discusso da RACAMIER e il sottoscritto da un lato, e LÉBOVICI e DIATKINE dall'altro. Riflessione d'équipe tra persone che, per la storia e l'esperienza personale, convergevano su un comune progetto. Un incontro, motivato dall'insoddisfazione degli sforzi terapeutici di ciascuno.

Per gli uni, psicanalisti d'infanzia, l'applicazione delle prime terapie ai bambini psicotici si scontrava con la cristallizzazione della direzione dei servizi, con gli atteggiamenti autoritari e repressivi del personale curante, fra cui la psicoterapia era sentita troppo spesso come un fattore di disordine.

Per gli altri psichiatri, malgrado gli sforzi per « guarire » l'ospedale psichiatrico (DAUMEZON) spesso eroici e anche disperati, mettere in opera una psicoterapia individuale degna di questo nome era impossibile, anzitutto per il numero dei pazienti. Il progetto prese forma come avventura comune in cui eravamo pronti ad impegnarci, prima di esercitare le nostre capacità di pianificazione e di creare le diverse istituzioni necessarie. Mi pare che la nostra espe-

rienza con psicotici, e il nostro orientamento psicoanalitico, ci abbiano rivolti verso l'obiettivo che rimane tuttora principale: organizzare noi stessi e le nostre équipes in modo tale da stabilire e mantenere per tutto il tempo necessario a ogni malato una relazione terapeutica; cioè gli edifici, la disposizione nello spazio delle singole istituzioni, e la loro articolazione, erano secondari, nel tempo e per importanza, alle preoccupazioni inerenti la qualità della relazione terapeutica.

Questo ci hanno insegnato gli psicotici, che rappresentano i due terzi dei nostri pazienti adulti; in particolare, con loro è impossibile barare. Un personaggio ambivalente, una realtà ambigua, scatenano la loro ambivalenza delirante, la loro paura, spesso la loro fuga.

Altrettanto si può dire in merito alla continuità e alla durata: la scomparsa, l'irregolarità, persino il ritardo del terapeuta spesso sono insostenibili per lo psicotico.

FREUD, che aveva intuito l'intensità particolare e la pregnanza di questa domanda, di questa relazione transferale particolare, riteneva che un solo individuo non può sostenerla continuamente.

« Non sopporto di essere osservato per tutto il giorno », ha scritto a questo proposito.

Quindi, l'équipe comincia ad essere giustificata nell'impossibilità di rispondere da soli, nella maggioranza dei casi, alla domanda di un malato psicotico. È un compito troppo pesante. È curioso vedere che questa constatazione si riallaccia alla prima definizione che il LITTRÉ aveva dato dell'équipe: « Unio-

ne di due, quattro o sei operai che trasportano pietre su una benna ».

L'équipe è necessaria quando una mansione oltrepassa le forze di un sol uomo.

### **L'inserimento dell'équipe nella comunità**

Molti teorici dell'igiene mentale la giustificano come necessaria, in psichiatria come per le altre forme patologiche, ad assicurare una prevenzione di primo, secondo e terzo ordine: prevenire realmente; diagnosticare e trattare precocemente; prevenire le ricadute.

Consacra inoltre il principio che prevenzione e trattamento sono indissociabili, a condizione però che i compiti da assolvere nella comunità non siano riservati all'« igienista mentale », restando il terapeuta uomo d'ospedale.

La qualità della presenza dello psichiatra, nei confronti della società così come del malato, si gioca proprio su questa opzione. Sappiamo che ottimi colleghi hanno studiato l'immancabile rinascita nell'ospedale di una vera e propria sociopatologia.

La « psicoterapia istituzionale » non è forse un tentativo di trattare questi fenomeni?

Ma, sul piano della realtà, anche se l'interessato ne prende coscienza, mentre da un lato gli psichiatri cercano di padroneggiare come strumento terapeutico l'istituzione, dall'altro ne dipendono sul piano economico, amministrativo, regolamentare, architettonico. Una tale disposizione degli uomini e delle cose non è tale forse, per sua natura, da

falsare ogni relazione terapeutica?

Da parte nostra, ci è parso essenziale scegliere un inserimento vero dello psichiatra nella società, il che significa che il mondo dell'équipe psichiatrica, sul piano della vita concreta e quotidiana, può essere visto da tutti, come quello di chiunque.

L'équipe di settore può allora costituire la risposta sufficiente alla maggioranza dei malati. Nelle strutture tradizionali la regola era l'assenza di domanda da parte del paziente. Ora è chiaro che questo fatto non è legato soltanto alla struttura della malattia mentale... ma è la traduzione precisa delle condizioni del primo contatto fra curanti e curati. Se lo psichiatra e la sua équipe sono presenti in una città o in un quartiere, se hanno legami con essi, saranno visti come dei vicini, capaci di ascoltare e comprendere ogni richiesta di cure — senza il rischio di reiezione che di solito seguiva l'ammissione della follia —, ma la domanda spesso viene da coloro che stanno col malato, che si fanno delle domande, non sanno come comportarsi, oscillando tra l'iperprotezione e il rigetto: scuola, ambiente di lavoro, servizi sociali, polizia.

L'équipe psichiatrica può essere allora pronta a risolvere tensioni, evitare reazioni massicce e spesso catastrofiche.

#### **L'équipe, strumento di continuità e disponibilità**

La presenza continua, senza la quale il passaggio alla cronicità quasi fatale, è giustificata dalla fragilità, dal rischio continuo di rompere i rapporti con i

malati più gravi. In pratica il malato è sicuro di trovare in ambulatorio, a qualsiasi ora, un membro del gruppo curante che lo tratta.

Se entra in una istituzione, la stessa équipe continuerà a seguirlo. Anticipiamo che questa mansione è molto faticosa. L'équipe diviene responsabile, deve assumersi le ricadute spesso aggressive, deve spostarsi in ogni istituzione e collaborare con i responsabili dell'istituzione.

Per seguire il malato, tutti devono collaborare con tutti...

L'organizzazione del 13° arrondissement si basa attualmente, per gli adulti, su sei gruppi di lavoro; e i malati sono dispersi in tutte le istituzioni.

#### **L'équipe e le cure « personalizzate »**

Mettendo l'accento sugli aspetti relazionali del lavoro psichiatrico, ogni azione terapeutica prende, nella maggioranza dei casi, un valore psicoterapico. Anche se questa azione psicoterapica non cerca di essere cura radicale, anche se utilizza solo di rado la relazione duale di indole psicoanalitica, anche se comprende la somministrazione di farmaci e il ricovero... diventa qualitativamente efficace solo se è vissuta reciprocamente dalla coppia medico-paziente in termini personalizzati, cioè come risposta alla domanda di un « io », anche se tale domanda è ambigua o implicita.

Questa personalizzazione della cura si basa sul lavoro in équipe, cioè sull'intervento dosato, concertato, coordinato, di questo o di quel membro dell'équipe — ogni membro della quale

può seguire il caso ed essere il fulcro della relazione col malato — e il medico che la dirige resta responsabile del programma terapeutico, precisato nelle riunioni di sintesi.

Ma questo impegno pluridimensionale più ricco, più adattato al caso, implica un aggiustamento permanente della specificità del ruolo di ogni membro dell'équipe, e mette in discussione la qualità delle comunicazioni e degli scambi.

La psicoterapia degli psicotici può essere sostenuta solo nel quadro di un lavoro di équipe molto differenziato.

In partenza, il primo schema faceva intervenire due terapeuti: di solito, uno psicanalista e uno psichiatra cosiddetto amministrativo: l'uno rappresentante del mondo dei sogni e delle pulsazioni, l'altro del mondo reale. Utilizzando in pieno l'équipe, siamo giunti a proporre al malato un'immagine della realtà più valida: l'assistente sociale, la visitatrice psichiatrica, il consigliere del servizio sociale si associano al medico che tratta un dato caso. Soprattutto lo psicoterapeuta, pur usando i suoi modi d'approccio specifici, si trova in relazione più stretta con medico curante; e lo psicoterapeuta è, di solito, analista.

Da questa breve introduzione sull'équipe di settore, e sulle sue relazioni col malato, si ricava che il lavoro di équipe è per noi la colonna vertebrale di tutto il settore. Le istituzioni, e coloro che le reggono, si creano e si articolano attorno ad essa e in funzione delle sue esigenze.

Aggiungo subito che l'équipe, se permette idealmente di raffinare la qualità dell'azione terapeutica, specie per quanto riguarda gli psicotici, resta nondime-

no uno strumento fragile. Esige un minimo di cooptazione dei suoi membri, possibilità di collaborazione e mutua stima. L'équipe trasforma il medico in direttore di un'orchestra sempre più complessa, liberandolo dal ruolo sempre meno sostenibile di uomo-orchestra. Però, se le prospettive che abbiamo descritto si vogliono realizzare, le tensioni interne vanno analizzate e risolte di continuo. Infatti nulla è più grave, per uno psicotico, della dissociazione, della percezione di tensioni gravi all'interno della squadra che lo segue. Si rifletteranno subito su di lui come angoscia di frantumazione.

L'operazione non è priva di rischi; ma è venuto il momento di descrivere quali rischi abbiamo corso nel nostro arrondissement in questi ultimi anni.

### La storia dell'esperienza

Tanto per cominciare, nel 1954, si forma un'équipe, non una istituzione, e nel quadro di un ambulatorio pubblico. Si parte da uno dei due primi servizi per alcolisti aperti a Parigi nel 1948; questo servizio vedeva arrivare pazienti da tutta la Francia e, man mano, veniva limitato ai malati di 5 arrondissements, poi a quelli del tredicesimo. Contemporaneamente, si accettavano malati non alcolisti. Era un lavoro con un sostegno istituzionale minimo: un medico a tempo parziale, un'assistente sociale e una segretaria, in una sola stanza messa a disposizione da un dispensario anti-tubercolare.

Per i primi 4 anni, ci si sforza di essere presenti nella comunità. L'équipe, per coordinare i vari servizi sociali, si

reca dai curati, dai commissariati, dai medici privati. Le prime riunioni sono convocate per coloro che rappresentano i perni sociali del quartiere. Si tratta di inserirsi, di essere conosciuti e riconosciuti dai malati e dalla popolazione. Si cerca di controllare l'efficacia della presenza collettiva: si controlla la proporzione dei soggetti trattati in ambulatorio, si constata la crescita del numero di consultazioni volontarie.

Quasi tutte le visite si fanno di sera: l'assistente sociale, finito il tempo pieno, comincia le visite domiciliari urgenti.

La seconda tappa comincia nel 1958, moltiplicando le équipes di settore. Il quartiere (175.000 abitanti) è diviso in tre sottosectori, che corrispondono alle sezioni amministrative e comprendono da 45 a 65.000 abitanti.

In ognuno di questi settori abbiamo due équipes — psichiatria infantile e psichiatria per adulti — che collaborano strettamente su due piani: seguire le famiglie, informare e formare i « personaggi - chiave ».

Cinque anni dopo la formazione della prima équipe non è stata ancora aperta alcuna istituzione.

In tale periodo, l'attività clinica basata sull'ambulatorio si sviluppa intensamente. Vi si inseriscono i primi psicoterapeuti, per abbandonare l'aspetto puramente preventivo e assumere un ruolo di terapia precoce.

Ci si batte per mantenere le visite in un tempo sufficiente: lo slogan è « 6 malati in 3 ore, e non di più ». Si prendono degli appuntamenti; si evitano le code.

Poi iniziano a comparire le istituzioni più agili. Maggio 1959: un piccolo « la-

boratorio terapeutico » di 20 posti nei locali del Centro di Igiene Mentale: due grandi stanze, un soggiorno, due ergoterapisti, uno psicologo, assistenti sociali che sanno svolgere anche mansioni di infermiere.

È una forma, embrionale, di ospedale diurno. Ne è responsabile uno dei medici, ma tutti gli altri medici possono seguire i propri pazienti, in maggioranza schizofrenici che si cerca di non ospedalizzare.

Data la frequenza di ricadute al sabato e alla domenica, si apre un Centro Ricreativo, animato da un gruppo di malati con l'assistenza di un'assistente sociale.

Poco dopo entra in funzione un piccolo ospedale diurno per bambini psicotici, di 25 posti.

Comunque il servizio pedopsichiatrico non impone con urgenza la necessità di creare istituzioni; presso il Centro d'Igiene Mentale vi sono larghe possibilità di psicoterapie e di rieducazione della parola e del linguaggio. Ogni équipe si avvale di personale esperto nella rieducazione e di psicoterapeuti. Gli psichiatri che curano gli adulti iniziano, mediante un largo dibattito e i dovuti contatti amministrativi, a delimitare i contorni e assicurare il finanziamento di un futuro ospedale. Dopo aver scoperto l'efficacia della cura ambulatoriale e extra-ospedaliera, i medici delle équipes per adulti si preparano a una specie di scommessa. L'ospedale avrà un letto ogni mille abitanti, cioè 175 letti, ma a due condizioni: che il personale curante raggiunga la proporzione di una infermiera ogni 7 malati, e che le future istituzioni extraospedaliere dispongano

di una capacità di posti tre volte superiore a quella dell'ospedale.

Nel 1959 LEBOVICI e chi scrive (responsabili rispettivamente del servizio per bambini e di quello per adulti) suscitano la creazione di una associazione che sostenga giuridicamente tutti i vari dispositivi.

Nel consiglio di amministrazione sono rappresentati gli organismi che ci finanziano (con la maggioranza dei voti), la popolazione locale, i tecnici.

I due responsabili principali sono nominati direttori dell'associazione, e si incaricano di rendere conto al consiglio d'amministrazione dello sviluppo dei centri e dei progetti in corso.

Il 2 novembre 1961, una convenzione con la Prefettura della Senna e con la Sicurezza Sociale incarica ufficialmente l'Associazione per l'Igiene Mentale del 13° Arrondissement di creare, gestire e coordinare tutte le azioni o istituzioni necessarie. Negli anni successivi le équipes aumentano di numero — 6 per adulti e 6 per bambini — raddoppiandosi. Prima ancora, tuttavia, si modifica la loro organizzazione interna, per adattare alla moltiplicazione dei casi trattati un progetto comune di intervento.

Anzitutto cambia la relazione tra medico e assistente sociale. Il medico passa dalle consulenze al tempo parziale e quasi subito al tempo pieno nella sezione adulti, cosa che lo mette nel ruolo di dirigente dell'équipe.

Lo psicoterapeuta a tempo parziale è già presente nelle varie squadre. Lo psicologo e il consulente sociale si integrano a loro volta. Per i bambini compaiono molto presto i rieducatori; poi, gradualmente, tra gli adulti compaiono

a tempo parziale specialisti del rilassamento e della motricità; poi le infermiere domiciliari a tempo pieno (dal 1965, un'infermiera ogni squadra).

Infine, tra assistente sociale e segretaria si inserisce il nuovo ruolo dell'accettazione, che assicura in ogni momento e in ogni caso l'accoglienza, il servizio di appuntamenti, il telefono, e orienta i malati verso i vari membri dell'équipe.

Non è il caso di soffermarsi a descrivere l'evoluzione delle équipes di psichiatria infantile, né i loro progetti, che meriterebbero da soli una pubblicazione particolare; ci limiteremo a parlare della divisione adulti.

L'ultima tappa dello sviluppo storico riguarda le istituzioni. L'ospedale ha aperto 45 letti nel 1963; oggi ne ha in funzione 120. Psichiatri e architetti hanno lavorato strettamente assieme per progettarlo.

Per molti medici, durante gli anni, si erano stabilite molte relazioni terapeutiche individuali con malati visitati in ambulatorio. Quindi l'ospedale era per loro un mezzo di seguirli temporaneamente.

L'ospedale è diviso in 5 padiglioni, o piuttosto in unità di 7 letti, corrispondenti al numero di malati seguiti da ogni infermiera. La corsia più grande ha 6 letti; ogni degente ha il suo mobilio ed esiste sempre un «angolo» per ognuno. Tre padiglioni sono misti, uomini e donne. Molte finestre e porte a vetri aprono i padiglioni sul parco; tra i padiglioni non ci sono divisioni fisiche; niente porte chiuse a chiave, niente sbarre alle finestre, anche dei piani superiori.



Questa apertura verso l'esterno, che per certi malati potrebbe essere inquietante, è compensata da volumi interni rassicuranti: cinque refettori e cinque laboratori, ad esempio, per 49 malati. La disposizione dei locali prevede una presenza abbondante di personale curante: la relazione individualizzata dell'infermiere, i colloqui e la psicoterapia dispongono di luoghi appropriati: 5 uffici per medici e 7 guardie d'infermeria per 49 letti. In ogni camera un bottone consente di chiamare il « proprio » infermiere.

Due intenzioni fondamentali si percepiscono nel funzionamento dell'ospedale: sono la vigilanza costante, e l'attività di coordinamento del medico, che la sottende.

L'ospedale dev'essere il luogo di scelta per le terapie più intensive e individualizzate. Medici di settore e psicoterapeuti continuano in quest'ambito l'attività già iniziata all'esterno.

La vita collettiva che si sviluppa in ospedale cerca di favorire, per ogni malato e ogni gruppo, il grado massimo di socializzazione. Due medici si incaricano di un padiglione di 49 letti, e ciascuno di loro corrisponde a tre dei sei medici di settore per i malati del padiglione; è ugualmente responsabile della vita sociale di metà del padiglione.

Abbiamo già parlato del numero, importante, delle infermiere: una è presente ogni 7 malati per tutto il giorno; aggiungo che le donne sono in maggioranza anche nei reparti maschili, e il 70 % sono diplomate che, in due anni, addestriamo alla pratica psichiatrica.

Ma questo luogo dominato dalla me-

dicina svolge nel contempo una funzione normalizzatrice:

- ruoli e funzioni sono assolti da categorie molto differenti;
- le infermiere praticano le cure biologiche ma sono anche i poli essenziali delle relazioni più strette nelle ore e nei luoghi di vita più familiare: pasti, serate, notti, tempo libero...;
- i laboratori sono diretti da ergoterapisti, oppure professionisti non infermieri;
- l'ordine e la pulizia sono assicurati (in parte) da vere e proprie donne di servizio;
- ognuno può realizzare possibilità di scambio e raggruppamento, può stare in camera tutto il giorno oppure vivere fuori del padiglione (tranne che per i pasti e le notti). Nei padiglioni misti le camere per ogni sesso sono disposte in ali differenti, ma collegati da soggiorni e refettori; i laboratori sono divisi;
- quanto al denaro, abbiamo regole particolari: all'interno dell'ospedale non sono ammesse le remunerazioni individuali: da malati non ci si può guadagnare da vivere. Si è presi in carico per essere curati. Il carattere terapeutico del lavoro è costantemente sottolineato. La vendita degli oggetti fabbricati alimenta una cassa comune gestita dai malati, per le attività ricreative, le piccole spese, la vita collettiva.

S'intende che il periodo di trattamento è quanto più possibile breve: l'ospedale non è un cronicario.

La doppia polarizzazione della vita ospedaliera che ho cercato di illustrare potrebbe essere riassunta così: il trat-

tamento più intenso, continuo e personale possibile in un mondo quanto più normale possibile.

È inutile descrivere qui in dettaglio ogni istruzione extraospedaliera. Darò alcuni esempi.

L'ospedale diurno è, per mancanza di locali, installato nel quadro dell'ospedale di Soisy-sur-Seine. Esiste un servizio di autobus per i malati. L'intensità delle prospettive terapeutiche è pari a quella dell'ospedale. È di soli 35 posti. A Parigi, tre istituzioni esterne rispondono a differenti necessità:

Villa St. Jacques nel 14° Arrondissement: un laboratorio terapeutico di 28 posti, aperto a soggetti in genere stabilizzati o per i quali, in ogni modo, l'équipe decide di non dovere mettere in atto un rimaneggiamento strutturale profondo. Vi si sviluppano le prospettive di rivalutazione e di attività remunerative individuali, pur in presenza di un medico e di un'infermiera.

Rue de la Glacière, nel 13°: un laboratorio che definiamo di allenamento allo sforzo (20 posti), concepito come tappa fra la fase di trattamento e il reinserimento nell'ambiente normale.

Insistiamo sul recupero delle discipline e dei ritmi di lavoro. Non vi sono medici né infermiere, ma solo uno psicologo guida e ergoterapisti.

Un centro diurno per anziani, rue Boussingault sempre nel 13° (25 posti) aperto sotto l'egida di un centro locale di Gerontologia dietro iniziativa di uno psichiatra del settore. Lavora in rapporto stretto con le équipes di settore e, specificamente, con le infermiere a domicilio. Sta per essere aperto anche un secondo centro.

Il ruolo di prevenzione dell'ospedalizzazione è fondamentale. Nell'immediato futuro, si organizzerà un servizio di cure domiciliari e familiari nei dintorni dell'ospedale.

Dando una veduta d'insieme, ci accorgiamo che la struttura istituzionale del 13° arrondissement non è ancora completa. Comprende un ospedale di 120 posti e 108 posti istituzionali di giorno, mentre il piano di base prevede 175 posti ospedalieri e 551 posti extraospedalieri, media che si può confrontare con la media dei letti psichiatrici occupati dai malati parigini: 4,4 per mille, cioè 770 letti per il solo 13° arrondissement. Il numero di malati trattati è stato, per il 1965, di 1301 bambini e 1410 adulti.

I nuovi pazienti sono, ogni anno, 625 bambini e 452 adulti. Le sei équipes in funzione sono vicine al punto di saturazione o lo hanno già oltrepassato: più di 250 pazienti per équipe in media, e l'enorme maggioranza è seguita dal Centro di Igiene Mentale.

### Aspetti funzionali

Il personale è oggi in totale composto da 250 persone, compresi coloro che sono a tempo parziale.

Tutti sono inseriti nel lavoro di équipe, ma possiamo distinguere due grandi gruppi: le équipes di settore e quelle istituzionali. Si è cercato di articularle: queste due categorie di curanti avrebbero potuto, come al solito, seguire il malato andando al passo con la sua evoluzione.

Le squadre di settore avrebbero po-

tuto anche visitare i propri pazienti nelle istituzioni dirette da altri medici. Abbiamo intenzionalmente seguito un'altra strada.

Ci basiamo sul ruolo che i 6 medici responsabili principali di un settore devono assumere; cioè sono medici al contempo responsabili di una o più istituzioni; devono svolgere un'azione preventiva a livello di igiene mentale; infine, partecipano collegialmente alle discussioni che concernono la direzione tecnica di tutto l'apparato.

In altre parole: ogni istituzione ha un medico responsabile, che tratta contemporaneamente i malati del proprio settore e deve collaborare con gli altri medici che hanno, ciascuno, malati nell'istituzione da lui diretta.

Pertanto i medici hanno cercato di risolvere il problema della continuità del trattamento assumendosi una pluralità di incarichi, a cominciare dal collegamento fra di loro.

Quindi fanno parte, come responsabili, di almeno 4 équipes: quella di settore; quella istituzionale; quella di igiene mentale; e infine la direzione tecnica.

Lo psichiatra che cerca di rispondere a queste richieste funzionali deve possedere tre qualità. Deve essere capace di appartenere effettivamente alla comunità con la sua presenza, tanto da essere riconosciuto e spesso chiamato dalla popolazione; di assicurare ad ogni livello la relazione terapeutica individuale, dal semplice consiglio di incoraggiamento fino alla psicoterapia analitica o all'analisi; di dirigere effettivamente l'istituzione; di partecipare alla direzione dell'insieme, con tutto il dovuto interesse

agli aspetti economici e amministrativi.

Un mutamento di registro e una molteplicità di contatti di questa portata, non ci sembrano possibili senza una cooptazione assai libera a livello dei medici dell'équipe di direzione. È infatti necessaria una stima reciproca sufficiente sul piano personale come sul piano tecnico, bisogna che i medici traggano giovamento dagli scambi di opinione e abbiano, infine, una tendenza all'agilità interiore, accettare le contestazioni interpersonali e i conflitti di competenza che possono verificarsi.

Giunti alla fine della mia esposizione, è legittimo chiedersi se queste articolazioni, moltiplicate quasi a piacere, siano benefiche per il malato.

Se fossi un addetto alle progettazioni risponderei: non ho trovato altro mezzo per assicurare una continuità della cura. Posso anche osservare che, in quest'ambito, la discontinuità fra le istituzioni, che di solito va a discapito del malato, viene al contrario incassata dal medico curante e dalla sua équipe. Comunque il principale aspetto positivo è, secondo me, per il malato, il fatto che l'équipe di settore realizza e simbolizza l'apertura dell'ospedale verso l'esterno.

Davanti all'ospedale, o a qualsiasi altra istituzione, sia che si tratti di entrare, di restare o di uscire, la presenza dell'équipe rappresenta una sicurezza insostituibile. Per il medico, sul versante opposto, non c'è più il rischio di rifugiarsi in due posizioni estreme, ma altrettanto confortevoli (la direzione autoritaria o la permissività): cinque colleghi si incaricano di svegliarlo se è necessario.

Infine esprimo un motivo di inquietudine: la moltiplicazione dei pazienti, segno della buona funzionalità delle équipes, oggi rischia di superare la loro capacità. Per risolvere questo problema, non ci orientiamo verso una selezione dei casi, ma su un'ammissione più pon-

derata da parte di ciascun membro dell'équipe e non solo del medico: lo sforzo è rivolto soprattutto a quella che io chiamerei l'assunzione « teleguidata » da parte dei personaggi non psichiatrici della comunità, e l'intensificazione dell'igiene mentale.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ADLER, A.: Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in: Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Bergmann, München/Wiesbaden 1920.
2. BATTEGAY, R.: Zur Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, in: Schw. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 93: 346 (1964).
3. DERS: Der Mensch in der Gruppe, II, Hans Huber, Bern/Stuttgart 1967.
4. BEUKENKAMP, C.; MULLAN, H. und BERGER, M.: Training in Group Psychotherapy. A Symposium Am. J. Psychother. 12: N. 3, Juli 1958.
5. DAHRENDORF, R.: Homo Sociologicus, Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1964.
6. ENKE, H.: Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit Psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie in: Z. Psychother. 15: 116 (1965).
7. FOULKES, S.H.: Therapeutic Group Analysis, George Allen & Unwin, London 1964.
8. FREUD, S.: Hemmung, Symptom, Angst, in: Gesammelte Werke XIV, Imago, London 1955.
9. HEIGL-EVERS, ANNEISE: Die Gruppe unter soziodynamischen und antriebspsychologischem Aspekt, in: PREUSS, H.G.: Analytische Gruppenpsychotherapie, Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1966.
10. HOFSTATTER, P.R.: Einführung in die Sozialpsychologie, Kröner Stuttgart 1963.
11. KEMPER, W.W.: Zum Problem der Ausbildung von Gruppenpsychoterapeuten, in: Z. psychosomat. Med. 10: 191 (1964).
12. KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker, Lehmanns, München 1966.
13. SCHINDLER, R.: Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe, in: Psyche 11: 308 (1957/58).
14. SCHINDLER, W.: The Role of the Mother in Group Psychotherapy, in: Int. J. Group Psychother. 16: 198 (1966).
15. SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Thieme, Stuttgart 1951.
16. SCHWIDDER, W.: Hemmung, Haltung und Symptom, in: Fortschritte der Psychoanalyse (Int. Jahrbuch zur Weiterentwicklung der Psychoanalyse, Bd. I), Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen 1964.
17. SULLIVAN, H.St.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, W.W. Norton, New York 1953.



## RECENSIONI

---

### GÉZA ROHEIM

#### GLI ETERNI DEL SOGNO

Guaraldi Editore, Firenze 1972, pp. 400, L. 4.000

Questo testo presenta per la prima volta — per quanto ne so — al pubblico italiano l'opera di G. Roheim: discepolo di Ferenczi, psicoanalista egli stesso, Roheim è stato fra i primissimi ad affrontare delle ricerche antropologiche « sul campo » che superassero la dimensione metodologica, piuttosto angusta, caratteristica degli antropologi tra ottocento e novecento. Particolarmente interessato alla cultura australiana, ci ha lasciato una serie di scritti che interpretano i grandi filoni della civiltà indigena profittando largamente dei risultati della ricerca psicoanalitica.

In questo testo, i rituali d'iniziazione dell'Australia centrale vengono esaminati in dettaglio sulla base di una vasta conoscenza della struttura familiare, della lingua, dei miti e dei contenuti fantastici; conoscenza che Roheim sottopone ad una serie di fitte interpretazioni fondate sulla teoria psicoanalitica dei sogni, dei conflitti familiari, dei fantasmi. Si tratta di pagine straordinariamente ricche, dense di fatti e conclusioni; pagine che possono essere lette sotto molti aspetti, e variamente giudicate. Se da un lato molte conclusioni a cui giunge l'autore possono essere considerate sorpassate dai successivi studi di antropologia transculturale (non si dimentichi che « Gli eterni del sogno » è stato pubblicato 27 anni or sono), rimane tuttavia il fatto che senza l'opera di Roheim non sarebbe stata possibile l'evoluzione della più recente antropologia; e, per il lettore più attento, rimane inalterato il fascino di vedere in questo testo i tratti fondamentali di una civiltà ormai distrutta.

G. R.

### LA PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI NON PSICHIATRICHE

« Il Pensiero Scientifico » Editore, Roma 1972, pp. 169, L. 4.000

Sono contenuti in questo volume gli atti del VI Convegno nazionale della Società di psicoterapia medica (Pavia, 12-13 giugno 1972).

Tra i vari contributi, originale quello di A. Selvini sull'impostazione psicoterapeutica in un reparto per cardiopatici acuti. Particolarmente interessante è poi sembrato il contributo di Conforto, Giberti e Maura: « Aspetti e problemi della psicologia di gruppo con studenti universitari » per la profondità con cui vengono analizzati i rapporti tra dinamiche di gruppo e problemi inerenti la vita degli studenti universitari, tanto sul versante « normale » che su quello « patologico » e quindi terapeutico; abbondante la documentazione casistica e bibliografica. Interessanti anche i lavori di Frighi, Ondarza Linares, Volterra ed altri.

Nel complesso una rassegna abbastanza ampia ed utile per chi voglia dedicarsi alle applicazioni della psicoterapia al di fuori delle istituzioni esplicitamente psichiatriche e psicoterapeutiche.

G. M.

### BIBLIOTECA DI PSICOLOGIA E PEDAGOGIA

Ed. SAIE, Torino, 30 Volumi, L. 75.000

L'opera è nata con l'intento di offrire un ampio panorama dello scibile psico-pedagogico, attraverso una nutrita serie di monografie, alcune delle quali di autori come Guitton, Schneider, Mounier, Correl; tra gli svariati argomenti, oggetto delle monografie, cito alcuni titoli: « Struttura della personalità », « Lo sviluppo psicologico del bambino », « Psicologia dell'età puberale », « Il

comportamento sociale degli animali», « Psicologia dell'apprendimento », « Introduzione alla psicopedagogia ».

Sembra che la « Biblioteca di Psicologia e Pedagogia » concili bene le esigenze di una informazione ad ampio raggio con quelle di una coerenza scientifica e metodologica di buon livello. L'intento appare realizzato soprattutto grazie all'apporto combinato di Autori — ormai classici della divulgazione — e di ricercatori impegnati: nell'insieme un'opera di piacevole lettura e ricca di notizie, utile a persone di varia formazione, anche svolgenti un'attività non strettamente psicopedagogica.

G. M.

### **BRUNO BIASUTTI**

#### **GUIDA ALL'EDUCAZIONE NON REPRESSIVA**

Guaraldi Ed., Firenze 1972, pp. 173, L. 1.000

Quest'opera, frutto di una lunga esperienza di pratica educativa anti-autoritaria, è una sfida a una civiltà costituita sulla repressione: la critica però non viene diretta al mondo politico, o del lavoro, o della scuola, ma a quella che viene considerata la principale artefice del mantenimento di tale repressione, e cioè la famiglia. Attraverso il meccanismo sado-masochistico il genitore scaricherebbe infatti sul figlio le frustrazioni subite a suo tempo, giustificandosi razionalmente con l'assioma che l'educazione familiare deve essere un condizionamento precoce a una penosa realtà adulta, in cui nessuno può essere felice.

Contro tale pessimistica concezione del mondo e della natura umana insorge Biasutti, mostrando la necessità di svuotare il famigerato « principio di realtà » dei suoi contenuti sadici per permettere ai bambini, e quindi agli adulti di domani, il massimo della gioia di vivere compatibile con la vita associata.

L'autore ci propone quindi, per affrontare il problema educativo, un'autentica rivoluzione culturale e non una generica « comprensione » o paternalismo neutrale sul tipo di quelli auspicati dalla psicologia divulgativa.

All'aspetto critico della prima parte del libro segue un adeguato apporto costruttivo nella seconda parte, con consigli pratici riguardanti le varie tappe evolutive e problemi particolari scelti tra quelli che presentano maggiori difficoltà per le famiglie (disciplina, educazione sessuale, educazione morale e spirituale).

La lettura di questa guida sarà molto utile quindi a quei genitori e insegnanti (vi sono pagine molto incisive dedicate anche alla scuola) che si propongono di passare da una teorica denuncia della funzione regressiva delle istituzioni della famiglia e della scuola ad una pratica alternativa.

E. G.

### **S. RACHMAN**

#### **VERHALTENSTHERAPIE BEI PHOBIEN**

Urban & Schwarzenberg, München 1970, pp. 93, DM 14,80.

Si tratta della traduzione tedesca di « Phobias, their nature and Control », di S. Rachman, uscito negli U.S.A. nel 1968. Dopo un'esposizione della teoria behavioristica sulla patogenesi delle fobie (e delle nevrosi in generale), viene descritta la tecnica centrale della terapia, la desensibilizzazione, e una serie di altre tecniche supplementari, alcune delle quali ancora in via di sperimentazione. Abbondante l'esemplificazione e la documentazione statistica: il tutto esposto in maniera chiara, concisa e scorrevole.

Per coloro che preferissero leggere il libro in inglese, l'Editore americano è Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A.

G. M.

## NOTIZIE SUI CONGRESSI

---

**14-21 maggio 1972**  
**VENEZIA**

5° Congresso Internazionale di Medicina Preventiva e di salute sociale.

**15-19 maggio 1972**  
**DUBROVNIK**

3° Corso Internazionale di Gerontologia Sociale organizzato dal Centro Internazionale di Gerontologia Sociale.  
Tema: Libertà e vecchiaia.  
Pres.: Dr. A. Huet. Inf. rue de Courcelles 167, Paris XVIIè.

**19-22 maggio 1972**  
**BRUXELLES**

Congresso degli psicanalisti di lingua francese.  
Seg.: Dr. J. Gillbert, rue S. Jacques 187, Paris 5è.

**maggio 1972**  
**VIENNA**

Sessione speciale del gruppo d'esperti dell'U.I.P.E. per la delinquenza minorile e il disadattamento sociale.  
Tema: Valutazione del lavoro delle 14 sessioni del gruppo di esperti riguardo alle attuali concrete necessità.  
Inform.: rue de Varembe 1, 1211 Genève 20, Svizzera.

**20-23 maggio 1972**  
**TOURS**

11° Congresso Internazionale di caratteriologia con la partecipazione di M. G. Antoine, Rettore Cancelliere dell'Università d'Orleans, del Prof. Mucchielli e del Prof. Sarro, psichiatri.  
Inf. M.me Gillet, rue Jardinière 318, 4900 Angleur, tel. 04/65.47.75.

**21-26 maggio 1972**  
**GERUSALEMME**

6° Congresso Internazionale di Psichiatria Sociale.  
Pres. del Comitato Organizzatore: Dr. L. Miller c/o Mental Health Services, Ministry of Health, 20 King David Str. Ierusalem.

**21-28 maggio 1972**  
**PAESTUM**

Convegno della D.A.P. (Deutsche Akademie für Psychoanalyse) sul tema «Tecnica psicoanalitica nella terapia delle malattie psicomatichhe». Tedesco/inglese.  
Inf.: Dr. G. Ammon, Berlin W 15, Wielandstrasse 27/28.



**28-31 maggio 1972**

**GERUSALEMME**

**4 giugno 1972**

**GENOVA**

**5-10 giugno 1972**

**SIVIGLIA**

**26-29 giugno 1972**

**MANNHEIM**

**3-7 luglio 1972**

**TEL AVIV**

**17-22 luglio 1972**

**NIJMEGEN**

**24 luglio - 5 agosto 1972**

**L'AIA**

**13-19 agosto 1972**

**TOKYO**

**25-27 settembre 1972**

**BRUXELLES**

**LIEGI**

2° Simposio Internazionale sull'abuso delle droghe.

Segr.: Israel Events (International) Ltd, P.O. Box 7485 Jerusalem.

Tavola rotonda organizzata dal gruppo francese di studio sulla neuropsicopatologia infantile con la partecipazione dei Professori De Negri e Lebovici. (« Stati nevrotici del periodo di latenza »).

« Prevenzione e trattamento dell'alcolismo » organizzata dall'Int. Council on Alcohol and Addictions-18th. institute Inf. Mr. Archer Tongue, case postale 140, 1001 Losanna.

Simposio internazionale di epidemiologia psichiatrica organizzato dalla World Psychiatric Association (W.P.A.) e dalla DGPN sul tema « Evaluation of Community Psychiatric Services ».

Il numero dei posti disponibili è limitato. Per informazioni rivolgersi a: Prof. Dr. H. Häfner, 68 Mannheim, Städt. Krankenanstalten, Theodor-Kutzer-Ufer.

Simposio internazionale sull'educazione sessuale.

Segr.: Dr. E. Chigier P.O. Box 16271, Tel Aviv.

6° Congresso dell'Associazione Cattolica Internazionale per lo studio della psicologia medica.

Corso estivo interno « Process models for psychology ».

Inf.: Course Registrar Nuffic, Molenstraat 27, Den Haag.

20° Congresso dell'Unione Internazionale delle scienze psicologiche.

Inf.: Dr. Azuma, 22-34, Roppongi 7 Chome-Minato-ku, Tokyo 106.

Congresso internazionale di gerontopsichiatria presso l'Istituto di sociologia dell'Università libera di Bruxelles e presso l'Hôpital du Valdor a Liegi, sul tema « Azione medico-sociale preventiva e curativa del deterioramento mentale nelle persone anziane in ciascuno dei paesi considerati ».

Inf.: Fondation Julie Renson, rue Forestière, 12, 1050 Bruxelles, tel. 02/49.56.65.