

REDAZIONE: CARLOS ALBERTO ARESTIVO, PAOLA COCORULLO, GIOVANNI GUASPARRI, MARGHERITA LIZZINI, GIANDOMENICO MONTINARI, LIA OELKER, PIERO PESSI, GIOVANNI ROBERT, DIMITRI SOBRERO. COLLABORATORI: CARLO BOIDI, ELENA GIORDANO, CARLO PELLAS, PAOLO PERNIGOTTI, PIER GIORGIO SEMBONI. SEGRETARIA DI REDAZIONE: GABRIELLA GHISELLI. DIRETTORE RESPONSABILE: GIANDOMENICO MONTINARI.

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TELEF. 541092. ANNO 2°, NUM. 2-3 APRILE-SETTEMBRE 1973. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV. PREZZO DI UN FASCICOLO L. 1000, ESTERO L. 1500, ARRETRATO L. 2000, ABBONAMENTO ANNUO L. 3800, ESTERO L. 6000. DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ANTONIO CECCHI 3/3 - 16129 GENOVA - TEL. 541092. C.C.P. 4/19690 INTESTATO AL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA. AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI GENOVA: NUM. 29920 DEL 16-12-1971. STAMPATO IN ITALIA NELLA TIPOGRAFIA E OFFSET DARIO MEMO, VIA DELLE LEGHE 12 - 20127 MILANO. CONSULENZA GRAFICA: ARCH. ADA RIVA ROBERT

SOMMARIO

- 5 EDITORIALE
- 7 SENSITIVITY TRAINING
A.M. DÄUMLING
- 17 L'OSPEDALIZZAZIONE DI GIORNO SECONDO LA TEORIA DEI SISTEMI
BORIS ASTRACHAN E COLL.
- 31 IL PRIMO VIAGGIO: CRISI ESISTENZIALE E PRIMA ESPERIENZA CON GLI ALLUCINOGENI
HERTA A. GUTTMAN
- 37 IL POSTO DELL'UMORISMO IN PSICOTERAPIA
WARREN S. POLAND
- 43 LA PSICOTERAPIA BREVE NEI BAMBINI
ALAN J. ROSENTHAL, SAUL V. LEVINE
- 51 IL MOVIMENTO PSICHIATRICO COMUNITARIO NEGLI STATI UNITI (II)
JACK L. RUBINS
- 63 TENTATIVI DI OBIETTIVAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE PSICOTERAPIE (II)
J. SERVAIS
- 75 RECENSIONI
- 77 NOTIZIE SUI CONGRESSI

EDITORIALE

Anzitutto desideriamo scusarci con gli abbonati per il ritardo e l'irregolarità con cui ricevono (o spesso non ricevono affatto) la rivista.

Il caos postale ha la sua buona parte di responsabilità, ma onestamente dobbiamo ammettere che il resto è senz'altro dovuto alle limitazioni di tempo cui è sottoposto lo staff redazionale. Purtroppo il nostro bilancio, nonostante il continuo incremento degli abbonamenti (già vicini al migliaio), consente a mala pena di pagare le spese di stampa, i diritti dovuti alle riviste estere e in parte, la pubblicità. Tutto il lavoro di selezione, traduzione, ecc. è fornito gratuitamente e nei ritagli di tempo della professione dai redattori, e ciò provoca un enorme allungamento dei tempi: è necessario quindi che i lettori abbiano pazienza, almeno fino a quando non potremo permetterci un redattore stipendiato, anche solo a tempo parziale. Questo, d'altra parte, è un tributo che merita di essere pagato, se rappresenta un modo per garantirsi l'autenticità dell'informazione.

Il primo articolo che presentiamo è una rassegna delle tecniche di addestramento alla *sensitivity*, cioè all'uso di quello che viene chiamato il « terzo orecchio » in psicoterapia e in tutte le professioni che comportano tra le persone interazioni piuttosto profonde; ci è sembrata un'esposizione chiara e sistematica, « didattica » che, per quanto non contenga nulla di veramente nuovo, può aiutare a farsi un'idea più chiara su queste particolari metodiche soprattutto nei rapporti con altre affini, con la psicoanalisi e con altre psicoterapie.

L'ospedalizzazione di giorno, le sue possibilità e la sua collocazione nel quadro dell'assistenza psichiatrica sono l'oggetto del lavoro di Boris Astrachan e Coll.: l'abbiamo scelto per la particolare novità e spregiudicatezza dell'impostazione; una lezione di chiarezza metodologica nel definire i limiti del proprio operare.

La breve comunicazione sul « primo viaggio » riporta alcuni casi di pazienti nei quali l'assunzione di droghe, in netto rapporto con una crisi esistenziale, diminuì o scomparve dopo una psicoterapia: è un articolo senza pretese che non dice nulla di nuovo: lo abbiamo scelto come testimonianza di un lavoro con drogati coronato da successo: può interessare quei colleghi — pochi, in verità, — che si dedicano o vorrebbero dedicarsi a tale patologia.

« Il posto dell'umorismo in psicoterapia » è un'altra *brief communication* senza grandi pretese, che ci è piaciuta in modo particolare per il coraggio con cui smantella certi assiomi della prassi psicoanalitica, come quello per cui si ritiene applicato il principio di astinenza solo instaurando col paziente un clima di distacco e di distanza e soprattutto *tacendo*. In sostanza secondo

analitica, ritenute a torto o ragione degli obiettivi prioritari, se vengono applicate *alla lettera*, sortiscono l'effetto di sottoporre il paziente ad un cerimoniale sadico, e di permettere al terapeuta di agire i suoi impulsi aggressivi molto più di quanto non avvenga in un rapporto caldo, spontaneo, ricco anche — perché no? — di umorismo. Sono cose ovvie, d'accordo, ma ogni tanto è anche bene che vengano scritte.

La psicoterapia breve nei bambini è una tecnica ormai sperimentata e utilizzabile su larga scala: il lavoro di Rosenthal e Coll. è il risultato di una ricerca ampia e seria: sarà senz'altro utile a chi si occupa di psicoterapia infantile.

« Il movimento psichiatrico comunitario negli Stati Uniti » e « Tentativi di obiettivazione degli effetti delle psicoterapie » sono le continuazioni di due lavori comparsi in altri numeri della nostra rivista (n. 2/1972 e n. 1/1973); per ambedue abbiamo già espresso in precedenza i motivi della nostra scelta.

SENSITIVITY TRAINING

A.M. DÄUMLING

« SENSITIVITY TRAINING » È STATO TRATTO DALLA RIVISTA « GRUPPENPSYCHOTHERAPIE UND GRUPPENDYNAMIK », 1968, BAND 2, SU CUI È COMPARSO IN LINGUA TEDESCA. A.M. DÄUMLING È DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI PSICOLOGIA DELL'UNIVERSITÀ DI BONN.

Il « *sensitivity training* » è un metodo per apprendere a conciliare fra loro modelli di comportamento diversi, cosa che, nella vita quotidiana, sia privata che professionale, riesce impossibile o per lo meno estremamente difficile. La difficoltà che si incontra, quando si è coinvolti emozionalmente ad ascoltare e comprendere ciò che realmente intende dire l'interlocutore, è facilmente esemplificata dal comune litigio coniugale o, anche, dall'impossibilità di far notare ad un superiore che si comporta in maniera singolare.

È infatti particolarmente facile per gli appartenenti a professioni didattiche o ausiliarie cadere in moduli di comportamento unilaterali perché comunemente ci si aspetta da loro superiorità, sicurezza e conoscenza psicologica degli uomini, con la conseguente formazione

se non addirittura la comparsa di una vera nevrosi professionale.

Al contrario al giorno d'oggi quasi tutti i settori professionali richiedono, in misura elevata, una cooperazione e quindi di un accordo degli interessi reciproci.

Il *sensitivity training* è un procedimento all'interno della dinamica di gruppo, alla quale viene spesso equiparato nonostante vengano usate anche altre forme di training.

La dinamica di gruppo offre due aspetti:

1) L'ambito specifico della ricerca scientifica di sistemi di comunicazione o processi di « interazione » (v. Hofstatter)

2) L'applicazione pratica dei dati corrispondenti per es. in laboratori o corsi.

Benché il *sensitivity training* si debba principalmente definire come « dinamica di gruppo applicata » ciò non significa che, oltre agli effetti concreti sui singoli e sui gruppi, esso non produca dei risultati generalizzabili scientificamente. Ma di ciò riparleremo più avanti, ora chiariremo brevemente le componenti concettuali del *sensitivity training*. Il concetto inglese di « sensitivity » è di difficile traduzione. La parola sensitivo fa infatti pensare o ad aspetti medianici di cui si occupa la parapsicologia, o alla mania associativa (1).

In questa sede però viene inteso come la facoltà, completamente normale, di recepire adeguatamente e corrispondere i segnali di comunicazione.

Si tratta sia della recezione e del-

(1) L'Autore allude probabilmente a certe forme deliranti o subdeliranti di tipo interpretativo,

l'espressione individuale, che si può definire come sensibilità, delicatezza e adattabilità, sia della reazione ad azioni collettive, che avvengono in situazioni tipiche, in quanto il comportamento di gruppo non è un semplice prodotto calcolabile in base alle disposizioni individuali.

La « sensitivity » si riferisce cioè, nel senso più lato, allo scambio di informazioni, particolarmente alle condizioni nelle quali segni ed espressioni vengono percepiti oppure, anticipando l'effetto, emessi. Metaforicamente si potrebbe anche parlare dei fenomeni di risonanza e di interferenza, che avvengono costantemente fra gli individui. Espressa in termini psicologici, la « sensitivity » si estende a tre campi che, com'è naturale, si intersecano:

- 1) L'ambito sociale conoscitivo, che comprende la percezione, la valutazione e la conoscenza dell'altro, comprese le cause di errore e di pregiudizio.
- 2) L'ambito delle motivazioni, in particolare la facoltà di comprendere le motivazioni individuali nelle molteplici situazioni e sullo sfondo di avvenimenti influenti sugli stati d'animo.
- 3) L'ambito espressivo, cioè la possibilità di sottili gradazioni dei mezzi espressivi, e la concordanza fra le espressioni verbali e la mentalità del partner senza per questo perdere la naturale carica emotiva, cioè l'autenticità.

In questo contesto è già chiaro che la « sensitivity » non rappresenta un fine, ma solamente una parte del « training », secondo la premessa per una maggiore

potrebbe perciò, soprattutto con riguardo al comportamento personale, affiancare al « sensitivity training » un « efficiency training ».

Il concetto di training fa capire (soprattutto nell'uso linguistico tedesco) non trattarsi della trasmissione di astratti contenuti cognitivi, ma di vissuti prevalentemente emozionali di esperienze concernenti i modelli e il loro mutarsi di comportamento sia proprio che altrui.

Indubbiamente l'esercizio non occupa, nel *sensitivity training* una posizione di primo piano, come per esempio nel training autogeno, ma la formula di un laboratorio di una o tre settimane e l'accentuazione di momenti emozionali nel processo di gruppo, lo differenziano dai centri di discussione e dai seminari.

I fattori in comune con la terapia di gruppo, tanto per i fondamenti teorici, quanto per determinati aspetti di prassi — le differenze verranno messe in rilievo più avanti —, hanno indotto a contrassegnare il *sensitivity training* come « terapia per normali ». In effetti, per l'effetto chiarificatore al quale si tende, esso si avvicina all'analisi didattica che vuole preparare futuri psicoterapeuti a sopportare carichi emozionali.

Tutti coloro che hanno pubblicato lavori sul metodo dei laboratori di dinamica di gruppo o sul *sensitivity training* sono concordi nell'affermare che le informazioni più essenziali possono essere ottenute solo partecipando a simili iniziative.

Questo vale tanto per la psicoterapia analitica di gruppo che per lo psicodramma

si concentreranno su due punti fondamentali:

- 1) aspetti metodologici con particolare riguardo alle forme speciali e alla loro motivazione;
- 2) indagine sui principi fondamentali del training ai fini di una modificazione della metodologia.

Gli scopi del procedimento possono essere riassunti preliminarmente in pochi punti.

1) Le interazioni nei gruppi di training, relativamente non strutturati (gruppi T), comprendenti dai 6 ai 12 partecipanti, permettono di conoscere le norme di comportamento e i modelli di reazione reciproci. In questo modo ogni membro è in grado di apprendere qualcosa sulla peculiarità e sui limiti della propria influenza sugli altri, e sulle conseguenze che ne derivano, attraverso il riflesso del proprio comportamento sul gruppo. Vengono in tal modo spesso chiariti i meccanismi di difesa, reazioni coatte e scotomi, acquistando così una maggiore elasticità psichica.

— Maturazione tramite il confronto con se stessi.

2) La limitazione, provata senza la mediazione del proprio ambito di comunicazione, conduce ad una osservazione più articolata del comportamento di persone di diversa mentalità, all'esercizio di un'attenzione più intensa e ad un ascolto più preciso. Vengono così create le premesse per una comprensione più differenziata per ciò che è stato definito « ascoltare con il terzo orecchio » (T. Reich).

— Perfezionamento della percezione so-

3) attraverso l'osservazione e la sperimentazione del processo di gruppo vengono messe in risalto le proprie possibilità di influenza sugli altri o l'inutilità dei propri sforzi in tal senso.

Questo presuppone una sensibilità per i limiti della disponibilità recettiva, e la possibilità di un accordo spontaneo con la capacità di provocare in maniera adeguata determinati effetti. L'estensione della tolleranza alla frustrazione, insieme alla facoltà di immedesimarsi negli altri, serve per una collaborazione più libera da finzioni.

— Creazione dei presupposti per la cooperazione.

4) Le reazioni stereotipe e i comportamenti abituali vengono solo raramente abbandonati perché sono « assicurati » da esperienze di successo o dalla paura di un fallimento. Al contrario il processo di gruppo, sotto forma di laboratori, permette di provare i diversi comportamenti stereotipi, senza che a ciò sia legato un serio pericolo. Imporsi e cedere, aiutare e farsi aiutare, provare e trattenersi, questi e altri tipici moduli di comportamento possono essere provati nei loro aspetti positivi e negativi. Anche il modo di risolvere i problemi e i modelli decisionali vengono indagati e sperimentati nel gruppo risultando una revisione di forme di condotta imperative e autoritarie.

— Creazione di nuove basi su cui fondare l'autorità.

Lo scopo di una democratizzazione o dell'istituzione di una durevole certez-
monia nel gruppo, peraltro idealizzata
in modo piuttosto unilaterale ed espres-

deve diminuire l'efficacia psicologica del *sensitivity training*.

Piuttosto, la maggiore disponibilità ad apprendere dei processi sociali e l'applicazione nella vita quotidiana di ciò che è stato elaborato nel laboratorio, dovranno esserne intese come la meta riassuntiva.

Gli scopi indicati corrispondono alle due concezioni scientifiche che predominano oggi nella dinamica di gruppo applicata: una parte degli esperti, o dei trainers, accentua la base psicologica del profondo e mira perciò a conseguire mutamenti nel comportamento; un'altra parte accentua le origini socio-psicologiche e focalizza perciò il proprio interesse sul processo di gruppo.

A mio avviso i due aspetti non si escludono affatto, anzi dovrebbero essere ulteriormente integrati dai dati della psicologia dell'apprendimento così che possano essere prese in considerazione tutte le condizioni per dei rapporti socio-individuali ottimali.

La metodologia del *sensitivity training* si suddivide in interazioni verbali e in espressioni non verbali. Nel centro focale sta il gruppo T come « face-to-face group ». Dal ricco repertorio dei metodi verbali dei quali dispone il trainer, riporteremo due particolari caratteristici. Ambedue prendono le mosse dal principio dell'*hic et nunc*, cioè oggetto dell'elaborazione sono in primo luogo i processi che si manifestano nel gruppo, mentre restano in seconda linea le

Il metodo primo e centrale viene definito come *feedback*. Questa visione retrospettiva del comportamento individuale e particolarmente delle sue componenti emozionali, può avvenire tramite tutti i membri del gruppo, compreso il trainer, oppure essere portato avanti in coppia al di fuori delle sedute di gruppo (*pair interviews*).

È importante che coloro i quali attuano il *feedback* diano una descrizione la più chiara possibile dell'impressione oppure della reazione emotiva che quel determinato comportamento ha determinato. Quanto più obiettiva è la forma nella quale viene esposto il momento soggettivo dello « specchiarsi », tanto più facilmente esso può essere accettato. Colui che recepisce il *feedback* deve semplicemente lasciar « scorrere » in sé le proposizioni di colui che gli sta di fronte, e non ricorrere subito ad argomentazioni, per ragionare o difendersi. L'atteggiamento fondamentale di coloro che prendono parte al *feedback* consiste nell'aiutare e nel farsi aiutare, non quello del lottare e del voler aver ragione.

Si tratta in sostanza di sperimentare in un'atmosfera di gruppo relativamente innocua per la propria vita pubblica e professionale, che effetto abbia il proprio comportamento sugli altri e, viceversa, la propria risposta al comportamento altrui. Ciò provoca, in generale, una disponibilità a prendere coscienza e a cambiare, anche se non senza crisi o scosse emotive.

Di questi processi si occupa il secondo metodo specifico del *sensitivity*

« *Unfreezing* » (K. Lewin) è la definizione inglese per il cauto « disgelo » di atteggiamenti rigidi sorti per scongiurare l'angoscia e per autodifesa. Condizione necessaria per lo « *unfreezing* » è che i modelli di comportamento abituali in situazioni di carico emotivo, comincino a manifestarsi all'interno del gruppo T.

Già il fatto che il trainer non adempia all'attesa funzione di guida sicura o di terapeuta onniscente, è solito avere un effetto profondamente frustrante, a ciò si aggiungono l'isolamento dal solito ambiente quotidiano e la estraneità e diversità dei membri del gruppo. Tutto ciò comporta che, subito all'inizio o dopo un contatto più stretto, si manifestino, in determinate condizioni di stress, tipiche reazioni individuali. Qui si inserisce il processo dell'*unfreezing*, che, secondo Schein e Bennis, scaturisce dal contrasto fra ciò che è abitudinario, ovvio e immutabile, e l'ambiguità del gruppo T non strutturato.

Come motto può valere il proverbio: « L'ultima cosa che il pesce scopre è l'acqua ».

Ed è poi l'uomo moderno, apparentemente così sicuro di sé e integrato, a trovarsi « in secca » in questa situazione, il che provoca stupore e disponibilità ad apprendere.

Il *sensitivity training* ha l'effetto, in parte di uno shock, quasi di uno smascheramento, in parte di una rivelazione lenta ma tenace soprattutto là dove inconsciamente ci si era trincerati o si erano create scappatoie fin troppo eleganti. I singoli stadi dello *unfreezing* possono essere d'altronde diretti individualmente, transitivi, a messo o fuso, il

rinforzo etc., e tuttavia essi richiedono la dinamica dell'intero gruppo. L'esercizio comune all'interno del gruppo rende più facile al singolo imparare la propria « lezione » personale, in quanto la crescente apertura e l'accettazione degli altri aiutano a rivedere i propri meccanismi di difesa.

Il *sensitivity training* significa, per quanto concerne la tecnica del *feedback*, una liberazione interna che consente più differenziate possibilità di comprensione e di espressione, mentre, per quanto riguarda lo *unfreezing*, significa una « evasione dalla routine » spesso stupefacente per l'ambiente quotidiano di persone laureate.

Per equilibrare l'unilateralità del training che si avvale solo del procedimento verbale, sono state introdotte aggiuntivamente da singoli trainers esercizi di espressione non verbale. Questi non hanno trovato finora un riconoscimento generale, soprattutto per alcuni punti di contatto con certi metodi di ginnastica o di yoga. Anche la normale seduta di gruppo è accompagnata da espressioni mimiche e pantomimiche che possono venire interpretate nel contesto del processo di gruppo. Si è verificato nel corso di esercizi di espressione costruiti sistematicamente che questi abbiano un effetto assai liberatorio e alleviante soprattutto in persone intellettualmente o volitivamente unilaterali.

Poco tempo fa è stato pubblicato un servizio sull'istituto Esalen in California, dal quale risulta che il *sensitivity training* è stato assimilato alla tecnica del « *body awareness* », definita come « l'ultimo grido della psicologia amer-

cana contemporanea ». Il trainer tenendo in mano un foglio di carta, invita un soggetto a immaginare intensamente di essere quello stesso foglio. Quando poi l'insegnante appallottola il pezzo di carta, il soggetto sensitivo si contorce, si sente male fisicamente, e quando la carta viene gettata via, crolla. Questo esercizio meditativo ha riempito le colonne dei nostri giornali provocando per lo più benevola commiserazione. Ciò facendo si dimentica peraltro che « sentire » indica non soltanto processi psichici e fisici ma anche, di solito, sensazioni corporee oppure, in una rappresentazione plastica, il « sentimento di sé ». Gli esercizi consistono non soltanto nel dar vita a pantomime il più possibilmente artistiche, ma piuttosto nel cercare di tradurre singoli processi psichici in movimento. Per esempio, accompagnata da una musica adeguata, una corsa individuale con un'immaginaria palla può trasformarsi automaticamente in un gioco collettivo. In esercizi collettivi (Partner-Übungen) i partecipanti sentono per esempio un mutamento di direzione, la resistenza o la cedevolezza, l'addossare un peso o il sorreggere preoccupato. La capacità di adattamento o l'irritazione quando cambia il ritmo può essere altrettanto eloquente dell'azione simultanea di un gruppo in una specie di carosello. La sensazione di essere accettati e di far parte di un gruppo viene provata da taluni più intensamente in un movimento comune che in un colloquio. Tutto questo non comporta soltanto un acting out, ma l'avviamento a un rapporto differenziato

cida recezione e adeguata restituzione, fra coraggioso esporsi e una serena accettazione delle diverse reazioni.

In base alle esperienze compiute sarebbe più che giustificato un ulteriore ampliamento nell'ambito degli esercizi espressivi non verbali. Ciò potrebbe avvenire in un sistema elastico simile a quello della ludo-terapia, nella quale si comincia, per es., col calpestare palloncini e col dipingere con le dita, si continua con il teatro di burattini e con tiri al bersaglio, fino a giungere alla formazione di vere e proprie opere e allo scambio di ruoli.

II

Il collegamento del *sensitivity training* con l'indagine scientifica non è automatico, tanto più che l'introduzione di tests o esperimenti particolari può frenare il decorso del training.

I procedimenti di dinamica di gruppo offrono comunque il vantaggio di potersi basare sui risultati di estese analisi qualitative. Lo studio relativo a piccoli gruppi, eseguito sistematicamente soprattutto negli U.S.A., comprende infatti già più di 6.000 pubblicazioni. Se si aggiunge anche il materiale d'indagine psicoterapeutico, si potrebbe pensare che la conoscenza sperimentale delle modificazioni di comportamento all'interno dei gruppi, sia sufficientemente estesa. In realtà non è così, e ciò viene constatato con rammarico proprio dagli studiosi, consci delle difficoltà di una valutazione obiettiva dei risultati positivi ottenuti con il training.

mi di ricerca, peraltro iniziati appena da un anno, e che, perciò, non hanno ancora dato risultati definitivi. Il primo progetto è dedicato all'indagine delle determinanti d'interazione che agiscono nel *sensitivity training*.

Con la collaborazione della Deutsche Forschungsgemeinschaft si poté dare l'avvio a un programma che per il momento ha usato i seguenti metodi:

- 1) Tests di personalità e di comportamento, che, proposti prima e dopo un corso di training, danno una misura dei mutamenti e dei successi ottenuti ed una diagnosi di rilevanti variabili della personalità.
- 2) Ratings e questionari che accompagnano il processo di gruppo per fissare le opinioni, le valutazioni e le reazioni emozionali dei partecipanti e che permettono di costruire dei sociogrammi.
- 3) Anamnesi precise, che offrono dati biografici da confrontare col comportamento nel gruppo.
- 4) Registrazioni su nastro, attraverso le quali è possibile analizzare l'intero decorso del training secondo i vari punti di vista.
- 5) Registrazione delle singole interazioni tramite il co-trainer, usando parzialmente le categorie formali di Bales.

Queste indagini accrescono, naturalmente, o stress al quale sono già, di per sé, esposti i partecipanti al training, ed è necessaria molta buona volontà per riempire fino alla fine, più o meno pazientemente, i questionari dei tests.

I partecipanti a questi corsi di training collegati con il programma d'indagine sulle « determinanti interattive » erano

psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali (in posizioni direttive), sociologi, teologi evangelisti e cattolici e insegnanti di ogni ordine di scuola.

Questa scelta presupponeva una certa preparazione psicologica, un particolare interesse professionale per i problemi collegati alla solidarietà umana e nello stesso tempo una varietà di provenienza geografica.

In ogni gruppo erano inoltre inserite partecipanti di sesso femminile, anche se il loro numero risultò inferiore a quello degli uomini, mentre le varie età, dai 25 ai 50 anni erano rappresentate approssimativamente nella stessa misura. La ricerca, oltre alle acquisizioni teoriche sulle determinanti interattive, fu intesa a chiarire se e quanto una razionalizzazione del *sensitivity training* fosse possibile e fruttuosa.

Da una parte la psicologia del profondo afferma che i problemi emozionali e le costellazioni inconsce devono potersi dispiegare liberamente, richiedendo inoltre molto tempo per maturare. D'altra parte aspetti socio-psicologici e di teoria dell'apprendimento suggeriscono una precisa opera di influenzamento per ottenere una ristrutturazione. I risultati dei tests potrebbero in tal senso indicare una soluzione.

Il secondo progetto di ricerca si occupa dei meccanismi di difesa, analizzando le loro connessioni con le variabili della personalità e il loro significato per le interazioni all'interno del gruppo. Erich Coché ha condotto uno studio pilota su quest'argomento, cosicché possiamo già alcuni risultati provvisori che danno una prima impressione su

preliminari e sull'orientamento di questa ricerca.

Dopo aver studiato la letteratura sull'argomento, Coché ha avuto modo di notare per prima cosa che non esiste, finora, un modello di test universalmente riconosciuto per una casistica comprensiva dei meccanismi difensivi.

Nelle indagini preliminari egli ha sperimentato due metodi applicabili nei gruppi, che promettono la possibilità di formulare delle previsioni.

Una scelta di sei tavole TAT, proiettate su diapositive con il testo autografo della storia, e un test di situazione, sviluppato da Coché stesso, che, in versione maschile o femminile, offre 13 brevi scene scritte, nelle quali o si propone un'esigenza istintuale o si provoca un sentimento di colpa.

Dopo ogni scena si deve rispondere, per iscritto, alle seguenti domande: « Che cosa farà lui (lei)? », e « Che cosa penserà lui (lei) in proposito? ».

La « situazione seria » viene creata tramite gruppi comprendenti ciascuno sei studenti e studentesse, in una seduta di 90 minuti corrispondente ad una prima seduta di gruppo T. La conclusione è costituita da domande per la costruzione di un sociogramma e da 2 Rating-scales.

L'elaborazione si estende alla numerazione di alcune categorie di Bales

sul magnetofono. Inoltre per le Ratings-scales sono stati computati dei cosiddetti « Scores di proiezione » e per quanto riguarda il TAT o i Tests di situazione sono stati definiti o registrati alcuni meccanismi difensivi basandosi sul Fenichel.

Da un confronto fra TAT e i tests di situazione sono risultate finora correlazioni significative soltanto per quanto riguarda l'introiezione e la negazione, mentre le liste di meccanismi di difesa più comune si sono dimostrate molto simili in ambedue i tests. È stata confermata l'ipotesi che pazienti (V.p.n) che nei tests sono inclini alla proiezione, dopo la seduta — come dimostrano i Ratings — sono soliti ascrivere facoltà indesiderate piuttosto al gruppo che a se stessi. Tra meccanismi di difesa e categorie interattive il Coché non ha trovato finora alcun sicuro legame, tuttavia pazienti che sono inclini a parlare dei propri sentimenti sembra non tendano a razionalizzare, mentre quelli che si esprimono più spesso in terza persona (« si » invece che « io ») preferiscono alla proiezione altri meccanismi di difesa. Qualora questi risultati provvisori fossero confermati, si potrebbero acquisire, tramite preventive indagini di tests, criteri sicuri tanto per la composizione dei gruppi, quanto per la costituzione programmata del *sensitivity training*.

Gruppo terapeutico	Gruppo Balint	Gruppo di Training
pazienti, sofferenti, inibiti, vulnerabili	1. Partecipanti	discenti, non sofferenti, molto diversi, motivati
guarigione, creazione di contatti	2. Scopi	abilità, miglioramento della cooperazione
terapeuta, non membro del gruppo, poiché non paziente, prestigio automatico	3. Posizione del leader	trainer, nessuna distinzione di rango ma conoscenze specifiche, il prestigio deve essere conquistato
protettivo, direttivo, interpretativo	4. Comportamento del leader	passivo, regolativo dell'angoscia che mette a fuoco
per mesi, settimanalmente, ore singole	5. Decorso	una-tre settimane permanentemente in « clausura »
illimitati, distruggere vecchi « patterns »	6. Compiti	funzionalmente limitato, apprendimento di nuovi « patterns »
eterogeneamente strutturato, sussidiario	7. Gruppo	non strutturato, oggetto di se stesso campo d'azione

III

Rifacciamoci ai tratti caratteristici del *sensitivity training* indicati all'inizio e concludiamo precisando in cosa si distingue questa forma dinamica di gruppo dalla terapia di gruppo e dai cosiddetti gruppi Balint (vedi tavola precedente).

Per il *sensitivity training* sono controindicate le nevrosi gravi poiché esse possono bloccare fortemente il lavoro di gruppo; latenti strutture nevrotiche si manifestano facilmente ma nel decorso generale sono di poco disturbo. L'esperienza decisiva che di solito influisce a

lungo sulla singola personalità è la costituzione di un «Noi maturante» (F. Kühnel). Esso sprigiona forze creative, allenta atteggiamenti irrigiditi e induce a una costante disponibilità ad apprendere nell'ambito sociale.

Vorrei concludere questo rendiconto frammentario con un particolare ringraziamento ai miei collaboratori e a tutti i partecipanti ai trinings che mi hanno reso possibile il lavoro di ricerca e con l'auspicio che la dinamica applicata di gruppo si possa dispiegare con successo accanto alla terapia di gruppo anche nei paesi di lingua tedesca.

L'OSPEDALIZZAZIONE DI GIORNO SECONDO LA TEORIA DEI SISTEMI

BORIS ASTRACHAN e Coll.

QUESTO ARTICOLO È COMPARSO IN INGLESE SULLA RIVISTA «ARCHIVE OF GENERAL PSYCHIATRY» VO. 22, GIUGNO 1970, COL TITOLO «SYSTEMS APPROACH TO DAY HOSPITALIZATION». GLI AUTORI LAVORANO PRESSO IL DEPARTMENT OF PSYCHIATRY DELLA SCUOLA DI MEDICINA DELLA YALE UNIVERSITY E PRESSO IL CONNECTICUS MENTAL HEALTH CENTER DI NEW HAVEN.

Per sviluppare con efficacia delle unità di trattamento psichiatrico è necessario comprendere le interazioni tra le finalità e la struttura degli organismi di assistenza. I concetti teorici derivati dalla tecnica dei sistemi (1, 2, 3) possono servire a pianificare e utilizzare le istituzioni di cura. In questo lavoro presenteremo alcuni di questi concetti (ad es., i compiti primari, l'organizzazione come sistema aperto, il controllo dei confini), e li applicheremo ai problemi che si incontrano di solito nella progettazione

di una delle istituzioni più spesso malintese, l'ospedale di giorno.

Compiti primari

Mentre certe organizzazioni possono svolgere molti compiti contemporaneamente, compiti che possono non avere un ordine di priorità persistente per tutta la loro durata, ogni organizzazione ha uno scopo, un *compito primario*, che deve essere assolto affinché l'istituzione sopravviva. Ad esempio un'università deve fornire un'educazione, un ospedale deve effettivamente curare i suoi degenti, una società per azioni deve dare dei profitti, e così via.

Gli ospedali di giorno per persone che soffrono di disturbi mentali sono stati ideati per assolvere a questi compiti primari (4, 5):

- a) un'alternativa all'ospedalizzazione 24 ore su 24;
- b) un sistema di cure transitorie che facilitano il reinserimento nella società di ammalati già ospedalizzati in precedenza;
- c) una cura e delle opportunità di riabilitazione per i pazienti con disturbi mentali cronici;
- d) una struttura che fornisce questi servizi psichiatrici per una comunità che li ha scelti come servizi pubblici necessari.

Possiamo individuare altri compiti primari vedendo lo sviluppo di un appropriato modello di ospedale di giorno

Per esempio: si è detto che gli ospedali di giorno possono fornire una istruzione adeguata per professionisti, e non-professionisti, in tema di salute mentale (6). Nel nostro studio, non consideriamo i rapporti complessi tra servizi e compiti di insegnamento.

In teoria, la struttura di un'organizzazione è progettata per sostenere l'assolvimento del compito primario. Troppo spesso, però, le strutture organizzative crescono a casaccio, man mano che l'organizzazione avanza, quindi possono essere inadeguate, o addirittura ostacolare il servizio. Se la politica organizzativa e le strutture non sono correlate al compito primario, un'organizzazione deve essere destinata a crollare, oppure a ridefinire i suoi compiti primari. Per esempio, un ospedale di giorno che in origine era stato pianificato per fungere da alternativa all'ospedalizzazione a tempo pieno può finire gradualmente e involontariamente, per essere un ospedale cronico per persone con frequenti ricadute, se non si pone un'attenzione sufficiente alla selezione dei degenti ammessi, e alla struttura organizzativa del meccanismo ammissioni/dimissioni. Date queste circostanze, l'ospedale è di fronte ad una scelta: o ridefinire il proprio scopo, oppure ristrutturarsi per raggiungere la ragion d'essere stabilita in origine.

Organizzazione psichiatrica come sistema aperto

Nessuna organizzazione funziona come sistema chiuso, indipendente dal suo

ambiente. Le organizzazioni devono ricevere degli « inputs », elaborarli all'interno del proprio sistema, e restituire all'ambiente i prodotti di questa elaborazione interna; nel caso di organismi che offrono una cura psichiatrica, l'« input » consiste in persone che si definiscono (o sono definite dagli altri) bisognose di un'assistenza che ha a che fare col « problema di vivere ». L'« output » è costituito da persone che — si spera — hanno sintomi disturbanti ridotti, la cui fiducia in sé è aumentata, e la cui capacità di confrontarsi con le relazioni interpersonali, il lavoro etc. si è accresciuta.

Il sistema di conversione dell'organismo è quindi diretto allo scopo primario, quello di aiutare la gente che entra a *cambiare*. Trattandosi di « outputs » coronati da successo, devono corrispondere a certi criteri di « miglioramento », che possono essere, in una data organizzazione, definiti bene o definiti male. È maledettamente difficile valutare i programmi nel campo dell'igiene mentale. I problemi metodologici di valutazione dei risultati sono gravi. La riluttanza dei medici e degli amministratori, quando si tratta di definire obiettivi programmatici precisi, contribuisce al problema (7, 8). Questa mancanza di precisione ha condotto a generalizzare eccessivamente i meriti dell'ospedalizzazione a tempo parziale, in senso ottimista (« tutti i malati mentali si trattano bene ed efficacemente negli O.d.G. »), o i demeriti in senso pessimista (« l'inefficacia di questi ospedali si misura con lo scarso numero di gente che è disposta a frequentarli »).

L'attività che si svolge nel sistema di conversione dipende, ovviamente, dalla filosofia terapeutica e dai suoi valori, dall'abilità e dalla coesione dello staff, dall'organizzazione e dall'intreccio dei ruoli. In molti ospedali moderni, il sistema di conversione comprende la psicoterapia individuale e di gruppo e, spesso, attività dirette a migliorare la funzione del paziente nel suo sistema familiare. Lo scopo primario è di facilitare i mutamenti comportamentali e interpersonali (includendo spesso quelli intrapsichici).

Questa descrizione generalizzata di una organizzazione intesa a fornire assistenza psichiatrica è, naturalmente, semplificata al massimo, per sottolineare il modello di servizio psichiatrico come sistema aperto, che ha continue interazioni col mondo circostante.

Il nostro quadro concettuale deve molto alle elaborazioni di RICE (1) e MILLER & RICE (9). Questo modello schematico, adattato dal loro lavoro, può o non può riferirsi a una struttura formata (o informale).

Il controllo dei confini

Il confine è quello che separa l'organizzazione dal suo ambiente. È l'area di transizione fra ambiente e sistema. L'organizzazione riceve un insieme di stimoli dall'ambiente, ne accetta alcuni, ne rifiuta altri. Questi stimoli possono essere diretti al compito primario dell'organizzazione (ad es., i pazienti da accogliere) oppure possono averci sti-

moli necessari per condurre a buon fine lo scopo prefisso (ad es., personale di varie categorie, alimentazione, medicazioni, attrezzature per la terapia occupazionale). Per semplicità omettiamo quegli stimoli che possono servire ad altri compiti di un'istituzione psichiatrica; per esempio, se esiste un servizio di insegnamento, gli allievi sono degli « inputs », stando al nostro modello. La conversione di un allievo in professionista esperto richiede lo sviluppo strutturale di un servizio di addestramento dato che l'allievo di solito si occupa anche dei degenti, ecco che egli occupa almeno due ruoli nell'organizzazione (quello di studente e quello di curante). Le possibilità di conflitto e di attrito organizzativo sono sterminate. Ogni organizzazione deve mantenere un certo controllo sulla zona di confine. Però i servizi psichiatrici si sono dedicati quasi sempre, e soltanto, ai propri sottosistemi di conversione, e si sono dedicati di meno alle fonti di « input » ai procedimenti di selezione degli ammalati. Inoltre, si è prestata scarsa attenzione ai criteri di dimissione dei pazienti dal sistema. Anche se gli amministratori si rendono conto spesso di dover controllare il flusso di degenti che entrano ed escono dall'istituzione, la questione dei confini dell'organizzazione viene presa in considerazione solo quando i sottosistemi di conversione dell'organizzazione sono soverchiati in qualche maniera. Questo capita quando aumenta la domanda di ricoveri (difficoltà del sistema di accoglimento), o quando esiste uno scarico eccessivo a livello di sottosistema. Per es. durante

la depressione degli anni '30, molti malati che avrebbero potuto mantenersi nella società restavano in ospedale, non avendo un lavoro, o una famiglia che li mantenesse.

Questa tendenza — tendenza a comportarsi come se i confini del nostro servizio avessero a che fare *soltanto* col nostro sistema di conversione e i suoi procedimenti — ha condotto tipicamente a difficoltà di relazione con l'ambiente. Così accade che gli sforzi per intraprendere attività terapeutiche al di fuori dei confini siano irti di difficoltà. Malgrado l'integrazione dei servizi, ed i tentativi di fornire ai malati un'assistenza continua e globale, il problema di mettersi in relazione con medici di famiglia, clubs, centri di riabilitazione etc. rimane grave. Negli O.d.G. forse questo problema è più sentito che nelle istituzioni tradizionali, dato che i degeni e le loro famiglie rimangono connessi ad altre istituzioni nell'ambiente; quindi il problema di integrare i servizi oltre i confini è chiaro allo staff.

L'incapacità a situare con esattezza i confini istituzionali risulta dalle difficoltà degli ospedali psichiatrici, e a sua volta ingenera altre difficoltà. Molte istituzioni psichiatriche non sono capaci a controllare i propri confini. Spesso lo scopo primario dell'istituzione, definito per statuto, limita la possibilità di esercitare un controllo sulle ammissioni di degeni. Le pressioni politiche e comunitarie, oltre ai procedimenti regolamentari, diminuiscono le possibilità di controllare l'« input ». La mancanza di strutture idonee al collocamento di ammalati

difficoltà alla dimissione. Per supplire a questa mancanza di controllo sui confini sono state applicate molte soluzioni che hanno implicazioni deleterie per i pazienti e per l'istituzione. Anzitutto si finisce per ignorare le relazioni fra ospedale e altre strutture di assistenza. Poi un ospedale può tendere ad ammettere e dimettere un numero crescente di pazienti, col sistema della « porta girevole ». Molti ammalati, così; finiscono per non entrare nel sottosistema di trattamento, di conversione. Per proteggere le sue limitate capacità di trattamento, l'ospedale può quindi alzare una barriera fra i suoi sottosistemi di conversione, rifiutando molti candidati alla cura. Altri pazienti saranno controllati amministrativamente, numerati, divisi in categorie, e incorporati rigidamente entro i confini dell'ospedale. I rapporti fra questi pazienti e i loro sistemi di riferimento (famiglia, scuola, lavoro, società) si disgregano.

In questo modo, l'ospedale che non limita i propri confini e il sistema di « input » si trova spesso nella necessità di ignorare i confini tra istituzione e ambiente, e finisce per far controllare quest'area dalle forze amministrative (circolari, pressioni comunitarie, etc.). L'ospedale protegge la sua funzione terapeutica collocando i confini che può controllare intorno ai propri sistemi di conversione. Troppo spesso si trasformano questi confini in barriere, per poter condurre i propri « trattamenti » senza interferenze dall'esterno. Così questi pazienti che si trovano isolati all'interno dell'ospedale sono gli unici ad essere

Quando l'ospedale delimita i suoi confini esterni fra le sue strutture di trattamento, aumenta ancora l'isolamento dall'ambiente. Il paziente finisce per incontrare delle difficoltà, dato che non si è fatta alcuna programmazione per gestire i rapporti tra ospedale e comunità.

Certo, molte organizzazioni istituzionali scoprono che altre istituzioni (specie quelle statali) possono ridefinire il compito primario dell'istituzione ospedaliera, quindi possono distruggere il sistema di conversione. Ad esempio, la legislazione statale può definire come compito istituzionale quello della cura, ma predisporre finanziamenti solo per un trattamento custodialistico. Il pubblico può richiedere un buon « trattamento », ma contemporaneamente insistere sul fatto che i degenti devono essere segregati dalla comunità dei « normali ». In questa situazione, l'ospedale è combattuto tra la sua finalità, e la finalità di proteggere la comunità, che è stata definita dall'esterno. In un sistema del genere, quelli che lavorano in ospedale possono essere enormemente frustrati, dato che non possono assolvere a due compiti alla volta, e si trovano incastrati nella rete dell'ipocrisia.

L'ospedale di giorno come sistema di trattamento

Come abbiamo detto prima, gli O.d.G. possono svolgere una serie di compiti diversi. Lo scopo primario di un ospedale

può essere, per un altro ospedale solo uno scopo marginale. Un ospedale di giorno può curare taluni pazienti e trascurarne altri. Il tentativo di soddisfare un compito primario impone la necessità di differenziare le strutture organizzative, i criteri di lavoro di gruppo, e la gestione. Una volta definiti con chiarezza gli scopi primari è possibile progettare le strutture di cura in modo adeguato. Il progetto di un O.d.G. deve basarsi su una comprensione chiara dei suoi scopi primari. Per iniziare una organizzazione e definirne il compito principale, occorre rispondere a vari quesiti: chi la promuove? Quali sono le priorità dei gruppi che la promuovono (strutture politiche e legislative, gruppi di cittadini, altre istituzioni etc.)? Quali sono le risorse e l'esperienza a disposizione? Quali sono i problemi di maggiore entità (ad es., le necessità dei pazienti cronici, o acuti, oppure adolescenti, tossicomani etc.)? Bisogna anche ricordare che l'O.d.G. esiste solo come struttura di cura collegata ad altri organismi di cura. Per comprendere il funzionamento di un O.d.G. è essenziale studiare le sue relazioni con l'ambiente. Nessuna istituzione, da sola, può andare incontro ai bisogni di tutti i pazienti, e i servizi devono definire ciascuno il proprio campo d'azione, in modo da poter collegare le proprie risorse. (La legge federale istituisce i Centri di Igiene Mentale (PL 88-164, 1963) presuppone che i servizi generali di igiene mentale comprendano un insieme di « elementi essenziali ». I problemi della connessione fra istituzioni che provvedono servizi di questo genere non sono ancora stati

solti. Malgrado la legislazione federale, il collegamento fra questi elementi è ancora potenziale; così accade che i pazienti si trovino in mezzo a diverse istituzioni, e finiscano per essere isolati dalla comunità).

Nel seguito del nostro studio cercheremo di mostrare come la teoria dei sistemi può servire a comprendere e progettare O.d.G. che abbiano compiti primari differenti. Vedremo come un dato compito principale abbia ripercussioni sulla progettazione e sull'organizzazione della gestione.

Ospedali di giorno come alternativa all'ospedalizzazione a tempo pieno

Molti studiosi (8, 10, 11) hanno dimostrato che l'O.d.G. fornisce un'alternativa valida alla ospedalizzazione a tempo pieno. Questi studi hanno mostrato che i due terzi dei pazienti trattati a tempo parziale avrebbero richiesto una ospedalizzazione 24 ore su 24 se l'O.d.G. non fosse stato disponibile. In aggiunta, studi controllati hanno dimostrato che quando i malati sono ricoverati a caso in O.d.G., oppure in ospedale a tempo pieno, i due terzi circa di coloro che sono stati ricoverati in O.d.G. sono rimasti in quelle istituzioni, senza bisogno di trasferimenti in ospedali a tempo pieno. È chiaro quindi che l'alternativa rappresentata dall'O.d.G. è reale.

Per poter corrispondere a questa aspettativa, occorre fare attenzione a un certo numero di istanze fondamentali. Anzitutto, il concetto di O.d.G. è, in questo senso, poco familiare a molti.

tato che, per gli altri servizi sociali, esiste una tendenza a considerare l'O.d.G. come un centro di cura diurna, un servizio per pazienti con disturbi meno seri, invece che un trattamento di scelta per degenti legati all'ospedale. Di conseguenza, occorre preavvertire questi servizi (sociali e sanitari) del fatto che l'O.d.G. è in grado di curare malati che si inviano di routine in ospedali a tempo pieno. Tutto questo può essere — ed è — difficile ad ottenersi, e molti direttori di O.d.G. hanno dovuto aumentare il controllo sulle ammissioni, per incrementarle e sfruttare a fondo la capienza dell'ospedale.

Il criterio di ammissione, per O.d.G. di questo genere, è rappresentato di solito dal giudizio sulla capacità del paziente di rimanere nella società, con un trattamento ospedaliero temporaneo. Di conseguenza, lo staff ospedaliero dovrà indagare per vedere se, nella famiglia e nella comunità, il paziente dispone di risorse bastevoli a garantire una certa sicurezza durante le ore serali e il fine settimana, trascorse al di fuori dell'ospedale. In questo senso, la decisione è spesso influenzata dalla volontà del parentado a partecipare alla cura, piuttosto che dai giudizi sulle caratteristiche che possono influenzare delle decisioni in merito alla trattabilità del paziente.

I vari metodi di trattamento adottati in questi O.d.G. sono simili a quelli adottati nelle « comunità terapeutiche » a tempo pieno. Gli O.d.G., però, si dedicano maggiormente alla terapia di gruppo e di famiglia. I programmi di gruppo aumentano nel paziente il senso

ospedale, e aumentano anche il bisogno di lavorare sui problemi in aiuto degli altri. Promuovendo la collaborazione dei degenti, se ne facilita la socializzazione e si attenua la dipendenza dal personale. La terapia familiare può avere lo scopo di esplorare le modalità di rapporto intrafamiliare, in modo da migliorare la capacità del paziente a restare fuori dell'ospedale.

Un O.d.G. di questo genere può usare anche la farmacoterapia, per modificare e rassicurare il comportamento dei degenti, le loro famiglie, e lo staff, in modo da garantirsi in merito alle ore trascorse al di fuori dell'ospedale.

Ospedali di questo genere avranno naturalmente bisogno di risorse strutturali di sostegno. Molti programmi di cura hanno stabilito di fornire ai malati in crisi una specie di « pensionamento », per qualche pernottamento. Questi ospedali incrementano le relazioni del paziente con la comunità durante i periodi più critici di malattia. O.d.G. così organizzati possono esercitare un controllo sulle tendenze distruttive dei degenti molto minore di quello esercitato negli ospedali a tempo pieno, col sottinteso che il paziente, malgrado la sua malattia, si comporterà con maggior senso di responsabilità. Aspettative del genere da parte dello staff e degli altri pazienti influiscono fortemente sul comportamento del paziente, ma possono anche avere l'effetto contrario. La limitazione del controllo presuppone che le decisioni prese dallo staff da solo (o insieme ai parenti ed ai malati) devono essere riesaminate di continuo, essendovi la necessità di

funzionale dei degenti, le interazioni fra di loro e, naturalmente, i potenziali distruttivi diretti contro di sé o contro gli altri. Un modello di questo tipo presuppone un personale molto numeroso e uno staff clinicamente tanto esperto da poter tollerare un certo grado di insicurezza.

Dato che questo modello è ben radicato nella tradizione medica, si insiste molto sulla « leadership » medica. I centri esecutivi comunitari di solito si basano sulla direzione medica per l'amministrazione di istituzioni sanitarie, senza sapere che tra capacità professionali e competenza amministrativa le relazioni sono limitate. Anche nelle istituzioni si tende a non discriminare le aree di competenza professionale da quelle di competenza amministrativa. Spesso uno staff medico, con limitata competenza amministrativa, è collocato in una posizione di grande responsabilità amministrativa. Troppo spesso gli amministratori medici considerano l'amministrazione di attività professionali come proprio compito, ignorando altre aree, e delegando la gestione dell'organizzazione ad altri, che possono non aver nulla a che fare con gli obiettivi principali dell'organizzazione. La gestione richiesta da una istituzione di questo genere esige di saper trattare con problemi di pazienti acuti. In questo senso, le capacità professionali sono importanti. La gestione deve anche svilupparsi per interagire con efficacia con altre istituzioni, ad esempio per le dimissioni dei pazienti e il loro collocamento. In questo senso, sono necessarie delle capacità amministrative

o sviluppo di questa alternativa all'ospedalizzazione 24 ore su 24 è stata economica, piuttosto che teorica o filosofica (13). Prima che passasse la legge federale sui Centri di Igiene Mentale, programmi di questo tipo sono sempre stati negli U.S.A., lenti a svilupparsi. Questa legge ha proposto modi nuovi sia di trattare i pazienti, sia di finanziare i trattamenti. Anche se, prima dell'ultima guerra, gli schemi di assicurazione individuale contro le malattie ebbero un successo straordinario, quegli schemi non prevedevano le malattie mentali (in certa misura, perché le società di assicurazione erano persuase che includere il rimborso di tali malattie le avrebbe condotte alla bancarotta). Grosso modo in quel periodo il sindacato dei lavoratori dell'automobile promosse un ampio programma di assicurazioni contro le malattie, che inglobava il trattamento diurno. Una volta sviluppatosi questo ed altri programmi, anche le società di assicurazione hanno finito per assicurare il rimborso dell'ospedalizzazione parziale.

I costi finanziari dell'ospedalizzazione parziale non sono ancora stati calcolati con precisione (14), ma è ragionevole pensare che l'ospedalizzazione a tempo parziale costi poco più della metà dell'ospedalizzazione a tempo pieno.

Tuttavia, malgrado questo vantaggio, è stato difficile sostenere l'ospedalizzazione parziale come alternativa a quella totale. In certa misura, questo può dipendere dallo sviluppo di servizi complementari, dal fatto che molti confondono gli O.d.G. con i centri ambulatori

molto esperto e motivato. (La proliferazione dei periodi a tempo pieno per pazienti in crisi, ricoverati per periodi molto brevi, può limitare la necessità di costruire nuovi O.d.G. Questi reparti d'emergenza hanno molti degli stessi compiti e un maggiore controllo sul comportamento distruttivo [15, 16]. Tuttavia non sono una struttura che consenta la cura una volta trascorso l'episodio acuto).

Il rientro nella società

Il secondo tipo di O.d.G. può essere utilizzato in vaste strutture ospedaliere, al fine di favorire il reinserimento dei degenti nella società e nella famiglia (17, 18). Un O.d.G. di questo tipo svolge una funzione « di confine » tra l'istituzione medico-psichiatrica e la società. Perciò è inserito nel problema di ogni struttura di confine, quello di mediare tra le necessità dei due sistemi a cui partecipa (ad esempio le necessità del servizio medico e al contempo le necessità della società, cercando di fornire un servizio che soddisfi ambedue). Esiste, certo, il pericolo che l'O.d.G. sia disgregato dalle richieste dei due sistemi fra cui si articola, ma esiste anche la possibilità di sviluppare programmi nuovi e stimolanti. Può funzionare come componente del sistema di dimissioni di un ospedale più grande, accentuando il contatto tra l'intero ospedale e la comunità che serve. Un ospedale di questo genere può funzionare giorno e notte, oppure avere una sua autonomia. Nel primo caso, l'ospedalizzazione

sociale», paragonabile al fatto di ottenere certi privilegi in un reparto. Se lo si utilizza in questo senso, l'O.d.G. può fornire, nell'ambito del processo di miglioramento, un vantaggio secondario non indifferente. Un programma simile può abbreviare la degenza. Talora, in reparti di questo tipo si sviluppano rivalità basate su conflitti di gruppo. I degenti nell'O.d.G. possono sentirsi differenti, « migliori »; o al contrario possono sentirsi deprivati, non più sottoposti ad una « cura vera ». Se in uno stesso reparto lo stesso staff cura ammalati diurni e ammalati a tempo pieno, la possibilità di conflitto fra i due gruppi è notevole. Lo staff dell'O.d.G. può finire per considerare un programma parziale di cura (ad es. un programma di riabilitazione) più importante e significativo di attività complessive di tutto il reparto (ad es. l'assemblea di reparto). Quando questi programmi parziali sono inseriti in un reparto di degenti a tempo pieno, è evidente che essi vanno integrati con la massima cura.

Se il programma di trattamento diurno è abbastanza autonomo dai reparti di degenza a tempo pieno, vanno stabiliti chiari criteri di rapporto, oppure molte relazioni terapeutiche saranno disgregate da conflitti fra gruppi.

Il problema di conversione, negli O.d.G. che assolvono queste funzioni, è stato incentrato soprattutto su attività di risocializzazione e su attività di riabilitazione lavorativa. Un'altra attività importante è il rapporto attivo con le famiglie. Dato che si tende a valutare la salute del degente, piuttosto che la sua

sere incentrati sulla responsabilità, la franchezza ed il coinvolgimento decisionale dei degenti.

In questo schema i medici devono facilitare la transizione dei degenti dai reparti a tempo pieno ai reparti a tempo parziale; inoltre, continuano a regolare gli aspetti medici e psichiatrici del trattamento. Tuttavia, considerato che lo scopo di questa struttura è quello di restituire i degenti alla società, assistenti sociali, infermieri, personale occupazionale e di riabilitazione hanno tutte le possibilità di facilitare il ritorno dei degenti in famiglia e al lavoro. Ad esempio, mediante programmi che aiutino le giovani madri a trattare e crescere i propri bambini, o programmi di visite a domicilio per fornire un'assistenza diretta ai pazienti che escono dall'ospedale, in modo da facilitare il rientro nella società. La gestione del reparto ha il compito di sviluppare relazioni valide con l'ospedale e con la comunità, e questo compito deve essere assunto dalla direzione del reparto. La tecnica medica e professionale può essere fornita su base consultiva. Quando i finanziamenti e gli appoggi provengono da enti governativi (statali o federali), per la direzione di questi reparti il problema di sviluppare programmi di trattamento avanzati è molto arduo. Tutti i procedimenti, stabiliti o in programma, possono definire il funzionamento del reparto senza considerare il compito specifico del reparto. Procedimenti definiti in altri ambiti, e in altri periodi, possono aver a che fare con lo sforzo di assol-

La riabilitazione dei malati cronici

Questo modello di cura presenta molte analogie con quello che abbiamo appena descritto, ma avendo lo scopo di servire a una popolazione di degenti cronici ha delle finalità più limitate. Dato che i pazienti, trattati secondo questo modello di O.d.G., non possono raggiungere un alto livello di efficienza, i criteri di valutazione del loro miglioramento sono meno esigenti. Un criterio può essere quello di giudicare un successo l'incremento nel campo di attività di degenti con problemi nevrotici gravi, oppure il fatto di mantenere degli psicotici al di fuori dei reparti per lungodegenti del sistema ospedaliero statale.

Una struttura di questo tipo può trovarsi nell'ambito di istituzioni psichiatriche, oppure essere indipendente da esse; il programma è un programma di riabilitazione e rieducazione, rivolto a degenti psicotici, nevrotici, o ambedue i casi (JONES e Coll., 19; FREEMAN, 20). Può trarre giovamento dalla consultazione psichiatrica, ma ovviamente non ha bisogno di essere organizzato come un'istituzione psichiatrica. La dirigenza medica non dev'essere molto accentuata. Il programma di cura è integrato da programmi di riabilitazione: esperienza di socializzazione, esperienze di lavoro, e ambienti protetti (case-famiglia, ostelli e, a volte, laboratori protetti). L'organizzazione di queste attività non è stata di solito inclusa nell'area di competenza degli psichiatri professionisti, ma troppo spesso non è stata neanche inclusa nell'area di competenza di qualche altro.

necessitano di personale con capacità specifiche nel campo della riabilitazione della terapia occupazionale. Il personale infermieristico è, gradualmente, addestrato per assolvere a questi compiti (21). La dirigenza dello staff deve avere la capacità concernente le attività di riabilitazione, così come deve sviluppare relazioni efficaci con le organizzazioni della società e gli enti pubblici.

Dati i rapporti con l'ambiente, le interazioni di confine di questo O.d.G. devono essere dirette con costanza all'assolvimento del suo compito primario. Questi rapporti non possono essere visti alla stessa stregua dei rapporti fra ambiente e gli O.d.G. di cui abbiamo esaminati i modelli. Non bisogna neppure che gli altri enti che si occupano di riabilitazione si aspettino molto dal suo lavoro. Bisogna essere preparati continuamente ad aiutare le famiglie e le istituzioni riguardo al loro principale problema, quello di aver a che fare con persone che hanno disturbi a lungo termine in famiglia, o nei rapporti con gli enti. Se non si pone questa attenzione, sarà impossibile realizzare il collocamento nei laboratori e nelle case-famiglia, e le famiglie cercheranno di ospedalizzare il parente.

Servizi psichiatrici per una comunità specificamente definita

Un O.d.G. organizzato per fornire un servizio specifico a una data comunità deve, necessariamente, definire il suo scopo in relazione ai bisogni della comunità, come ad es. la cura dei malati

servizio è organizzato in maniera tale da consentire alla comunità una definizione delle finalità terapeutiche (ad es., la comunità ottiene i finanziamenti, stabilisce le priorità, e stipendia il personale che porta avanti il programma), o almeno in modo da consentire una partecipazione della comunità alla gestione terapeutica (ad es., i membri della comunità partecipano ai momenti decisionali dell'istituzione e aiutano a definire il programma).

Per sopravvivere, l'ospedale deve andare incontro alle necessità articolate di una data comunità, invece che agli standards abitudinari del gruppo professionale. L'ospedale dipende più dall'approvazione della comunità che dalla buona volontà dei professionisti, sotto forma di sostegno professionale e integrazione con altri enti pubblici. Basandosi sull'interazione con la comunità, l'O.d.G. deve essere pronto a modificare politica e programmi pratici. Una data comunità, per esempio può esprimere il bisogno di curare più gli etilisti e i tossicomani che i depressi cronici, oppure sfruttare strutture di riabilitazione per i tossicomani invece che per gli psicotici acuti. Se un O.d.G. di questo tipo vuole andare avanti, deve mantenere una certa « credibilità » nei confronti della comunità; in altre parole i suoi valori devono coincidere con quelli della comunità. Dato che il compito principale di questo ospedale è quello di servire una data comunità in piena collaborazione, è anche augurabile che le caratteristiche etniche e razziali dello staff riflettano quelle della comunità ser-

In quest'ambito esiste un pericolo conspicuo: quello che la dirigenza dell'ospedale non riesca a stabilire quali sono i suoi compiti. Se la definizione delle possibilità tecniche dell'ospedale manca di chiarezza, si finisce per fare promesse che non si possono mantenere, e sopravvalutare le proprie risorse. L'organizzazione di un ospedale simile deve tener conto sia delle necessità della comunità, sia delle capacità dello staff. Programmando l'organizzazione di questo tipo di O.d.G., bisogna definire i limiti e i programmi di cura *prima* di scegliere lo staff, se possibile, in modo da impiegare uno staff con capacità appropriate, oppure modificare uno staff già esistente.

Bisogna prepararsi a fronteggiare molte domande da parte della comunità, talvolta contraddittorie, alcune legittime (ad es., che si riferiscono a programmi già esistenti o insistono su nuove priorità nell'ambito delle possibilità dell'ospedale), altre che non tengono conto del campo d'intervento o delle risorse a disposizione. Non bisogna farsi intrappolare in finalità che non si possono raggiungere, a meno di non dissipare le risorse, frustrare le aspirazioni comunitarie, legittime, di una « cura più appropriata », e demoralizzare i membri dello staff ridefinendo continuamente gli scopi, con mancanza di successi.

Per questo tipo di istituzione, i problemi di confine sono evidenti. Ci si chiederà: chi rappresenta l'O.d.G., l'istituzione-madre o la comunità? Come si colloca l'O.d.G. fra questi due sistemi? Riesce a identificare chiaramente *che*

senta? Come riesce a mantenere la sua integrità nella situazione in cui i suoi confini sono continuamente cimentati? È possibile, nei fatti, che gli O.d.G. di questo tipo siano utilizzati dall'istituzione-madre per localizzare i disturbi di confine al di fuori dell'istituzione centrale, e conferire a quest'ultima un certo grado di autonomia e stabilità.

Conclusioni

Un dato O.d.G. può perseguire solo il suo compito primario, o perseguire delle finalità di vario genere. Tutti i compiti secondari avranno, naturalmente, l'effetto di interferire con lo scopo principale, e impedire all'O.d.G. le possibilità di assolverlo. Quindi la ricerca di finalità molteplici comporta dei conflitti all'interno dello staff, dato che una certa parte di esso rappresenterà una determinata area di interesse contro un'altra parte dello staff rappresentante di un'altra area. È probabile che lo scopo consistente nel facilitare il reinseri-

mento del degente nella società, e quello di fornirgli una riabilitazione, possano essere facilmente combinati assieme, dato che lo staff può elaborare dei metodi che permettano ambedue le operazioni nello stesso ambito. È possibile che si possa contemporaneamente fornire un trattamento per acuti e facilitare il reinserimento nella società (ciò è probabilmente possibile solo a patto di allargare lo staff, e arricchirlo con una certa specializzazione riguardo a questi scopi). È molto difficile, però, pensare che tutte le finalità che abbiamo descritte possano essere collocate all'interno di una sola struttura a tempo parziale, e, ovviamente, è ancor più difficile pensare a come questa molteplicità di scopi possa essere sistemata in una struttura che, in aggiunta, ha l'importante compito di istruire laureati e non-laureati. Se si vuole assicurare la sopravvivenza dell'organizzazione occorre scegliere finalità e priorità. L'ospedalizzazione parziale è un sistema troppo promettente per lasciare al caso la necessità di un'analisi sistematica del suo ruolo.

BIBLIOGRAFIA

1. RICE A.K.: *The Enterprise and Its Environment*. London, Tavistock Publications, 1964.
2. BUCKLEY W.: *Modern Systems Research for the Behavioral Scientist*. Chicago, Aldine Press, 1968.
3. VON BERTALANFFY L.: *General Systems Theory*. New York, George Braziller, 1968.

5. KRAMER B.M.: Day Hospital: A Study of Partial Hospitalization in Psychiatry. New York, Grune & Stratton Inc., 1962.
6. ALMOND R., ASTRACHAN B.M.: Social systems training for psychiatric residents. *Psychiatry* 32: 277-291, 1969.
7. DOHRENWEND B.P., DOHRENWEND B.S.: The problem of validity in field studies of psychological disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 70: 52-69, 1965.
8. GUY W., GROSS M., HOGARTY G.E. e al.: A controlled evaluation of day hospital effectiveness. *Arch. Gen. Psychiat.* 20: 329-338, 1969.
9. MILLER E.J., RICE A.K.: *Systems of Organization*. London, Tavistock Publications, 1967.
10. ZWERLING I., WILDER J.F.: An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *Israel Ann. Psychiat.* 2: 162-185, 1964.
11. WILDER J.F., LEVIN G., ZWERLING I.: A two year follow-up evaluation of acute psychiatric patients treated in a day hospital. *Amer. J. Psychiat.* 122: 1095-1101, 1966.
12. HOGARTY G.E., DENNIS H., GUY W. e al.: «Who goes there»: A critical evaluation of admission to a psychiatric day hospital. *Amer. J. Psychiat.* 124: 94-104, 1968.
13. GLASCOTE R.M., KRAFT A.M., GLASSMAN S.M. e al.: *Partial Hospitalization of the Mentally Ill*. Washington, DC, Joint Information Service, American Psychiatric Association, American Association for Mental Health, 1969.
14. MCCAFFREE K.M.: The economic basis for the development of community mental health programs. *Med. Care* 6: N. 4, 1968.
15. THOMAS C.S., WEISMAN G.: *Emergency planning: The practical and Theoretical backdrop to an emergency treatment unit*. *Int. J. Soc. Psychiat.*, to be published.
16. LANGSLEY D.G., PITTMAN F.S., MACHOTKA P. e al.: Family crisis therapy: Results and implications. *Family Process* 7: 145-158, 1968.
17. GOSHEN C.: New concepts of psychiatric care with special reference to the day hospital. *Amer. J. Psychiat.* 115: 808-811, 1959.
18. BABAYAN E.A.: The organization of psychiatric services in the USSR. *Int. J. Psychiat.* 1: 31-35, 1965.
19. JONES A.L., CORMACK G., BOW L.: Wither the day hospital. *Amer. J. Psychiat.* 119: 973-977, 1963.
20. FREEMAN P.: Treatment of chronic schizophrenia in a day center. *Arch. Gen. Psychiat.* 7: 259-265, 1962.
21. ROBINSON R., ROMAN M.: New directions for the Psychiatric aide. *Nurs Outlook* 14: 27-30, 1966.

IL PRIMO VIAGGIO: CRISI ESISTENZIALE E PRIMA ESPERIENZA CON GLI ALLUCINOGENI

HERTA A. GUTTMAN

« THE FIRST TRIP: LIFE CRISIS AND THE FIRST EXPERIENCE WITH HALUCINOGENIC DRUGS » È IL TITOLO ORIGINALE DEL LAVORO, COMPARSO SU « THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE » VOL. 154, N. 6. HERTA GUTTMAN LAVORA COME CLINICAL ASSISTANT IN PSYCHIATRY; ASSOCIATE AND PROJECTS DIRECTOR IN RESEARCH PRESSO L'INSTITUTE OF COMMUNITY AND FAMILY PSYCHIATRY; ASSOCIATE AND PROJECTS DIRECTOR IN RESEARCH PRESSO L'INSTITUTE OF COMMUNITY AND FAMILY PSYCHIATRY DELLO JEWISH GENERAL HOSPITAL DI QUEBEC.

In questo saggio, è suggerita l'ipotesi che la prima esperienza con la droga spesso si verifichi durante una crisi esistenziale che richiede un più alto grado di autonomia personale. Da una parte

la persona desidera essere autosufficiente; dall'altra, egli desidera regredire ad uno stadio di maggior dipendenza. Assumendo droga, egli inconsciamente spera di risolvere questo dilemma, rendendosi incapace di lottare, senza però sentirsi colpevole di questa incapacità. Per illustrare questa dinamica sono qui presentate tre storie di casi. L'uso della droga può anche essere dovuto all'opposto desiderio, quello di diventare più capace e adatto a lottare con le difficoltà. Tale inconscio meccanismo può spesso determinare il primo uso della droga e può anche spiegare il perché molte persone sono solo drogati occasionali. L'abituale uso di droga può verificarsi se sono rilevabili fattori concomitanti di depressione e di alienazione, o se sono provati il piacere e l'intensità di assunzione.

Negli ultimi anni si è verificato un crescente interesse per il significato culturale e sociale dell'uso diffuso della droga. La maggior parte degli studi psichiatrici si sono divisi su questi aspetti o li hanno trattati insieme alla psicofarmacologia di queste droghe. Relativamente poco è stato scritto sul significato, « idiosincrasico » e simbolico, che esse hanno per l'individuo che le usa.

La maggior parte dei pazienti giunti alla visita psichiatrica sono drogati abituali, ospedalizzati per psicosi tossiche e funzionali dovute all'assunzione di droghe (2, 3, 5, 10, 12). Il numero di pazienti psicotici, permanentemente schizofrenici o *borderline*, è spesso sproporzionalmente alto (3.5.10). Per queste ragioni

le conclusioni tratte da questi studi non sono probabilmente applicabili alla maggioranza dei drogati.

È in aumento il numero di pazienti che entrano in psicoterapia quando hanno la loro prima esperienza con una particolare droga. In tali circostanze, il terapeuta entra subito in contatto con le situazioni di vita, remote ed attuali, che hanno contribuito alla decisione di usare droghe in una data circostanza. Per di più, può delineare con maggiore chiarezza i fattori individuali determinanti questa decisione e può formulare alcune ipotesi sulle psicodinamiche del primo « viaggio ». È mia opinione che, in alcuni casi, la persona prende droghe nel corso di una critica situazione esistenziale dato che ha paura di fallire l'incontro con queste nuove e traumatizzanti necessità. Il paziente inconsciamente spera che la droga lo renderà incapace di lottare con la situazione, così da poter regredire a un livello più immaturo e dipendente di funzionalità personale, senza sentirsi colpevole, irresponsabile e inadeguato. Le storie dei seguenti casi illustrano questo meccanismo.

1° CASO

Una ragazza di 19 anni era stata ammessa alla visita psichiatrica dopo aver ingerito 50 aspirine perché si sentiva abbandonata dal suo ragazzo che era andato in vacanza senza di lei. Non aveva mai preso droga di alcun tipo.

La paziente trascorse tre mesi in

divenuto palese che la paura d'essere abbandonata era il maggior fattore psicodiagnostico nella struttura caratteriale di questa ragazza, che era stata data in adozione dalla vera madre quando aveva nove mesi. Ella si ricordava di sue ripetute richieste affettive, rivolte ai suoi genitori adottivi, del tipo: « Mi volete bene? ». Questo tema ricorreva nella psicoterapia nel suo costante bisogno di essere assicurata che il terapeuta la proteggesse.

Sei mesi più tardi e due giorni prima che il terapeuta partisse per una vacanza, la paziente prese LSD per la prima volta. Ebbe allucinazioni visive colorate ed episodi di panico durante l'esperienza ma non divenne psicotica. La mattina dopo telefonò al terapeuta, lo informò che aveva ingerito LSD, e stabilì che stava ancora « viaggiando ». Poche ore dopo, cessato l'effetto, le fu data clorpromazina come precauzione. Durante i due anni seguenti di psicoterapia questa paziente non prese mai LSD.

Commento. Risulta evidente la reazione della paziente al timore di un nuovo abbandono. Il suo inconscio desiderio sembrava essere duplice: da un lato la droga la rendeva euforica, e le alleviava le sgradevoli sensazioni di dipendenza, e dall'altra la rendeva abbastanza malata per chiedere al dottore aiuto e un eventuale ricovero. Con ciò, poteva ad un tempo colmare i suoi bisogni di dipendenza e vendicarsi del terapeuta, che la abbandonava come avevano fatto il ragazzo e la madre vera.

2° CASO

Un giovane di 24 anni visitato in un reparto psichiatrico perché era costantemente ossessionato dal timore che il suo pene fosse troppo piccolo. Aveva avuto poche esperienze sessuali, era spesso impotente e aveva eiaculazioni precoci, ma non aveva avuto esperienze omosessuali o paure cosce di omosessualità. Il paziente aveva molte ossessioni e dubbi, ma questi processi mentali non erano psicotici.

Fu seguito in psicoterapia due volte alla settimana per 10 mesi. In questo periodo si fidanzò. Tre mesi prima del matrimonio, divenne via via più ansioso circa la sua potenza sessuale, la sua capacità di mantenere una moglie, l'andare via dalla casa dei suoi e l'abbandono del suo terapeuta, che si trasferiva ad un altro ospedale. Esprese la preoccupazione di diventare pazzo e di perdere il controllo.

A questo punto il paziente fumò marijuana per la prima volta. Divenne in tal modo disinibito e rilassato; ma, dopo un po', cominciò a pensare che gli altri dicevano che lui era omosessuale. Divenne infantile e sciocco e pensò di diventare pazzo.

Commento. Il paziente ha preso marijuana nell'inconscio desiderio che ciò avrebbe alleviato la tensione e l'ansietà. A livello inconscio egli probabilmente desiderava ammalarsi, così da non dover mantenere una moglie e provare la sua potenza sessuale, né perdere il conforto di vivere con i suoi genitori e di avere il trattamento psichiatrico. Entram-

bi i desideri sono evidenti nelle sue sensazioni durante l'esperienza della droga.

3° CASO

Una studentessa di 20, al suo ultimo anno di college, si sottopose al trattamento perché sentiva di essere completamente passiva e dipendente dai ragazzi e perché diveniva depressa ogni volta che una relazione finiva. Ella inoltre non sapeva decidersi se, dopo aver finito il college, doveva prendersi un anno a viaggiare, andare all'università o cercarsi un lavoro per un anno. La paziente prendeva regolarmente canapa da tre anni ma niente altro.

Al livello conscio, questa paziente rigettava violentemente i valori della media borghesia alla quale appartenevano i genitori; ancora, nel corso della terapia, divenne consapevole che ella desiderava anche moltissimo la loro approvazione e la loro protezione. Una volta divenuta consapevole di questo conflitto, poté più facilmente districarsi nelle sue motivazioni e autonomamente decidere del suo futuro.

La paziente decise di andare all'università subito dopo il college. Pochi giorni dopo aver raggiunto questa difficile decisione, prese LSD per la prima volta. Durante l'esperienza con la droga ebbe alcune allucinazioni spaventose ma era capace di rassicurare se stessa e non ebbe alcun effetto posteriore notevole.

Commento. La stessa paziente motivò questo incidente come la sua risposta

personale a una separazione imminente. Benché sentisse che l'LSD era potenzialmente dannoso, ella passivamente lo prendeva. A posteriori, si rese conto che era divenuta ansiosa per il fatto di dover abbandonare la casa, ed era particolarmente preoccupata dalla responsabilità di dover avere giudizio nell'uso della droga, nel comportamento sessuale e nell'impegno politico radicale. Quando, una volta lasciata la casa dei genitori, non avrebbe più avuto il controllo esterno. Ella capì che forse aveva operato di rovinarsi sotto l'effetto dell'LSD, per cui smise di desiderare di lasciare la casa dei suoi e divenne veramente autonoma e responsabile.

Discussione

Il ricorso agli allucinogeni è spiegato di solito dalla loro capacità di alleviare l'ansia, di dare piacere, di diminuire le sensazioni depressive col loro effetto euforizzante, e/o di soddisfare le richieste di dipendenza di tipo orale (2, 5, 10). Alcuni sperano di sopraffare la sensazione di vuoto e di alienazione sperimentando l'unione cosmica con l'ambiente circostante (2, 6, 12).

Molti scrittori attribuiscono l'uso della droga alla depressione sottostante (5, 11, 12). Comunque, la depressione che essi descrivono sembra più simile alla giovanile « *Weltschmerz* » descritta dai romanzieri di generazioni passate (4, 7, 8) piuttosto che alla classica sindrome depressiva. L'usare lo stesso termine per tali due differenti stati crea confusione da un punto di vista nosologico ed è vano nel definire la situazione

psicodinamica. Probabilmente c'è un sottogruppo di drogati abituali che giungono all'attenzione psichiatrica perché sono depressi, ma essi non sono rappresentativi della maggioranza dei giovani. Invece parecchi studi sui college indicano che la maggioranza degli studenti usa droga saltuariamente (9).

ADAM e LOHRENZ sottolineano che l'uso della droga non è altro che il più recente metodo dei giovani per conoscere se stessi, e suggeriscono che questo serve non solo per allontanare confusione, curiosità e dolore, che i più provano a volte, ma serve anche per definire i limiti della propria mente e della capacità di padroneggiare se stessi (1). Questa interpretazione rende comprensibile l'atteggiamento dei giovani descritti in questo saggio, neurotici ma, nella maggior parte delle loro manifestazioni, perfettamente normali.

Per contro i 15 pazienti studiati da GLICKMAN e BLUMENFELD (3) erano tutti ricoverati per reazioni psicotiche conseguenti all'ingestione di LSD. Gli autori concludono che essi stavano attraversando una crisi esistenziale e inconsciamente speravano che la droga li rendesse più potenti e capaci di lottare con la situazione.

Tre pazienti espressero ciò nelle loro deduzioni indotte da LSD, dicendo che si sentivano onnipotenti e come Dio.

I pazienti che ho descritto erano alle prese con una critica situazione. Benché sperassero di diventare più capaci ed efficienti nell'affrontare le situazioni, non divennero psicotici. Tuttavia il loro desiderio prevalente, sembrava essere quello di rearedire a uno stadio di mag-

giore dipendenza. Forse questo significa che avevano una più forte struttura dell'io, che non li faceva precipitare tramite pensieri diabolici e magici ma erano più consci di avere desideri di dipendenza piuttosto che desideri di onnipotenza.

Alla luce delle risultanze cliniche, sembra possibile identificare i fattori psicomodinamici specifici che provocano la prima assunzione. Ciò che è più evidente è la coincidenza con una situazione esistenziale critica, che evoca un conflitto tra il desiderio di dominare l'esperienza e il desiderio di regredire ad uno stadio di maggiore dipendenza. L'uso ripetuto e abituale può essere spiegato da un rinforzo positivo derivato dalla piacevole esperienza con la droga, come conforto per sentimenti di depressione, alienazione ed ansietà o per un nuovo livello di consapevolezza. L'esperienza può es-

sere ripetuta a causa di tali gratificazioni secondarie, piuttosto che per bisogno di risolvere un conflitto acuto.

Quindi da quello che si è visto in questo lavoro, l'uso di droga e la sperimentazione di nuove droghe si verificano molto spesso durante una crisi esistenziale senza diventare un modello abituale. Forse questo avviene perché la maggior parte delle persone gradualmente si evolve e reagisce agli stress in una maniera più matura. Gli sforzi preventivi devono quindi essere diretti a sviluppare metodi per identificare coloro che maggiormente rischiano di diventare drogati abituali piuttosto che focalizzare sui « drug abusers » come un gruppo omogeneo. In questo contesto, il primo « viaggio », come molti altri « primi » della vita, può essere unico e privo di uno specifico significato psicodinamico.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAM K.S., LOHRENZ J.G.: Drug abuse, self abuse, and the abuse of authority. *Canadian Psychiat. Ass. J.*, 15: 79-81, 1970.
2. BOWERS M., CHIPMAN A., SCHWARTZ A., DANN O.T.: Dynamics of psychedelic drug abuse. A clinical study. *Arch. Gen. Psychiat.* (Chicago), 16: 560-566, 1967.
3. GLICKMAN L., BLUMENFELD M.: Psychological determinants of « LSD Reactions ». *J. Nerv. Ment. Dis.* 145: 79-83, 1967.
4. GOETHE J.W. von: *The Sorrows of Young Werther*. Translated into English by William Rose. The Scholastic Press, London, 1929.
5. HEKIMIAN L.J., GERSHON S.: Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. *J. Amer. Med. Ass.*, 205: 125-130, 1968.

7. ROLLAND, ROMAIN: Jean Christophe. Translated into English by Gilbert Cannon. H. Holt, New York, 1910.
8. SALINGER J.D.: The Catcher in the Rye. Little, Brown, Boston, 1951.
9. SMART R.G.: Some current studies of psychoactive and hallucinogenic drug use. *Canad. J. Behav. Sci.*, 2: 232-245, 1970.
0. TORDA C.: LSD users: Character structure and psychodynamic process. *N. Y. J. Med.*, 69: 2243-2247, 1969.
1. UNWIN J.R.: Depression in alienated youth. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 15: 83-86, 1970.
2. WELPTON D.R.: Psychodynamics of chronic LSD use. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 147: 377-385, 1968.

IL POSTO DELL'UMORISMO IN PSICOTERAPIA

WARREN S. POLAND

« BRIEF COMMUNICATION » DE
 « THE JOURNAL OF PSYCHIATRY »,
 128 : 5, NOVEMBRE 1971, DAL TI-
 TOLO ORIGINALE « THE PLACE
 OF HUMOR IN PSYCHOTHERAPY ».
 WARREN S. POLAND È INSTRUCTOR
 PRESSO L'ISTITUTO PSICO-
 ANALITICO DI WASHINGTON.

L'autore ritiene che l'umorismo possa avere un effetto costruttivo nella psicoterapia e descrive due casi in cui esso ha favorito lo sviluppo dell'insight. Prima di usare l'umorismo il terapeuta dovrebbe valutare l'intensità dell'alleanza terapeutica, poiché altrimenti esso può avere un effetto distruttivo. Quando invece l'umor è integrato e spontaneo, denota una buona alleanza terapeutica ed è un utile mezzo per l'intervento del terapeuta.

In un recente contributo alla tecnica della psicoterapia KUBIE (1) trattò della potenza distruttiva dell'*humor* in psicoterapia. Da un punto di vista tecnico i suoi avvertimenti sono ben dati, soprattutto se esso viene impiegato occa-

siogliersi da una situazione imbarazzante esprimendo scarsa considerazione per l'interlocutore.

È mia opinione però che l'umorismo possa anche avere un valore realmente costruttivo come intervento terapeutico e che recenti scoperte della psicoanalisi e della psicologia dell'io e la teoria del controtransfert ci possano chiarire quale è il significato dell'*humor*.

Poiché KUBIE ha fatto notare che i terapeuti evitano di portare esempi del loro uso terapeutico dell'*humor*, io presenterò due casi dal mio lavoro psicanalitico. Tutta la mia esperienza negli ultimi anni è in ambito psicanalitico benché la situazione analitica sia differente da quella delle terapie più brevi. Essa ha più vantaggi dovuti alla possibilità di un più intensivo *follow-up* riguardante gli effetti dell'*humor*. I seguenti commenti, per quanto possano sembrare ovvii riferiti in un articolo stampato, furono trovati divertenti dal paziente e da me e suscitavano ilarità.

1° CASO

Questa paziente era una donna di 40 anni, al suo secondo anno di psicoanalisi con me. All'inizio della prima ora la paziente raccontò con grande collera come suo padre le avesse impedito di vedere i libri che egli considerava essere troppo spinti a causa del loro contenuto sessuale o aggressivo. Da bambina, tutte le volte che chiedeva di poter vedere uno di quei libri, il padre respingeva la sua richiesta con sue

parole: « No, quello è un libro per uomini ».

Poi la paziente cominciò a lamentarsi del marito che si pentiva amaramente di non aver ancora lasciato. Spese altri venti minuti a lamentarsi degli uomini in generale. Dopo parlò della sua insoddisfazione riguardo al suo lavoro analitico con me, soprattutto riguardo al fatto che si sentiva poco capita da me. Giunse a dire che aveva ascoltato un buon commento su Karen Horney ed era molto interessata ad apprendere qualcosa sulla sua teoria dell'auto-analisi (presumibilmente così avrebbe cercato di procurarsi da sola ciò che non aveva ottenuto da me).

A questo punto notò nella mia libreria una copia del libro della Horney. Mi chiese il permesso di prenderlo a prestito, ed io risposi: « No, questo è un libro per uomini! ».

La prima reazione della paziente fu di ridere e di insinuare che io avevo detto ciò per cercare di farla ridere. Il lavoro seguente poi mise in luce le distorsioni del suo transfert paterno.

La paziente sentì la mia battuta come un rinforzo della mia alleanza con lei, usando il fatto di ridere per giungere ad una posizione di maggiore osservazione, invece di rivivere semplicemente un'esperienza precoce. Cioè la paziente disse lo scherzo come un'occasione in cui ella ed io potevamo riallacciarci per osservare il transfert, e la regressione terapeutica era così indotta più direttamente al servizio del suo Io.

L'ovvio pericolo in questo caso è che lo scherzo possa essere stato vissuto

erotico per il padre. Molto più tardi nell'analisi questo fatto venne fuori. Tuttavia questo rischio non sembrò interferire con l'utilità terapeutica del mio intervento, né funzionare come un parametro che non fosse analizzabile in seguito.

2° CASO

Questo paziente era un professionista di 40 anni che aveva il carattere che io chiamo « Sì, ma ». Inizialmente era veramente entusiasta al punto di essere quasi ipomaniaco, poiché si infervorava per tutto ciò che di buono vi è nel mondo. Sfortunatamente a questo punto la sua attenzione era concentrata sulla moglie, così come egli la vedeva.

Anche la fase iniziale del rapporto del paziente con me era improntata al massimo entusiasmo. Era soddisfatto di tutto ciò che dicevo, anche se avevo l'impressione che ciò non cambiasse affatto il suo punto di vista sul mondo o il suo comportamento. Era felice anche quando interpretavo la natura proiettiva di qualche sua difesa maniaca, ma ciò lasciava il suo meccanismo apparentemente intatto.

Dopo circa due mesi l'atteggiamento iniziale del paziente verso di me mutò nella direzione opposta. Per parecchie settimane sembrava che il nostro lavoro fosse dedicato all'analisi da parte sua delle mie pecche, malevolenze e difetti di carattere. Ogni intervento che io facevo era un ulteriore motivo per mettere in evidenza i miei problemi. Natural-

c'era un sottofondo di verità, ma essa era distorta e le mie pecche erano ingrandite, nel suo tentativo di condannarmi. Tentativi di intervento apparvero inutili quando cercavo di far rilevare la natura transferale dei suoi punti di vista e di ristabilire un'alleanza terapeutica.

Ad un certo punto del discorso del paziente sulle mie pecche, egli rifletté: «Dipendevo da ogni sua parola». Con una risata io dissi spontaneamente: «E ora io dipendo da ogni mia parola».

La mia spontaneità saltò fuori nel momento in cui il paziente era stranamente riflessivo. Rise e poté usare questa interpretazione non per porre fine alle sue manovre trasferali di tipo maniacale, ma per realizzare una scissione dell'io sufficiente a permettere un'unione simultanea con me nell'osservare il processo.

Discussione

I due esempi qui riportati, come tutti gli interventi, sono complessi a causa dell'insieme di elementi che essi contemporaneamente in parte chiariscono ed in parte rendono confusi. Riguardo al lavoro susseguente con questi pazienti sono soddisfatto poiché la mia battuta spiritosa servì ad allargare il numero delle associazioni piuttosto che a por loro fine.

Non voglio dire che l'umorismo sia senza pericoli, come è stato scritto da KUBIE (1).

Alcuni pericoli in cui mi sono imbat-

zienti sono stati: l'uso dell'*humor* per agire nel transfert-controtransfert alcune interazioni erotiche ad un livello simbolico, l'uso dell'*humor* per agire e gratificare occultandoli, impulsi sadici ed aggressivi, e l'uso dell'*humor* per nascondere la frustrazione ottenendo una gratificazione narcisistica.

È mia opinione che il criterio più determinante che il terapeuta possa usare per valutare l'utilità dell'umorismo è lo stato dell'alleanza terapeutica. Vi è una maggiore probabilità che il terapeuta usi l'*humor* come uno strumento aggressivo contro il paziente quando l'alleanza è indebolita a causa della estensione della sfera conflittuale dell'io del paziente o della regressione che spinge a ciò. Queste sono le situazioni che RACKER (2) ha descritto come istanze dell'identificazione complementare dell'analista, piuttosto che identificazioni concordanti con il paziente. «L'identificazione concordante è basata sull'introiezione e proiezione... questa parte di te sono io, e... questa parte di me sei tu... Le identificazioni complementari sono prodotte dal fatto che il paziente tratta l'analista come un oggetto interno (proiettato) e di conseguenza l'analista si sente trattato come tale, cioè egli si identifica con l'oggetto» (2, p. 312).

RACKER considerò l'empatia simile all'identificazione concordante e aggiunse: «Nel momento in cui l'analista fallisce nelle identificazioni concordanti e le rigetta, certe identificazioni complementari vengono intensificate» (2, p. 312).

In questa luce possiamo considerare

Quelli che praticano una psicoterapia orientata psicoanaliticamente, così come quelli che praticano essenzialmente una psicoanalisi classica, spesso trovano che la loro resistenza a mettersi in risonanza con la psicologia del paziente sono problemi maggiori dell'*acting out* delle distorsioni controtransferali neurotiche. Per esporre le cose in modo differente, l'ammonimento di Kubie, contrario all'espressione dell'*humor* da parte del giovane terapeuta, deve essere posto in parallelo con il suo corollario: un avvertimento contro la paura di provare e di usare l'*humor* da parte del terapeuta. Nei casi qui descritti l'*humor* era spontaneo ed apprezzato da entrambi, paziente e terapeuta.

Spontaneità

Con « spontaneo » non intendo dire che l'impulso espresso nelle battute spiritose non sia assimilato dall'io prima di essere espresso. Tuttavia molti processi fatti dal lavoro dell'io del terapeuta sono fatti inconsciamente.

Vi è un pericoloso mito che riguarda il perfezionamento in psicoterapia che, sfortunatamente, è spesso identificata con la psicoanalisi. Ciò suggerisce che ogni intervento che l'analista o lo psicoterapeuta fanno, deve essere assolutamente libero da conflitti. Questo punto di vista unilaterale naturalmente ignora il concetto della continuità dell'autonomia secondaria e porta a stereotipi comportamentali che si avvicinano all'assolutezza della morte e sarebbero più appropriati al ruolo del necroforo che a

Consenso

Noi tutti siamo consapevoli dei problemi che insorgono nel tentativo di valutare l'efficacia attuale di una interpretazione, in presenza di un consenso di validità tra dottore e paziente. Ciò che è importante nello stimare la validità è il successivo corso delle associazioni del paziente. Ho presentato due esempi senza trattare del successivo sviluppo della terapia e devo dire che il corso successivo dell'analisi dimostrò non solo la validità ma anche l'utilità delle interpretazioni parziali fatte per mezzo dell'umorismo. Sono stato soprattutto colpito dall'utilità dell'*humor* nei casi come questi, da quando ciò mise in evidenza sorprendenti identificazioni concordanti del terapeuta con il paziente.

Il principio dell'astinenza, che raccomanda che il terapeuta frustri i desideri di gratificazione transferale del paziente, si può applicare solo quando paziente e terapeuta sono insieme, quando c'è qualcosa che può essere genuinamente frustrato. Il silenzio, la distanza ed il distacco non sono necessariamente la prova di un impiego proficuo del principio d'astinenza. Il principio d'astinenza è importante solo nella misura in cui promuove un ulteriore lavoro psicologico da parte del paziente; ma, al pari dell'umorismo, può essere usato per agire impulsi sadici verso il paziente. Come ANNA FREUD (3) pose in rilievo nel contesto dell'analisi, la tecnica non era stata creata per la difesa dell'analista.

spontaneo è indicativo di un altro grado di alleanza tra paziente e terapeuta e testimonia inoltre la presenza di un Io vigile nel paziente. Il fatto che l'*humor* non sia né possa essere uno strumento più importante per il terapeuta non significa che debba sempre essere evitato.

L'arguzia può fornire un utilissimo

mezzo di intervento per il terapeuta e può essere indicativo dello stato dell'alleanza terapeutica e dell'introspezione del paziente. Essa può spesso essere usata male e può essere caricata di sentimenti conflittuali non neutralizzati, ma ciò non deve indurre nel terapeuta delle resistenze sul suo possibile uso costruttivo in psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

1. KUBIE L.S.: The destructive potential of humor in psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.* 127: 861-866, 1971.
2. RACKER H.: The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal. Quart.* 26: 303-357, 1957.
3. FREUD A.: Problems of technique in adult analysis. *Bulletin of the Philadelphia Association*



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

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

La frequenza è giornaliera e la durata del periodo intensivo della cura varia da 3 a 6 mesi, essendo previsti in seguito particolari « programmi », adattati alle esigenze lavorative, scolastiche e terapeutiche di ogni singolo paziente.

Le tariffe sono circa un quarto di quelle praticate in ospedali e cliniche a tempo pieno di livello medio. Molte mutue ed amministrazioni provinciali rimborsano indirettamente gran parte della quota.

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

LA PSICOTERAPIA BREVE NEI BAMBINI

ALAN J. ROSENTHAL
SAUL V. LEVINE

COMUNICAZIONE PRESENTATA AL 124° INCONTRO ANNUALE DELL'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, WASHINGTON, MAGGIO 1971, E PUBBLICATA SU «THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY» COL TITOLO «BRIEF PSYCHOTHERAPY WITH CHILDREN: PROCESS OF THERAPY». ALAN J. ROSENTHAL LAVORA COME ASSISTENT PROFESSOR PRESSO LO STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER; L'ALTRO AUTORE LAVORA PRESSO L'UNIVERSITÀ DI TORONTO IN CANADA.

La psicoterapia breve non è stata accettata per i bambini con lo stesso favore che per gli adulti. Gli autori hanno portato avanti un progetto, esposto in un precedente lavoro nel quale essi hanno confrontato il risultato terapeutico dopo la psicoterapia breve (8 sedute al massimo) con quello dopo una terapia a più lungo termine: un anno dopo hanno dimostrato risultati simili

In questo articolo sono analizzate le tecniche terapeutiche ed alcuni contenuti della psicoterapia breve con i bambini.

L'uso della psicoterapia breve, quale tentativo di venire incontro alle crescenti richieste di pazienti emozionalmente disturbati, ha suscitato crescente interesse negli ultimi 10 anni. L'uso di queste modalità di trattamento con gli adulti ha ottenuto un'accettazione generale e le relative metodologie sono descritte e utilizzate da molti operatori (1); essa sta perdendo il carattere di metodo inferiore o di seconda classe. La psicoterapia breve con i bambini, d'altra parte, sebbene sia stata utilizzata da alcuni centri per molti anni, si è sviluppata più lentamente e non ha ottenuto il medesimo riconoscimento.

Gli autori hanno intrapreso il presente studio per provare l'efficacia della psicoterapia breve con i bambini, per sviluppare indicazioni e controindicazioni per il suo uso e per delineare i metodi di trattamento e le tecniche più utili per la sua pratica. Questo resoconto descrive i più recenti aspetti dello studio e vuole esporre più dettagliatamente le tecniche del trattamento, il processo e i contenuti della psicoterapia breve con i bambini.

Lo Studio

Lo studio, già descritto in un precedente resoconto, è stato portato avanti nella clinica psichiatrica infantile di un

e le famiglie che si rivolgevano alla clinica per il trattamento venivano inseriti, in maniera cieca, o nel gruppo sperimentale (terapia breve) o nel gruppo di controllo (terapia a lungo termine). I soli pazienti esclusi dallo studio erano i bambini grossolanamente psicotici, quelli molto ritardati mentalmente, che avevano 13 anni o più, o che avevano fatto una psicoterapia entro l'anno precedente. In questo studio, la psicoterapia breve è stata definita come un massimo di otto ore di contatto con il paziente e la famiglia entro un massimo di dieci settimane. La terapia a lungo termine poteva durare più o meno tempo a seconda di come i terapeuti ritenevano fosse indicato per ogni singolo caso del gruppo di controllo. Dei terapeuti (psichiatri, psicologi, assistenti sociali) ognuno trattava un equal numero di casi del gruppo sperimentale e di quello di controllo. Di ogni paziente e famiglia veniva fatta una valutazione all'inizio della terapia e tre mesi, sei mesi e un anno dopo questa. Forme di valutazione dettagliate, contenenti informazioni circa i sintomi del bambino, il suo generale adattamento a casa e a scuola, il suo grado di miglioramento durante e dopo la terapia, il risultato del trattamento e la prognosi venivano esplesate tramite i parenti del bambino, i suoi insegnanti e il suo terapeuta a questi intervalli, con una valutazione finale l'anno seguente.

Gli autori hanno esposto in precedenza una comparazione del risultato per i due gruppi di pazienti in cura (2). Nella breve, del gruppo sperimentale

rapia breve) il 55% ha dimostrato un marcato miglioramento dopo un anno. Meno del 25% è stato rimandato per ulteriore terapia alla fine del periodo della psicoterapia breve, $\frac{3}{4}$ di questi sono stati rimandati da terapeuti che avevano espresso, prima dell'inizio dello studio ambivalenze o espressioni di opposizione circa l'uso della terapia breve. Di questi pazienti solamente il 76% ha dimostrato un notevole miglioramento dopo un anno. Questo comparato con il 79% di casi di miglioramento per lo stesso periodo di tempo per il gruppo di controllo (terapia a lungo termine). Forse più significativa, in ogni caso, la lentezza della terapia per il gruppo di controllo che è stata da 5 a 7 volte più grande che per il gruppo di psicoterapia breve.

Metodi terapeutici

I risultati della psicoterapia breve diventano significativi solo se le tecniche terapeutiche possono essere trasmesse e sono adottate da altri terapeuti. Noi abbiamo tentato dunque di analizzare in dettaglio il processo di psicoterapia breve e le tecniche da noi impiegate nella sua applicazione. Gli elementi strutturali del nostro processo di terapia breve, che descriveremo qui, comprendono il limite di tempo della terapia, la definizione di un punto focale (*focus*) del trattamento e degli obiettivi della terapia, lo sviluppo del rapporto, il problema della conclusione e l'attività di terapeuta.

Limite di tempo. Durante l'intervista

che la terapia sarebbe stata limitata a 8 sedute entro 10 settimane e che si sarebbe tentato quanto più possibile di alleviare le difficoltà della famiglia durante questo tempo. A causa della relativa brevità del periodo di terapia, si chiedeva alla famiglia di prendere un ruolo attivo e di assumere qualche responsabilità nel processo terapeutico, sotto la guida del terapeuta. Le famiglie erano esplicitamente chiamate, per esempio, a continuare a casa la discussione su certe questioni emerse nell'ora di terapia, o a tentare coscientemente di cambiare alcuni aspetti del proprio comportamento dopo la seduta e discutere i risultati di questo nell'ora successiva.

Questo limite di tempo e la partecipazione e responsabilità della famiglia, sembravano fornire una certa sollecitazione o una speranza di miglioramento, sia ai terapeuti sia alle famiglie. Altrove abbiamo parlato di questo come di una « sollecitazione terapeutica » (2); se essa è guidata appropriatamente dal terapeuta pare faccia intensificare il processo terapeutico. Altri hanno messo in evidenza gli apparenti effetti produttivi e benefici di tale sollecitazione esterna (3); infatti in un resoconto esplicativo sul « time limit » questo fu messo significativamente in relazione con un risultato terapeutico favorevole, un minore « dropout » e una maggiore motivazione da parte dei pazienti (4). Come nel caso di questo studio, pochissimi dei nostri pazienti o famiglie sono rimasti insoddisfatti del « time limit »: essi hanno avuto l'impressione che questa fosse una terapia insufficiente o di « seconda classe ».

Punti focali e obiettivi del trattamento. Dato il periodo limitato della terapia, una rapida valutazione e formulazione del caso era essenziale. Questa veniva portata a termine durante l'intervista iniziale ed era seguita dalla definizione del punto focale della terapia e di obiettivi terapeutici realistici, basati su quella formulazione. Inoltre le famiglie erano informate — in senso generale o specifico — delle formulazioni e degli obiettivi durante il processo di acquisizione della loro collaborazione alla terapia. Sebbene i terapeuti si occupassero di questi problemi anche con i loro casi a lungo termine, essi tendevano ad essere molto meno specifici e particolareggiati nelle loro formulazioni e nello stabilire gli obiettivi del trattamento; la esplicita limitazione di tempo della terapia breve probabilmente richiedeva una strategia terapeutica maggiormente definita. Noi ci sforzavamo di mirare ai sintomi del momento ed ai problemi « qui e ora » nei casi trattati con terapia breve, ma affrontavamo anche la psicopatologia sottostante nel modo che ritenevamo più appropriato e terapeutico. L'importanza del punto focale in questo tipo di trattamento e degli obiettivi nella psicoterapia breve è sottolineata frequentemente nella letteratura (3-7).

Rapporto. Lo sviluppo del rapporto o di ogni transfert positivo è un fatto importante nella maggior parte delle psicoterapie, ma è essenziale nella psicoterapia breve. Dato il tempo limitato, il pronto stabilirsi del rapporto e dell'alleanza terapeutica sono necessari se si

vuole ottenere un lavoro di collaborazione tra il terapeuta e la famiglia. La comunicazione del punto focale e degli obiettivi del trattamento costituiva l'inizio dell'alleanza terapeutica e il terapeuta manteneva questa relazione positiva lungo tutto il corso della terapia. Anche altri hanno notato l'importanza di questa relazione positiva nella terapia breve (3, 6).

Termine. Il problema della conclusione si presentava già durante l'intervista iniziale quando veniva spiegato il limite di 10 settimane. Fu interessante notare che per molti pazienti della nostra ricerca l'accantonamento dei loro problemi presenti era un fatto centrale e dinamico e la conclusione della terapia diveniva un motivo preminente nel corso del trattamento. Questo veniva trattato con il paziente sia come un reale problema, sia come la rappresentazione di precedenti perdite significative. La conclusione come punto focale nella psicoterapia breve è stato anche discusso altrove più dettagliatamente (5).

Attività del terapeuta. In questo studio il processo terapeutico era attivo, spesso direttivo. Appropriati interventi del terapeuta basati su sue formulazioni, sul punto focale del trattamento e sugli obiettivi erano frequenti e includevano osservazioni, riflessioni e interpretazioni così come rassicurazioni, consigli e direzione.

Inoltre il terapeuta metteva in evidenza gli sforzi psicologici del bambino e dei genitori aiutandoli e utilizzarli per

superare le loro difficoltà. Una bambina di 9 anni, per es., aveva grande difficoltà nei rapporti con i suoi coetanei a causa di un senso di frustrazione e di rancore, e una bassa autostima. Nella seconda intervista si scoprì che questa bambina, nella solitudine e nell'isolamento, aveva imparato un notevole numero di canzonette al piano e ne era orgogliosa. Il terapeuta suggerì che avrebbe potuto trovare qualche occasione per esplicitare questo suo talento e lei dopo aver un po' saggiato le idee dei compagni circa questo, suonò il piano a scuola, in una seduta informale. Fortunatamente la paziente e altre due bambine cominciarono a parlare di musica e questo fu per lei l'inizio di una positiva relazione interpersonale.

In un altro caso, la madre di un bambino di 7 anni, pur dimostrando grande cordialità, sollecitudine, e capacità di immedesimazione quando si accorgeva che qualcuno aveva dei problemi, si irritava per l'aggressività del figlio e per i suoi problemi scolastici. Appena cominciò a capire, con l'aiuto del terapeuta, che il figlio reagiva a più profondi sentimenti di ansia, di paura e di debolezza, la sua considerazione verso di lui cambiò ed ella poté cominciare ad avere con lui relazioni più positive, utilizzando la propria capacità affettiva ed empatica. L'attiva ricerca da parte del terapeuta delle energie della famiglia e il suo incoraggiamento ad usarle per superare le difficoltà interiori ed interpersonali della loro vita fu un processo messo fortemente in risalto nelle sedute di terapia breve.

Contenuto della terapia

I singoli membri della famiglia che partecipavano alla terapia breve naturalmente influenzavano il contenuto della terapia stessa. Nell'85% dei casi, i membri della famiglia oltre che il « paziente designato » erano visti, nel periodo della terapia breve, tanto quanto il paziente o più spesso ancora. Oltre al paziente stesso, i membri della famiglia più frequentemente coinvolti nella terapia erano: la madre sola, l'intera famiglia insieme e, meno frequentemente, la madre e il padre insieme. Questo orientamento della terapia breve della famiglia si rifletteva sui suoi contenuti. Noi formulammo una lista di 6 « categorie di contenuti » e determinammo l'ammontare del tempo di terapia impiegato per ogni tipo di contenuto. Le categorie di contenuti che occupavano un maggior tempo nelle sedute di terapia breve erano, in ordine di frequenza: l'educazione del bambino, la comunicazione nella famiglia, i conflitti intrapsichici del paziente e/o dei genitori, e la rivalità tra fratelli. Le altre due categorie furono le relazioni coniugali e la manipolazione dell'ambiente.

Relazione di un caso

Carrie è una bambina di 10 anni, portata in clinica dal padre e dalla matrigna perché soffriva di insonnia e di incubi, aveva scarse relazioni con i coetanei e alcune paure: tutto questo durava da tre anni. Ella aveva vissuto con la madre naturale dopo il divorzio dei genitori, avvenuto quando aveva 4 anni, ma poiché la madre fu giudicata dai giudici inadatta, fu assegnata al padre e alla matrigna un mese prima di essere portata in clinica.

Nella prima visita della famiglia incominciò ad apparire che Carrie era una bambina sveglia e precoce; la madre aveva richiesto da lei un comportamento indipendente e da adulta, ma non era stata in grado di provvedere alle esigenze materiali, e offriva poco calore affettivo nelle sue relazioni. Carrie era dispiaciuta e frustrata da questo, anche se difendeva energicamente la madre e piangeva nel lasciarla.

Durante la seconda parte di questa visita il terapeuta parlò con Carrie, la quale affermò che avrebbe voluto ritornare presto a vivere con la madre naturale. Il terapeuta osservò che probabilmente lei pensava moltissimo a sua madre; a questo punto Carrie scoppiò in lacrime. Poiché non riusciva a verbalizzare le ragioni delle sue lacrime, il terapeuta commentò che qualche volta era difficile parlare di sentimenti molto profondi, e aggiunse che lei probabilmente era molto tesa per il fatto di abbandonare colei con la quale aveva vissuto per molti anni e di incominciare a vivere in una famiglia ed in una casa estranee. Le lacrime di Carrie diminuirono ed ella fece un cenno appena percettibile di assenso col capo e un sorriso.

La formulazione iniziale del problema fatta dal terapeuta fu la seguente: Carrie stava subendo una reazione di angoscia dovuta all'improvvisa separazione e alla perdita della madre, nei confronti della quale aveva sentimenti acutamente ambivalenti. Le sue paure e i disturbi del sonno probabilmente erano insorti come reazione alle difficoltà matrimoniali dei suoi genitori naturali, al loro divorzio, alle conseguenti richieste di affetto frustrate che aveva sperimentato. Questi sintomi erano continuati poiché adesso provava sia la rottura e la separazione verificatesi nella sua vita, sia l'angoscia e la colpa derivante dai legami ambivalenti con la madre. Nella mente di Carrie esisteva anche qualche incertezza circa la persistenza della sua presente situazione di vita dovuta a messaggi conflittuali che riceveva dalla madre naturale.

Con l'aiuto della famiglia, il terapeuta sviluppò i seguenti punti focali e i seguenti obiettivi per il periodo della terapia breve: aiutare Carrie a riconoscere i propri sentimenti ambivalenti nei confronti della madre; aiutarla a iniziare un'elaborazione di

menti verso i nuovi genitori e del suo adattamento alla nuova casa, alla scuola e al gruppo sociale; aiutare i genitori di Carrie a capire i sentimenti della bambina e la loro relazione con i suoi sintomi; aiutarli a sviluppare un comportamento comprensivo, adeguato e positivo nel trattare lei e le sue difficoltà; favorire la creazione di canali di comunicazione più aperti fra i membri della famiglia così che essi possano continuare a sostenersi reciprocamente nel futuro.

Dopo la prima visita clinica della famiglia, il terapeuta passò un totale di 3 ore e mezzo con Carrie e altrettante con i suoi genitori entro le seguenti otto settimane. Egli fornì attivamente osservazioni, interpretazioni e direttive fondate sulle sue formulazioni e sugli obiettivi e cercò di preparare i genitori a superare le presenti difficoltà e quelle che avrebbero potuto sorgere. Sebbene Carrie non si dimostrasse d'accordo con tutte le osservazioni e le interpretazioni fatte, i suoi genitori riferirono che sembrava che ella stesse migliorando. Nel contempo essi cominciarono a modificare le proprie opinioni e il proprio comportamento verso di lei. Dalla fine della nona settimana del periodo di terapia, essi riferirono che le sue paure erano scomparse o diminuite notevolmente, che dormiva tutta la notte senza disturbi, e che era migliorata considerevolmente a scuola, pur avendo ancora qualche difficoltà nelle relazioni con il suo gruppo sociale.

La conclusione del rapporto di Carrie con il terapeuta fu esplicitamente paragonata alla sua separazione dalla madre, ma fu messa in evidenza la sua forza nel tener testa alle proprie difficoltà, ora e per il futuro. I genitori di Carrie furono avvertiti che le difficoltà di Carrie sarebbero potute continuare per qualche tempo e che la loro costanza nel trattarle sarebbe stata essenziale perché continuasse a migliorare. L'anno dopo essi riferirono che Carrie era libera da ogni sintomo, eccettuata qualche leggera ansia occasionale, ed ella giocava con gli altri bambini regolarmente. Sebbene, come disse ai suoi genitori, il suo terapeuta non le fosse piaciuto, perché era

«duro e non sorrideva mai» aveva capito di essersi sbagliato nel giudicarlo, poiché «egli era la prima persona con la quale avesse mai avuto occasione di sedere e di parlare». Ovviamente i suoi genitori ora adempivano a quella funzione e la loro comunicativa ed il loro reciproco aiuto erano molto aumentati.

Conclusione

Il processo psicoterapeutico che qui abbiamo descritto, comprende un «set» di terapia breve, che è stato precedentemente riferito (2). Gli elementi di questo «set», che noi sentiamo siano fattori importanti per il successo della psicoterapia breve, sono: motivazione del terapeuta per la terapia breve, la sollecitazione terapeutica («therapeutic pressure»), data dalla terapia limitata nel tempo e l'aspettativa del miglioramento, lo sforzo di collaborazione tra il terapeuta e la famiglia nel definire il punto focale della terapia e nell'elaborare gli obiettivi specifici del trattamento, rapido sviluppo dell'alleanza terapeutica, conclusione vista come problema fin dall'inizio della terapia, un approccio terapeutico orientato verso la famiglia nel superare le proprie difficoltà e l'incoraggiare la famiglia a ritornare per ulteriori consultazioni se sorgessero altre difficoltà a crisi.

Se questa modalità di trattamento è accettata dallo psicoterapeuta del bambino, saremo in grado di curare molti bambini e famiglie disturbate che ora non ricevono cure.

BIBLIOGRAFIA

1. WOLBERG L.: Methodology in short-term therapy. *Amer. J. Psychiat.* 122: 135-140, 1965.
2. ROSENTHAL A.J., LEVINE S.V.: Brief psychotherapy with children: a preliminary report. *Amer. J. Psychiat.* 127: 646-651, 1970.
3. SHAW R., BLUMENFELD H., SENF R.: A short-term treatment program in a child guidance clinic. *Social Work* 13: 81-90, 1968.
4. PARAD L.G., PARAD H.J.: A study of crisis-oriented planned short-term treatment: part I. *Social Casework* 49: 418-426, 1968.
5. MACKAY J.: The use of brief psychotherapy with children. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 12: 269-279, 1967.
6. PROSKAUER S.: Some technical issues in time-limited psychotherapy with children. *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.* 8: 154-169, 1969.
7. HEINICKE C.M., GOLDMAN A.: Research on psychotherapy with children. *Amer. J. Orthopsychiat.* 30: 483-494, 1960.

IL MOVIMENTO PSICHIATRICO COMUNITARIO NEGLI STATI UNITI (II)

JACK L. RUBINS

QUESTO ARTICOLO È LA SECONDA PARTE DI « THE COMMUNITY MENTAL HEALTH MOVEMENT IN THE UNITED STATES TODAY, CIRCA 1970 », TRATTO DA « THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS » N. 2, 1971. LA PRIMA PARTE È STATA PUBBLICATA SUL N. 1 DI QUEST'ANNO DELLA NOSTRA RIVISTA. JACK L. RUBINS È, TRA L'ALTRO, TRAINING ANALYST PRESSO L'AMERICAN INSTITUTE FOR PSYCHOANALYSIS E DIRETTORE DEL DAY CARE CENTER, KAREN HORNEY CLINIC.

Conseguenze e indicazioni per il futuro

Nella prima parte di questo lavoro abbiamo presentato la rivoluzione psicosociale dei nostri giorni in termini di organizzazione dei centri di Igiene Mentale; ma questa rivoluzione ha delle conseguenze anche in altri campi significativi e remoti; educazione medica e psichiatrica, ruolo ed attività professionale dello psichiatra e dei suoi colleghi.

laboratori, pratica privata dello psichiatra e dello psicoanalista.

Per quanto riguarda gli scopi didattici, credo che sia desiderabile (anche se non obbligatorio) che i Centri di Igiene Mentale siano collegati a una facoltà medica, o ad analoghe istituzioni. Ad esempio, il primo Centro completo aperto a New York è stato associato al New York Medical College. FREEDMAN (20) ha trattato questo tipo di Centro associato alla luce della legislazione istitutiva. L'iniziativa citata è in linea con la politica adottata dal Dipartimento della municipalità di New York che si occupa degli ospedali, secondo cui ogni ospedale comunale deve essere associato ad un centro d'insegnamento (di solito un'università) in modo da assicurare un buon standard di insegnamento per i medici, siano essi ospedalieri e universitari. Questa tendenza è, alla luce delle prospettive psico-sociali, particolarmente significativa. Ci si è chiesti se l'insegnamento medico di base, e le scuole di specialità psichiatrica, forniscano una formazione adatta al lavoro di igiene mentale. È indubbio che, negli U.S.A. l'insegnamento medico si orienta sempre più in senso sociale (21). Si è detto che certe branche della scienza medica non sono indispensabili allo psichiatra sociale, che dovrebbe per converso essere più preparato in filosofia, psicologia, sociologia e altre scienze umane. Certuni sostengono che un'educazione medica non sarebbe più necessaria, e che la terapia psicosociale esigerebbe una professione integralmente nuova. Per i sostenitori di questa tesi, lo psichiatra dovrebbe

limitarsi alla ricerca, alle terapie farmacologiche e biologiche, alle malattie mentali di origine organica, alle psicosi di sconosciuta genesi organica. Non sono d'accordo con questa visione estrema, ma sono convinto che occorre incrementare gli studi psicologici e sociali, mentre certe branche tecniche andrebbero ridimensionate.

Questi mutamenti di ruolo professionale riguardano anche il personale paramedico. Al momento, se teniamo presente un rapporto medico-paziente, ideale, gli psichiatri negli U.S.A. sono troppo pochi. Si è detto che questa insufficienza non può essere superata, dato che la popolazione aumenta a un tasso superiore a quello d'incremento degli psichiatri (nel 1969 erano circa 1200 nuovi psichiatri, e circa 500 in meno a causa di morte, malattia, rinuncia, secondo l'American Psychiatric Association). Bisogna aggiungere che questa penuria è variabile da zona a zona. Nelle grandi città, dove esistono scuole di specialità, queste deficienze non si verificano, così come nella professione privata. Il contrario accade nel campo della psichiatria comunitaria, malgrado che molti psichiatri giovani vi si dedichino. Anzitutto la domanda di servizi psichiatrici aumenta più rapidamente tra la gente più povera, non perché aumentino le malattie, ma perché si richiede un'assistenza migliore e più continua.

In secondo luogo la percentuale di psichiatri che si dedicano a questa branca della psichiatria rimane bassa. Infine, il concetto di assistenza «totale» si sta attuando sempre di più, e questo richiede un numero di profes-

sionisti sempre maggiore per ogni singolo caso.

Come conseguenza, si richiede un impiego sempre più intenso di personale paramedico: psicologo, assistente sociale, infermiere psichiatrico, o anche insegnanti, o altro personale qualificato. Pertanto questi vari gruppi stanno seguendo un apprendistato clinico più intenso ed esteso. In diversi centri ci si dedica in gruppo al paziente: lo psichiatra ha la responsabilità principale e la supervisione generale della terapia. Gli altri professionisti svolgono i propri ruoli subalterni, ciascuno responsabile della propria attività specifica. Tuttavia in certe parti del paese questo metodo non è seguito abbastanza a fondo, con deprecabili conseguenze. Il numero di diplomati che si dedicano a queste attività è aumentato — anche troppo — forse perché è una strada per svolgere una professione paramedica senza l'apprendistato più severo svolto dai medici. Però molti di questi professionisti non continuano a lavorare in ambito comunitario, e scelgono la professione privata. L'aumento di questi professionisti non medici ha generato rivalità, invece che una cooperazione armonica. Molti professionisti paramedici considerano la psicoterapia come proprio campo d'azione, piuttosto che un metodo di terapia, e considerano la malattia mentale una semplice «deviazione sociale» o un «problema sociale», che va trattato correggendo le condizioni della società e rieducando il paziente. Sfortunatamente, questo punto di vista coincide con il pensiero di molti psichiatri sociali che sopravvalutano gli

aspetti sociali della psichiatria, e limitano la funzione dello psichiatra.

Tendenze psicosociali e pratica psichiatrica

Questo movimento ha influenzato in molti modi l'esercizio privato della psichiatria e della psicoanalisi. Un certo numero (ancora modesto) di psichiatri, che si sarebbero dedicati alla professione indipendentemente, si dedicano ora al lavoro nella comunità, a tempo pieno o definito. Questo è dovuto a parecchi fattori. Per certuni questo lavoro offre una routine regolare e stabilita e un reddito garantito, preferibile alle incertezze della pratica privata. Per altri, offre vaste possibilità di insegnamento, ricerca o vita accademica, oltre ad ampi contatti sociali e a stimoli intellettuali più frequenti di quanto accada nella pratica privata. Altri ancora possono dedicarsi a queste attività per un ideale altruistico, e per un'identificazione compulsiva negli « oppressi » e « frustrati ». Insomma vi sono diversi motivi, salutari o nevrotici, che spingono verso le attività dei centri comunitari, o respingono da essi.

Un altro risultato: la tendenza da parte del governo o delle assicurazioni private a coprire il trattamento privato della malattia mentale. Sinora venivano coperti soltanto brevi periodi di ricovero o consultazioni private. Adesso le assicurazioni comprendono anche psicoterapie di lunga durata. Questo consente a un maggior numero di ammalati —

la possibilità — l'occasione di sfruttare i benefici della terapia privata. Questa assicurazione non solo copre i gruppi economicamente inferiori ma anche quelli che hanno un reddito medio.

Un terzo campo influenzato dal movimento è la pratica della psicoanalisi. Nel quadro della teoria freudiana ortodossa, la psicologia dell'Io è oggi studiata più estesamente di quanto accadesse in precedenza, con la teoria della libido. Al di fuori di questo quadro, la teoria analitica si sta arricchendo di diversi concetti nuovi, onnicomprensivi, progressivi, che tengono conto delle influenze dei fattori socio-culturali sullo sviluppo della personalità e della psicopatologia. La teoria adattiva di S. RADO, quella interpersonale di M.S. SULLIVAN, quella dinamica attitudinale di K. HORNEY, permettono di capire meglio i fenomeni psicosociali d'oggi. Ad esempio, il concetto relativo al conflitto intrapsichico tra atteggiamenti nevrotici che riflettono atteggiamenti analoghi nella società, permette all'analista di comprendere la personalità individuale in rapporto con il suo ambiente e trattare in modo appropriato, con maggiore efficacia, diversi tipi di pazienti. Il concetto della glorificazione irrazionale, nevrotica, dell'immagine dell'Io, con il suo converso (l'autodisprezzo) permette all'analista di comprendere certi fenomeni sociali come l'orgoglio di gruppo, il pregiudizio, la creazione di capi espansionistici. Il concetto relativo ai « doveri » tirannici, nevrotici relativi alla denigrazione dell'Io o alla sua esaltazione, aiuta a comprendere fenomeni come l'accet-

o il suo opposto, la ribellione compulsiva contro l'autorità. L'accento sulle nevrosi sintomatiche comporta chiarimenti sulla personalità e sui procedimenti nevrotici. Questi aspetti vari della psicoanalisi sono rappresentati dall'Accademia Americana di Psicoanalisi, in forte crescita, che con le sue ricerche avanzate e le sue tecniche di tirocinio sta sopravanzando la Società di Psicoanalisi Freudiana, diventando nel nostro paese il rappresentante della moderna psicoanalisi.

Quanto al campo della tecnica analitica applicata, ci si sta dedicando alla psicoterapia a orientamento analitico, distinta dalla psicoanalisi « pura ». Pochi analisti, anche tra gli ortodossi, adottano le sedute orarie per cinque giorni alla settimana. Ormai si accetta il fatto che una analisi corretta può essere svolta 3 o anche 2 volte alla settimana, per tre quarti d'ora ogni volta. Altre caratteristiche della tecnica classica sono sottoposte a revisione. La posizione « faccia a faccia » pare altrettanto efficace di quella classica, a cui può essere alternata, a seconda della personalità del paziente. Il concetto classico di transfert, nonché la necessità di sviluppare una nevrosi di transfert durante la terapia, sono messi in forse e sostituiti dalla nozione più estesa di rapporto medico-paziente; in più si dedica più attenzione agli aspetti attuali di questo rapporto, piuttosto che al richiamo di ricordi infantili. Questo comporta una consapevolezza dell'esperienza immediata, e degli atteggiamenti che intercorrono fra medico e paziente. Si predilige

da parte del terapeuta, invece della classica funzione di specchio, con tutte le sue interpretazioni intellettuali. Questo concetto del « processo » analitico, la comprensione dei mutamenti costanti nella personalità del paziente (le sue necessità, i sentimenti, le speranze, gli atteggiamenti verso di sé e gli altri, le pulsioni difensive, i valori etc.) in vari periodi di tempo, consente un controllo più accurato della profondità e del ritmo dell'analisi.

Questi sviluppi di maggiore importanza risultano da un processo a due direzioni; l'azione delle forze psicosociali sul movimento psicoanalitico, e nello stesso tempo un'applicazione più vasta dell'analisi all'igiene mentale comunitaria. Questi procedimenti terapeutici, più moderni e flessibili, possono essere usati non solo per trattare le nevrosi, ma anche altre situazioni: perversioni sessuali, psicosi e certe psicopatie infantili, degli adulti e degli adolescenti. Possono essere usati nel trattamento di gruppi o di famiglie; in cliniche e ambulatori così come nella pratica privata.

Una ventina d'anni fa si diceva che l'analista « apparteneva il meno possibile ad organizzazioni, si occupava il meno possibile di problemi della società e delle sue attività » (22). Da allora due indagini, condotte dalla Società di Psicoanalisi di una piccola contea e dall'Associazione Nazionale di Psicoanalisi, hanno mostrato che ogni 40 ore di professione privata, l'analista medio ne esercitava 10 in un servizio sociale (facoltà medica, istituto di tecnica analitica, cliniche, scuole), con salario mo-

a queste cifre possiamo pensare che oggi, più che in passato, un numero notevole di analisti si dedicano a servizi di igiene mentale. Si diceva poi che l'analista era isolato dal mondo della medicina, restio a lavorare con i suoi colleghi e poco propenso ad « affrontare le differenze fra i propri interessi e le necessità pubbliche » (25, 26). Oggi la situazione è molto diversa. Infatti, il tirocinio psicoanalitico nei nuovi centri di igiene mentale è considerato preferibile, ma non assolutamente necessario per lo staff psichiatrico.

Prospettive per il futuro

Lo sviluppo di questi mutamenti in un periodo di tempo piuttosto breve pone un certo numero di domande fondamentali, e porta con sé dei pericoli potenziali.

Anzitutto occorre definire l'igiene mentale in termini realistici e applicabili, in modo da stabilire i risultati che si possono raggiungere attraverso di essa. Il pericolo è quello di semplificare troppo i termini della salute o della malattia, suscitando aspettative esagerate ed illusorie, che possono condurre solo a delle delusioni. Purtroppo chi parteggia per l'assistenza comunitaria l'aveva definita in maniera inadeguata, scorretta o utopistica. Una di queste definizioni sostiene che la malattia mentale esiste solo in virtù di un comportamento deviante, che non rispetta le regole; questa è la cosiddetta « teoria delle etichette » (27), che confonde il nome, il sim-

nome rappresenta, che nega l'esistenza di un processo psicopatologico che esisterebbe anche in una società dove l'individuo sofferente non sarebbe considerato deviante, ma perfettamente conforme ad essa.

Altri definiscono la malattia mentale basandosi sui sintomi più manifesti, nel senso della psichiatria tradizionale. Non mi sembra che una definizione del genere sia adeguata. Conosciamo tutti dei nevrotici « normali », socialmente ben adattati, che sono spinti compulsivamente al raggiungimento di finalità idealizzate, ma che presentano pochi sintomi tipici, se si eccettua qualche momento di esitazione e di frustrazione. Conosciamo bene persone affette da una depressione cronica, lieve, sottile e distruttiva, che si adagiano in una « tranquilla disperazione »; oppure persone disorganizzate, senza scopi nella vita o gli alienati cronici, persone emotivamente morte. Sono sane queste persone, per il fatto di non presentare sintomi vistosi o di condurre un'esistenza socialmente normale o appena al di sotto del normale? Potremo dire di sì per un certo numero di nevrosi del carattere, relativamente mascherato o per lo meno sino per delle psicosi. Anche la presenza dell'ansia, criterio sintomatico quanto mai diffuso di malattia mentale, non viene più considerata un indice attendibile. Molti considerano un certo livello d'ansia non solo normale costituente della salute mentale, ma persino necessario per una attività fruttuosa e innovatrice.

Un altro concetto infelice è quello

definibile stato di « felicità ». Per molti si tratta di una condizione ideale: liberazione da tutto quanto è insano, indesiderabile, imperfetto, spiacevole. Ma al di sotto di questa concezione scorriamo spesso delle aspettative, da parte del paziente, eccessive e prive di realismo. Il paziente richiede di soddisfare tutti i suoi desideri, per quanto irragionevoli ed esagerati, senza dover fare alcuno sforzo. A suo vedere la vita dovrebbe essere priva di problemi, depressioni, malattie, emozioni troppo intense, anche quelle che fanno parte della vita di tutti i giorni. Certo, la salute mentale presuppone una condizione ottimale, ma comporta anche la conoscenza e l'accettazione dei limiti che non possono essere superati.

In altri casi si usa spesso il termine « normalità » per indicare la salute, e viceversa. Ordinariamente la parola « normale » può avere molti significati, alcuni dei quali assoluti, inapplicabili (28, 29). Uno di questi si riferisce alla norma usuale, alla media statistica, che non porta necessariamente con sé la salute mentale. Se così fosse, potremmo dire che la carie, le nevrosi, la solitudine, persino la guerra sono condizioni normali, dato che moltissime persone subiscono queste condizioni. I nevrotici e gli psicotici cercano spesso di giustificare i propri disturbi maggiori sostenendo di non essere diversi dall'altra gente. Il concetto di normalità deve tener conto degli standards e dei valori socio-culturali; ciò che è normale in un posto in un certo tempo non è necessariamente normale altrove. Molti

conformarsi, adattarsi agli usi della propria società. Un tale conformismo può essere compulsivo, malsano, persino distruttivo, mentre la conservazione della propria individualità può essere un atto sano.

Spostandoci all'estremo opposto, neanche la definizione psicoanalitica ortodossa di « salute » è applicabile. Una di queste definizioni sostiene che una persona sana ha compiuto sino alla fine il tragitto attraverso i vari stadi di sviluppo psicosessuale. KUBIE (30) sostiene invece che possiamo definire solo degli atti sani, piuttosto che delle persone. Un atto sano è motivato dalla combinazione di forze conscie e pre-conscie; un atto non sano è sostenuto dall'inconscio. Non credo che queste definizioni siano valide, dato che si mette in dubbio l'universalità della teoria degli stadi di sviluppo psicosessuale, sia l'equiparazione automatica dell'inconscio con l'insanità.

L'applicazione di queste definizioni, concernenti la salute mentale dell'individuo, alla salute mentale della società, pone una seconda domanda: è corretto e realistico parlare della salute o della malattia della comunità come entità a sé stante? Taluni parlano di patologia sociale come se le relazioni tra individui o tra gruppi fossero forze che agiscono indipendentemente: una volta messe in moto prenderebbero a vivere per conto proprio, come il mostro di Frankenstein. La salute mentale della comunità è la somma delle saluti mentali degli individui che la compongono, anche se questo può sembrare una

stinta, separata dal grado di malattia di questi esseri umani, anche se ci possono essere dei fattori causali non umani. Non è solo una questione di semantica. Non voglio neanche negare l'importanza che i fattori socio-culturali hanno sull'individuo, e la necessità di migliorare le condizioni della società. Il punto di vista estremo (purtroppo fatto proprio da alcuni psichiatri e sociologi) è basato sul principio, errato, che l'individuo non esiste se non come membro della società. Questa concezione afferma che l'individuo è semplicemente una tabula rasa, un materiale grezzo, su cui la società lascia i suoi segni; nega il concetto che l'uomo abbia un'attività creativa, che modifica ciò che riceve e che muta la società.

Per il paziente, il pericolo di questa concezione è rappresentato da un eccessivo affidamento sulla manipolazione ambientale. Quando gli atteggiamenti psicopatologici del paziente sono considerati soltanto un problema sociale, oppure un risultato di problemi di questo genere, si cerca di guarirlo cambiando il contesto del suo comportamento. Gli si trova un altro lavoro, si cambia scuola, si prende una vacanza, si sposa o si divorzia, si recupera l'oggetto perduto etc. senza prendere in considerazione il grado di malattia, la personalità del paziente, i suoi conflitti, i meccanismi di difesa. Certi psichiatri stanno scoprendo con gran dispiacere, che costruire nuove case al posto di sobborghi non riduce il comportamento patologico degli abitanti.

Per tutti quanti si occupano dell'igie-

di vista è quello di «manipolare la comunità» focalizzando ogni sforzo terapeutico sulle istituzioni sociali. Portata alle estreme conseguenze, questa tendenza conduce alla politicizzazione dell'igiene mentale e della psichiatria, non essendo facile separare le istanze sociali da quelle politiche. Una confusione del genere è evidente in quelle teorie, per cui cambiando sistema politico le malattie mentali scompariranno automaticamente (e magicamente). In certi paesi europei politicamente divisi questo punto di vista è espresso con passione, anche da psichiatri per altri versi razionali e sinceri, senza prendere in considerazione altri paesi dove il sistema socio-politico che essi invocano ha mutato molto poco l'incidenza e le manifestazioni delle malattie mentali. Se chi si occupa dell'igiene mentale deve rimanere all'erta, qualunque sia il suo orientamento sociale deve sempre tener presente che molte condizioni sociali o para-psichiatriche possono essere precipitate da forze sociali, ma restano in fondo espressioni sintomatiche dei disturbi individuali. Il paziente non è oggetto passivo di processi biologici e istintuali, e nemmeno dell'ambiente che lo circonda. I suoi disturbi provengono dalle sue reazioni a queste forze, alla costellazione di forze intrapsichiche, e lo psichiatra deve misurarsi con esse.

Il futuro del movimento di igiene mentale comunitaria dovrà misurarsi con queste due finalità, a prima vista contraddittorie: raggiungere un numero di persone sempre più vasto (la comunità), pur sostenendo il primato dell'individuo

fatto riconoscendo le ineguaglianze sociali e, contemporaneamente, mantenendo le basi organizzative di un simile programma. In aggiunta, i mutamenti psico-sociali hanno dato luogo a un terzo problema, quello dell'identità professionale del medico. Abbiamo parlato sopra delle differenze tra attività pubblica e attività privata dello psichiatra. L'interesse nella società e l'attività in essa possono essere costruttive per ogni psichiatra. Non credo — come fanno certi — che una partecipazione del genere possa minacciare l'identità professionale del medico. Anzi, il medico può mantenere la propria identità contribuendo a modificare aree sociali diverse dalla propria. Insomma, può mettere insieme la sua esperienza della società, il senso dell'umanità, la sua compassione per i sofferenti, il suo intuito per le dinamiche e le necessità dell'individuo.

Anche qui però c'è il pericolo di estremizzare. Ad esempio il medico può essere portato a diventare architetto o uomo politico. In certi paesi europei questo è già avvenuto, dato che la maggior parte degli psichiatri si schiera politicamente pro o contro le posizioni ufficiali; e la loro psicoterapia può cercare di indurre o indottrinare il paziente per fargli adottare un atteggiamento « socialmente corretto ».

Per ben che vada, questo atteggiamento restringe l'uso della psichiatria a certi tipi di pazienti, a certe forme e intensità di malattia, e a modi ben determinati di terapia. Come abbiamo detto sopra, queste condizioni si verifi-

chiatri non medici, e anche non professionisti, spronati da un grosso bisogno di servizi immediati di igiene mentale, cercano di far legittimare un'estensione del loro ruolo terapeutico al di là delle proprie competenze. Loro intenzione è quella di trattare tutte le forme ambulatorie di malattia mentale, le forme funzionali che necessitano di psicoterapia. Allo psichiatra rimarrebbe il compito di curare gli psicotici o i neurotici poco trattabili, gli ammalati ospedalizzati, e quelli che hanno bisogno di trattamenti biologici o farmacologici. Questa opinione è incongrua; sarebbe come pretendere che il farmacista curi le forme infiammatorie delle vie respiratorie al di sopra della laringe, mentre il medico dovrebbe curare le polmoniti. È un punto di vista che nega la natura globale del corpo umano, nega il fatto che una diagnosi va fatta su una base quanto più possibile ampia, esclude gli stati psicosomatici, e limita quelle combinazioni di psicoterapia e farmacoterapia che spesso consentono un trattamento ottimale. Se in futuro questa tendenza a confondere i ruoli si sviluppasse, non solo sarebbe minacciata la identità professionale dello psichiatra, ma soprattutto ne risentirebbe il paziente. Un compito prossimo di questo movimento, sinora piuttosto trascurato, sarà lo sviluppo di un sistema razionale per determinare e rispettare i limiti e i confini di competenza, riconoscendo che né la teoria né l'esperienza clinica limitano la capacità terapeutica, e chiunque si dedica all'igiene mentale può avere una mansione adeguata.

quella della metodologia terapeutica. Sinora la maggior preoccupazione dei nostri centri è stata quella di fornire una cura rapida, scorrevole, per rimuovere i sintomi, sforzandosi di riadattare e «aggiustare» il malato, per farlo tornare rapidamente nella società. Una simile filosofia è comprensibile, tenendo conto degli scopi del movimento: fornire alla popolazione un'assistenza psichiatrica adeguata, rapida ed efficace, malgrado il numero modesto di personale. Da allora due elementi ci hanno aiutato a procedere; il primo è lo stereotipo del paziente povero, senza cultura, inadatto ad una terapia volta alla ricerca di una profonda introspezione. Questa convinzione è condivisa da molti operatori psichiatrici, pur non essendo sostanzialmente valida. Il secondo è il fatto che molti giovani psichiatri si basano sui risultati più rapidi, un po' per insofferenza verso i metodi più lenti, un po' per resistenza psichica nei confronti di terapie dense di fattori emozionali.

I pericoli di queste tendenze sono duplici. Anzitutto, la regressione dei sintomi, i cambiamenti del comportamento, il ritorno alle norme della società, non indicano necessariamente un abbassamento della patologia emozionale. Perché questo accada i conflitti intrapsichici devono risolversi sostanzialmente, anche se il risultato ottimale (il mutamento costruttivo della personalità) è una speranza eccessiva per qualunque paziente. FREYMAN (35) ha di recente segnalato che nei centri di igiene mentale si rifiuta sempre più la psicoterapia

vi, di superficie. Il risultato è deludente: molti pazienti abbandonano la terapia, non migliorano, tornano in ospedale. Se questo metodo si estendesse, l'incidenza delle malattie mentali nella società finirebbe per aumentare, anche in forma più sottile, invece di diminuire.

Il secondo pericolo è quello della meccanizzazione e disumanizzazione dell'individuo, dato che la terapia è somministrata su una base standard, da catena di montaggio. Questo pericolo non è poi tanto remoto. Si glorifica la tecnologia, e stanno crescendo nuove forme di tecnocrazia. Gli effetti di questa automatizzazione sono evidenti: alienazione dagli altri e dai propri sentimenti, perdita di spontaneità, conformismo e uniformità. Non esagero prevedendo un trattamento cibernetico dell'individuo, numero anonimo in una società amorfa.

In conclusione, dobbiamo chiederci se questo movimento psicologico è un fenomeno temporaneo e superficiale, una moda fra le mode sociopolitiche, destinato ad essere sostituito prima o poi da qualche altra tendenza; oppure se è una concezione di base, destinata ad avere un influsso significativo e profondo sulla società. Sappiamo che gli americani sono famosi per i loro entusiasmi rapidi e fugaci. Tutto quanto funziona, ed ha successo, è ammirato e adottato, ma solo finché funziona davvero. I risultati si devono vedere subito. Se non arriva il successo, bisogna cercare nuove strade. Forse questo sta accadendo anche per l'igiene mentale comunitaria. Molti professionisti giovani che si dedicano a questa attività sembrano avere questa mentalità

quella « di non perdere il treno »; altri che vi lavorano fin dagli inizi, la stanno abbandonando con delusione. Molte voci autorevoli criticano diversi aspetti del movimento (32, 33, 34, 35). Per quanto riguarda il finanziamento, i contributi governativi per i progetti di igiene mentale, presenti e futuri, essi si sono assottigliati, per quanto riguarda sia l'attività pratica, sia la ricerca. Questo accade non solo nel nostro campo, ma anche in molti altri; è difficile dire se sia una tendenza specifica o generale, temporanea o definitiva.

Le basi sostanziali di questi cambiamenti psico-sociali esistono, sono solide e meritevoli; molti professionisti si dedicano a questo lavoro con autentica passione. Si è fatto molto e con buoni risultati. Possiamo ricordare i progressi dell'organizzazione ospedaliera, le assicurazioni contro le malattie mentali, e una messe di ricerche. La cosa più importante però, è stato il fatto di mettere

in luce l'importanza della salute e delle malattie della psiche, per aiutare tante persone che ne hanno bisogno; e si sono stimolati cambiamenti delle condizioni terapeutiche e psicosociali.

Non possiamo ancora valutare in pieno l'influenza e la durevolezza di tutti i cambiamenti apportati dal movimento di igiene mentale. Adesso, nel 1970, siamo quasi alla fine della fase iniziale. Sembra il momento adatto per consolidarsi e fare bilanci. Con questa relazione abbiamo cercato di indicare quali finalità e quali aspettative ci sembravano esagerate. I rischi di delusione non consistono tanto in ciò che è già stato fatto, quanto nella limitata filosofia estremista che guida gli sviluppi futuri del movimento. Mi sembra giunto il momento per rivedere la questione, temperare progetti troppo impetuosi, ricostruire finalità realistiche piuttosto che idealistiche.

BIBLIOGRAFIA

1. BRACELAN F.: The Relationship of Psychiatry to Medicine. *Psych. Digest*, April 1969.
2. HAMMETT V.B.: Consideration of Psychoanalysis in Relation to Psychiatry Generally, circa 1965, *Amer. Journ. Psych.* 122: 42, 1965.
3. BELL N., SPIEGEL J.: Social Psychiatry: Vagaries of a Term. *Arch. Gen. Psych.* 14: 337, 1966.
4. RUESCH J.: Social Psychiatry: an Overview. *Arch. Psych.* 12: 501, 1965.
5. ROSEBAUM M., ZWERLING I.: The Impact of Social Psychiatry. *Arch. Gen. Psych.* 11: 31, 1964.
6. DANIELS R.: Community Psychiatry, A New Profession, A Developing Subspecialty or

7. BOLMAN W.: Theoretical and Empirical Bases of Community Mental Health. *Amer. Journ. Psych.* 124 (Supplement), Oct. 1967.
8. DUNHAM H.: Community Psychiatry: the Newest Therapeutic Bandwagon. *Arch. Gen. Psych.* 12: 303, 1965.
9. YOLLES S.: Community Mental Health Services: the View from 1967. *Amer. Journ. Psych.* 124 (Supplement), Oct. 1967.
10. DARBONNE A.: Crisis: A Review of Theory, Practice and Research. *Int'l. Journ. Psych.* 6: 271, 1968.
11. RUBINS J.: The Changing Role of Psychoanalysis: Beyond « Action for Mental Health ». *Amer. Journ. Psychoanal.* 27: 147, 1967.
12. RUBINS J.: A Holistic Approach to the Psychoses: The Affective Psychoses. *Amer. Journ. Psychoanal.* 28: 139, 1968.
13. SHEINER S.: The Process and Therapy of Schizophrenia. *Amer. Journ. Psychoanal.* 17: 110, 1957; 24: 167, 1964; 25: 158, 1965; 26: 76, 1966; 28: 156, 1968.
14. KELMAN H., SHEINER S. et al.: Dynamic Possibilities in the Therapy of Psychosis: A Symposium. *Amer. Journ. Psychoanal.* 29: 10, 1969.
15. RUBINS J.: A Holistic Approach to the Psychoses: The Schizophrenias. *Amer. Journ. Psychoanal.* 29: 131, 1969; 30, 1970.
16. RUBINS J.: The Sexual Perversions: Some Dynamic Considerations. *Amer. Journ. Psychoanal.* 29: 94, 1969.
17. SHAROFF R.: Character Problems and their Relationship to Drug Abuse. *Amer. Journ. Psychoanal.* 29: 186, 1969.
18. RUBINS J.: Holistic (Horney) Psychoanalysis Today. *Amer. Journ. Psychoter.* 21: 198, 1967.
19. PASAMANICK B., SCARPITTI F., DINITZ S.: Schizophrenics in the Community. Appleton Co., N. Y. 1967.
20. FREEDMAN A.: Aspects of the Community Mental Health Centers Act. Publication of Natl. Inst. Mental Health, July 1966.
21. LINDHEIMER M. et al.: Les Etudes Médicales aux Etats-Unis. *Médecine et Hygiène* 825: 561, 1968.
22. PELLEGRINO E.: Human Values and the Medical Curriculum. *Journ. Am. Med. Assoc.* 209: 1349, 1969.
23. HOLLINGSHEAD A., REDLICH F.: Social Class and Mental Illness. Wiley & Sons, N. Y. 1958.
24. BLANK H.: The Psychoanalyst in Community Work. *Westchester County (N. Y.) Med. Bull.* 32, July 1964.
25. Committee on Psychoanalysis and Mental Health, American Academy of Psychoanalysis, « The Role of the Psychoanalyst in Community Mental Health », Unpubl. Report, 1966.
26. Joint Commission Report on Mental Illness and Health, Action for Mental Health, Basic Books, N. Y. 1961.
27. BRANCH C.: Presidential Address, American Psychiatric Association. *Amer. Journ. Psych.* 120: 1, 1963.
28. SCHIFFE T.: Being Mentally Ill. Aldine Pub. Co. Chicago 1966.

29. JAHODA M.: *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, N. Y. 1958.
30. OFFER D., SABSHIN M.: *Normality: Theoretical and Clinical Concepts of Mental Health*. Basic Books, N. Y. 1966.
31. KUBIE L.: The Fundamental Nature of the Distinction Between Normality and Neurosis. *Psychoanal. Quart.* 23: 167, 1954.
32. DUNHAM H.: loc. cit. ref. 8.
33. KUBIE L.: The Pitfalls of Community Psychiatry. *Arch. Gen. Psych.* 18: 257, 1968.
34. ZEITLIN B.: Therapeutic Community: Fact or Fantasy. *Int'l. Journ. Psych.* 7: 195, 1969.
35. FREYMAN F.: Clinical Aspects of the Revolution in Mental Health Services. *Comprehensive Psych.* 11: 1, 1970.

TENTATIVI DI OBIETTIVAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE PSICOTERAPIE (II)

J. SERVAIS

PUBBLICHIAMO QUI LA SECONDA PARTE DI «TENTATIVE D'OBJECTIVATION DES EFFETS DES PSYCHOTHERAPIES» (TRATTO DA «L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE», 1970, PP. 597-627) LA CUI PRIMA PARTE È COMPARSA SUL N. 2/1972 DELLA NOSTRA RIVISTA. J. SERVAIS LAVORA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA MEDICA E MEDICINA PSICOSOMATICA DELL'UNIVERSITÀ DI LIEGI.

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 di variabile intrinseca
- metodi predittivi.

I problemi della durata della terapia, della frequenza delle sedute, del «follow-up» sono affrontati dal punto di vista dell'efficacia terapeutica.

This article sums up a certain amount of works relating to the effects of psychotherapy. 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

rapies. 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 groups «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.

IV

TECNICHE DI MISURAZIONE

Sia negli studi comparativi che nell'«own control design» si effettuano ad intervalli regolari delle prove per tentare d'oggettivare i cambiamenti eventualmente intervenuti sotto l'influenza di un trattamento psicoterapeutico.

Si possono distinguere nel genere di

studi di cui ci occupiamo, due grandi tipi di tecniche di misurazione: A) registrazioni psico-fisiologiche quali quelle della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, dell'E.C.G., dell'R.P.G., alcuni dosaggi endocrini, la misura del flusso sanguigno nell'avambraccio ecc.... B) le prove psicologiche, dalla semplice scala di valutazione clinica in più punti fino alle prove psicometriche più standardizzate, attraverso i tests proiettivi.

A) Misure fisiologiche

Dalla letteratura risulta che le tecniche di misurazione sono state impiegate dai ricercatori in due dimensioni molto differenti fra loro.

1) In un primo tipo di studi, queste misure sono state eseguite nel corso della seduta, applicandosi talvolta sia persona del terapeuta che a quella del paziente. Una variante di questa tecnica consiste nell'impiegare due misure: l'una immediatamente prima e l'altra dopo la seduta terapeutica. Lo scopo di questi lavori è di provare che, durante un incontro terapeutico « avviene qualche cosa » (da un punto di vista psicologico, con eventuali correlazioni fisiologiche).

DITTES (35), per esempio, ha registrato la R.P.G. di un unico malato nel corso di trenta sedute (una seduta alla settimana) ed ha trovato che la frequenza degli R.P.G. era legata in modo inverso alla « permissività » dell'atteggiamento del terapeuta. ANDERSON (29) studia l'E.C.G. di un malato nel corso di 10 incontri psicoterapeutici rogeriani: constata che l'indice di variazione

di frequenza cardiaca (« heart rate and variation ») fluttua in funzione della tensione psicologica che si manifesta fra il terapeuta ed il paziente e che è valutata da due giudici indipendenti. WATSON e KANTER (24) hanno registrato l'E.C.G. di un paziente e del suo terapeuta durante tutta la durata delle sedute terapeutiche. La temperatura cutanea e la frequenza respiratoria del malato erano, per di più, strettamente sorvegliate. Inoltre due osservatori hanno assistito a ciascuno dei 44 incontri terapeutici (sei mesi).

Gli autori concludono che, se queste registrazioni portano delle perturbazioni nello svolgimento della terapia, sia da parte del terapeuta che da parte del malato, le resistenze possono essere analizzate « d'embliée » e interpretate man mano. Le prime inibizioni sono dunque superate alla fine da una parte e dall'altra. Gli autori convengono che tali esperienze sono possibili se il transfert ha maggiore importanza del reale circostante.

Critica

Senza negare il relativo interesse di tali studi, tuttavia bisogna ammettere che essi non danno poi una grande risposta alla domanda sull'efficacia della psicoterapia: il fatto che un malato presenti tachicardia, ipotensione, modificazione dell'E.C.G. o del R.P.G. nel corso della terapia, un tasso modificato di catecolamine immediatamente prima o dopo una seduta terapeutica, non prova per nulla che il trattamento modifichi, in qualsiasi modo, il suo comporta-

mento abituale o gli stati timici che l'accompagnano nella vita quotidiana.

2) Un secondo tipo di studi consiste nel sottoporre il malato, al di fuori delle sedute terapeutiche, ad una batteria di identiche prove fisiologiche ripetute a regolari intervalli di tempo. In generale, il malato subisce queste prove prima di cominciare la terapia, a un certo punto durante il decorso di essa, alla fine del trattamento ed, in ultimo, durante ed al termine di un periodo di « follow-up ». Se i pazienti fanno dapprima parte di un gruppo di attesa, nello schema dell'« own control design », essi vengono sottoposti ai tests all'inizio e alla fine di tale periodo. Nei metodi comparativi, i soggetti di controllo sono sottoposti alle stesse prove che quelli del gruppo sperimentale, in momenti identici, in modo da poter stabilire dei confronti. Ben inteso — e questa precisazione è valevole sia per le prove psicologiche che per quelle fisiologiche — i soggetti si adattano alla situazione di « test »: quindi il miglioramento può non corrispondere ad altro che alla loro maggiore confidenza nei confronti delle prove che man mano sono divenute sempre più familiari (per il fatto che sono identiche); si potrebbe erroneamente attribuire queste modificazioni ai risultati della terapia nel caso di un gruppo di soggetti « in attesa ».

Tuttavia, nei modi comparativi, dato che gli individui che compongono il gruppo sperimentale si trovano a questo riguardo esattamente alla stessa situazione dei soggetti del « gruppo di attesa », si può tener conto che si tratta di un denominatore comune e per con-

sequenza trascurabile nella valutazione comparativa dei risultati.

Passiamo ora in rassegna le tecniche più correnti:

a) *Le misure più semplici*, quali quelle della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa, sono state praticate allo scopo di farsi un'idea del grado di ansia presentato dai soggetti osservati. Ma a sentire DOCTER, KASWAN e NAKAMURA (6) che hanno studiato i cambiamenti spontanei della frequenza cardiaca in 84 studenti, la correlazione da un giorno all'altro varia da 0,14 a 0,73: in una settimana, e in un mese, la più alta correlazione « test-retest » trovata è dello 0,35. D'altronde se si tratta di un gruppo omogeneo, quale ad esempio un campione di studenti, bisogna ricordarsi che la frequenza cardiaca e la tensione arteriosa media aumentano regolarmente nella seconda metà dell'anno scolastico fino al periodo degli esami. Senza dubbio i tassi plasmatici di idrocortisone e di 17-idrossisteroide aumentano parallelamente.

b) *Dosaggio degli steroidi del plasma*. Tenendo conto delle note precedenti meritano di essere segnalate due misure. Se si dosa con il metodo Nelson Samuel il livello plasmatico d'idrocortisone si trovano da 12 a 13 μ gr per 100 cc nei soggetti normali (HAMBURG 10) in confronto a 19-20 μ gr per 100 cc nei soggetti ansiosi. Quindi esiste un parallelismo fra il tasso plasmatico di 17-idrossisteroidi e il risultato ottenuto nella scala d'ansietà manifesta di Taylor (FIORICA e MUELH, 9).

I soggetti molto ansiosi ottengono un risultato medio di 13 μ gr (± 4), e gli individui poco ansiosi un risultato me-

io di 9,9 μ gr (\pm 2,8) (metodo colorimetrico).

b) *L'indice di acido ippurico*. KERN, WING e RICKELS (30) hanno dimostrato che questo indice è in stretta correlazione con la valutazione clinica del grado di ansietà « libera ». La tecnica consiste nell'iniettare per endovena del benzoato sodico dopo l'evacuazione della vesciva, e poi raccogliere le urine un'ora dopo l'iniezione. A partire dal tasso di acido ippurico nell'urina, una serie di calcoli permette di ottenere l'indice di acido ippurico. Questa prova appare tanto più interessante in quanto che il risultato fornito non è in correlazione con il risultato ottenuto sulla scala d'ansietà manifesta di Taylor, pur essendo questo egualmente (proprio come l'indice dell'acido ippurico) in stretta correlazione con le valutazioni cliniche (16).

Dunque, noi disponiamo così, di due prove complementari, l'una fisiologica (l'indice dell'acido ippurico) e l'altra psicologica (la scala dell'ansia manifesta di Taylor), l'una in correlazione con le opinioni cliniche, ma non in correlazione tra di loro.

c) *Metodo della pletismografia dell'avambraccio* (KELLY, 11 e 12). L'autore studia comparativamente 40 soggetti normali (controlli), 40 nevrotici (rispondenti alle diagnosi variabili) e 20 malati (ansiosi cronici; in condizioni basali (riposo e distensione), poi sotto l'influenza di uno stress indotto (calcolo mentale). Egli confronta il flusso sanguigno dell'avambraccio (metodo pletismografico), la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa di ogni paziente. In condizioni

so sanguigno quasi due volte superiore a quello dei soggetti di controllo o dei nevrotici che non si distinguono fra di loro da questo punto di vista — ma, sotto l'influenza dello stress, il flusso sanguigno dei soggetti di controllo aumenta di più rispetto a quello dei soggetti ansiosi, poiché i punti di partenza erano molto diversi.

Se il livello di ansietà (apprezzato in base alla valutazione clinica — « critical ratings » — e dalla scala di ansietà manifesta di Taylor) rimane stazionario, il flusso sanguigno dell'avambraccio rimane costante. Al contrario, se i pazienti diventano meno ansiosi, spontaneamente o sotto l'influenza di un trattamento, il loro flusso sanguigno diminuisce parallelamente. Questa misurazione sembra molto più specifica di quella della frequenza cardiaca o della tensione arteriosa.

Purtroppo, l'autore segnala fin dalla sua prima pubblicazione che l'apparecchio è ingombrante ed ha un prezzo di costo particolarmente elevato. Egli insiste anche sul fatto che diverse affezioni quali l'anemia, l'ipertiroidismo, il fecrocromocitoma, certe osteoartropatie, ecc., varie modificazioni fisiologiche quali l'esercizio muscolare, l'iperemia, l'aumento della temperatura, farmaci quali l'Adrenalina ed i suoi derivati, l'Insulina, la Clorpromazina, gli I.M.A.O., sono suscettibili di alterare i risultati. Nella seconda pubblicazione (12), disponendo dei risultati provenienti dallo studio di 200 malati psichiatrici e di 60 soggetti normali, l'autore insiste sulle numerose tecniche del metodo (necessità di immobilità assoluta dell'avambraccio, cert-

e del bagno pletismografico restino rigorosamente costanti; l'alcool e i barbiturici sono aggiunti alla lista delle sostanze di disturbo.

Ma a questo lavoro sembra doversi indirizzare una critica metodologica più di fondo: l'autore considera come misura di base la media delle tre misure più basse registrate nel corso del rilassamento e come misura di stress la più alta che sia possibile registrare nel momento in cui lo stress è applicato.

Ecco che appare bene, come una « petizione di principio » o un « ragionamento circolare », di quelli che Eysenck denuncia con violenza. Nulla prova che se si paragonasse il più alto valore registrato nei soggetti in riposo con il più basso ottenuto negli stessi individui nel periodo di stress, non si giungerebbe a delle conclusioni opposte a quelle dell'autore.

Critica dell'utilizzazione dei metodi fisiologici

Queste differenti prove hanno un valore sicuro per valutare le fluttuazioni di certi parametri fisiologici che sono in correlazione con quelli dello stato emozionale dei malati. Esse meritano tanto più credito in quanto si riferiscono a un campione di popolazione più esteso.

Non crediamo che ci se ne possa fidare nei casi individuali, per apprezzare, a posteriori, le modificazioni ipoteticamente sopravvenute, nel senso di un miglioramento o di un aggravamento.

Per di più, se si dispone di un piccolo campione eterogeneo (13, 14, 25, 27), i calcoli statistici spesso si rivelano

non significativi: la loro interpretazione sarà difficile per il clinico. Infatti, il fatto di diventare più ansiosi per esempio, nel corso o anche alla fine di un terapia, può essere benissimo considerato come un segno di miglioramento nel caso di un paziente apatico, abulico, e che ostenta inizialmente una « bella indifferenza » mentre una modificazione identica può rivestire un significato opposto nel caso di un altro malato. Se queste tecniche sono utilizzate, al contrario, in maniera predittiva, esse possono essere di sicura utilità in una prospettiva d'obiettivazione degli effetti delle psicoterapie.

B) Misure psicologiche

Poiché è impossibile osservare il comportamento del malato durante tutto lo sviluppo di una psicoterapia, « in situ », si ritrovano qui quelle due stesse tendenze che noi abbiamo segnalato discutendo delle prove fisiologiche.

1) *Le tecniche di misura nel corso del colloquio.* MAHL (47) misura l'ansia dei pazienti durante le sedute a partire dagli aspetti espressivi del loro linguaggio. Prende nota delle ripetizioni, balbettamenti, omissioni, lapsus, suoni incoerenti ecc. (senza tener conto degli eh! né degli ah!...). Trova una differenza significativa ($p < 0,0001$) tra i risultati che osserva in un colloquio banale ed in uno ansiogeno.

Altri autori hanno cercato di distinguere le interpretazioni vere dagli interventi non interpretativi (Malan), di misurare la profondità delle interpretazioni (SPEISMAN, 52) o alcuni dei loro aspetti qualitativi (per esempio il tempo

tra le interpretazioni di transfert ed una relazione genitoriale: correlazione significativa con il successo del trattamento (Malan). Questo autore ha pure studiato il numero di interpretazioni totale, per ogni seduta, cercando, senza peraltro riuscirvi, di correlarlo con il successo terapeutico. SECHREST (51) attraverso l'impiego di una tecnica di questo genere (35 malati e 11 terapeuti) arriva alla conclusione che l'ipotesi del transfert freudiano (nel quale il malato assimila il terapeuta a suo padre o a sua madre, o a qualcuno della famiglia primitiva) non si verifica, perché il terapeuta è molto spesso assimilato inconsciamente al medico di famiglia o al confessore.

Le critiche che abbiamo indirizzato a tali tecniche estemporanee probabilmente sono meno valide nel campo psicologico che in quello fisiologico. Non dimeno, il loro carattere relativamente soggettivo, la rarità dei controlli e delle verifiche di cui esse sono state oggetto, ci obbligano a considerarle, fino a questo momento, come tecniche di utilizzazione aleatoria.

Malan, nel suo studio riguardante gli effetti delle psicoterapie brevi di ispirazione psicoanalitica, emette a posteriori, partendo dagli appunti dei terapeuti, delle formulazioni (in termini psicodinamici) di ciò che è avvenuto nel corso di ciascuna seduta terapeutica. Bellak (lavori riguardanti la cura psicoanalitica) affida a giudici esterni di formulare in termini psicodinamici gli avvenimenti psicologici rilevati nel corso di una seduta di psicoanalisi. Recentemente, AUERBACH, LUBORSKY e JOHN-

di confrontare il giudizio del malato, quello del terapeuta e quello di due o tre osservatori indipendenti riguardante « ciò che è avvenuto » nel corso di una serie di sedute terapeutiche (con l'aiuto del Therapy Session Report di Orlinky e Howard). Secondo questi autori, la verità si deve trovare nella intersezione dei tre punti di vista.

Nei loro lavori, gli osservatori ascoltavano la registrazione di ciascuna seduta terapeutica su nastro magnetico. L'utilizzazione di tali registrazioni, arricchite e perfezionate recentemente dall'introduzione della televisione a circuito chiuso, come l'hanno usata ROGERS (20), BELLAK (3) e DAVIDMAN (26) evidentemente costituisce un passo avanti per l'esigenza di obiettività, dato che i giudici possono così assistere alla seduta e rivederne a piacere dei brani se lo ritengono necessario. Così, le loro opinioni finiscono per essere più « dirette » di quelle che avrebbero dato basandosi sugli appunti dei terapeuti (26, 28).

2) *Bilanci psicologici effettuati a intervalli regolari*

a) Le scale cliniche (« clinical ratings ») che misurano con vari punteggi la variabile clinica da valutare, per opera del terapeuta, di osservatori esterni, di uno psicologo, di un sociologo, e dello stesso malato, conservano tutto il loro interesse per il fatto che lo scopo di una terapia resta pur sempre « quello di aiutare il paziente a sentirsi meglio » (FRANK, 40). Ma, come sottolinea questo stesso autore, bisogna diffidare dalle valutazioni date dal paziente poiché

al desiderio del terapeuta (o al contrario). Naturalmente, deve intendersi che anche le opinioni del terapeuta, vanno prese con cautela. In definitiva, le migliori valutazioni cliniche sono quelle indicate dai giudici esterni.

b) Il « *self-adjustment* » (Q-sotr) o confronto fra la descrizione dell'io ideale (EYSENCKK, 8; ROGERS e DYMOND, 19; SCHLIEN, MOSAK e DREIKURS, 50). Si tratta, senza dubbio, di una tecnica interessante. Per primo, Rogers, nel 1951, aveva dimostrato che, in un gruppo di malati, questo indice era all'inizio dello 0,21 in media, mentre nello stesso gruppo, dopo la terapia, era dello 0,69, più per la modificazione della stima di sé che per il cambiamento della valutazione dell'io ideale.

Non torneremo più sugli appunti fatti nel capitolo dei metodi nei quali attirammo l'attenzione sulle possibili insidie dell'utilizzazione di questa prova: rapporto curvilineare con l'adattamento, correlazione con il controllo di sé. È ben evidente che un depresso grave può avere una buona correlazione « *self-ideal* » (con valori molto bassi nei due casi) mentre un ambizioso, scarsamente nevrotico, può avere una cattiva correlazione in conseguenza di una esagerazione del livello ideale dell'io.

c) *I tests di personalità.* GILSON, SINDER e RAY (1955, citati da FORD, 39) hanno somministrato il Rorschach, il TAT, il MMPI e l'« *Edwards personal preference* » e il « *Mooney Problem check list* » a 40 malati trattati da 10 terapeuti (confronto di tecniche rogeriane e direttive). Essi hanno cercato

zioni che venivano date indipendentemente dai malati, dai terapeuti e dagli osservatori. Non ne hanno trovata nessuna ad eccezione di un rapporto fra il numero di parole (al Mooney) utilizzate per descrivere il proprio problema e la resistenza manifestata nel corso della terapia. Contrariamente a questi risultati, ricordiamo che BARRON e LEARY (8) avevano trovato miglioramenti equivalenti dei risultati ottenuti sulle scale cliniche del M.M.P.P., sia nei pazienti presi in terapia che nei soggetti del gruppo di controllo. FORD (39) ugualmente non ha trovato nessuna modificazione nei risultati dei tests di personalità nei soggetti trattati.

Come interpretare questi risultati contraddittori? Qui ancora sembra che i risultati dipendano dal tipo e dall'eterogeneità del campione di popolazione utilizzato. Perché in certe nevrosi del carattere, dopo un trattamento si dovrebbe riscontrare una modificazione nella scala D o AmT del M.M.P.I.? (13, 14, 25, 27).

A sentire lo studio di ENDICOTT e JORTNER (7), lo strumento più fedele e più valido per misurare quantitativamente la depressione è la nota T della scala D del M.M.P.I. In effetti gli autori hanno confrontato le opinioni di due giudici (che esprimevano il grado di depressione dei malati, valutandola clinicamente su una scala di 5 punti) con i risultati ottenuti dagli stessi pazienti (90 ospedalizzati e 40 ambulatoriali) alle prove del Rorschach, TAT, MMPI, disegni di persone, ed altre prove quali il Cattell, Holtzman, ecc.... La correlazione fra le valutazioni cliniche e il risultato

con gli ospedalizzati che con gli ambulatoriali. Ora, se la correlazione con la prova delle macchie di inchiostro di Holtzman raggiunge lo 0,55 con gli ambulatoriali, non si alza che allo 0,32 con gli ospedalizzati. Le altre correlazioni sono inferiori a quelle della scala D del M.M.P.I.

Vi è una correlazione debolmente significativa tra i giudizi clinici e la quantità di risposte depressive, il numero di rifiuti, il numero di risposte FC al Rorschach (v. sotto).

d) *I tests proiettivi.* Per FRANCK (28), i tests proiettivi, corretti alla cieca da psicologi esterni, costituiscono la migliore valutazione di una sopravvenuta modificazione della personalità a livello profondo. Ricordiamo, d'altronde, che DYMOND (36) è giunto a mostrare che i soggetti che sono migliorati « spontaneamente » durante il periodo di attesa ed il cui adattamento esistenziale (self-adjustment) è divenuto molto migliore, non presentavano alcuna modificazione nei risultati dei loro tests proiettivi, contrariamente a ciò che è accaduto al termine della terapia nel caso di soggetti trattati.

In conclusione, sembra che si possa concedere a tests così noti, così universalmente riconosciuti e così correttamente verificati dal M.M.P.I. (soprattutto la scala D, AmT ed Es), quali il Rorschach, il T.A.T. o il test di frustrazione di Rozensweig, un credito certo per oggettivare la modificazione che subentrano a livello della personalità, soprattutto se al posto di lavorare su delle medie di gruppi di soggetti che pre-

te varie, le utilizzano in modo predittivo in casi individuali.

V

« IL FOLLOW-UP »

Normalmente, il periodo di « follow-up » deve essere equivalente alla durata della terapia, questa stessa identica al periodo di attesa nel metodo dell'own control design. Se si lavora secondo un metodo di confronto, il gruppo di controllo deve essere tenuto sotto sorveglianza durante un periodo equivalente alla somma della durata della terapia e del « follow-up », in principio uguali. Ovviamente, durante il periodo di « follow-up » e durante il periodo sperimentale propriamente detto devono essere somministrate le stesse prove (sia fisiologiche che psicologiche).

In uno studio realizzato da CAPPON (5) (201 pazienti trattati con psicoterapia junghiana), soltanto il 53 % dei malati, e tra essi quelli che più erano migliorati, hanno cercato di sottoporsi a prove di « follow-up ».

Malan, invece (almeno sotto l'aspetto epistolare), ha ottenuto risultati migliori ma riferendosi ad un numero molto inferiore di malati.

A parte i decessi, le emigrazioni, le sconfitte terapeutiche, il motivo più plausibile che spiega tale assenteismo sta nel fatto che l'ex malato, dopo la fine della terapia, si considera definitivamente guarito, e guarda quindi le misure

la sua vita privata (SARGENT, 48); (ALEXANDER, 25). Per di più bisogna ricordarsi che anche quando è assicurata la buona volontà del malato e dei suoi familiari, esistono degli scotomi e deformazioni a posteriori sulle reminiscenze lasciate dalla malattia stessa nella testa del malato ed in quella del suo ambiente immediato.

Agli occhi di certi autori, il « follow-up » è considerato come uno sguardo obbligato del malato verso il passato che può comportare un certo pericolo di recidiva nevrotica, e che d'altra parte può servire di pretesto per tentare di iniziare un nuovo periodo di psicoterapia o di trasmettere al vecchio terapeuta sentimenti — ostili o di benevolenza — per mezzo del « testista ». L'importanza del « follow-up » tuttavia, è così evidente

che tale complemento d'informazione indispensabile ai nostri occhi, deve obbligatoriamente far parte di ogni studio del tipo di cui noi ci occupiamo.

Nel dipartimento di Psicologia Medica dell'Università di Liegi abbiamo iniziato un lavoro di ricerca, che vuole evitare le numerose difficoltà stigmatizzate nella letteratura. Saremmo veramente felici di poter comunicare i nostri metodi e i nostri risultati ai ricercatori che fanno esperienze in questo difficile campo. Infatti, è evidente che saranno necessari parecchi anni per raccogliere dati significativi. Se quindi una comune metodologia potesse essere adottata da parecchie équipes, le conclusioni sarebbero raggiunte più rapidamente e senza dubbio ne guadagnerebbero in valore.

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 XXVth 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

4. BIXENSTINE, V.E.: A case 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.* 27: 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

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. ANDERSON, 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: 309-316 (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.

RECENSIONI

R. ROSSI e Coll.

PROBLEMI DI DINAMICA DI GRUPPO

E ALTRI PROBLEMI DI PSICODINAMICA CLINICA

Il Pensiero Scientifico Editore, pp. 142, L. 5.000

È uno stimolante contributo alla comprensione delle motivazioni — conscie ed inconscie — che indirizzano alla scelta della professione medica in generale e psichiatrica in particolare (primo capitolo); allo studio delle dinamiche di gruppo nella Istituzione universitaria (secondo capitolo); all'analisi del carattere masochista secondo Wilhelm Reich (terzo capitolo); all'approfondimento della psicodinamica della melancolia (quarto capitolo).

Tale lettura propone molteplici spunti per numerose considerazioni preziose per chiunque sia sensibilizzato ai suddetti argomenti.

Viene evidenziata la « complessa e contraddittoria natura della professione medica » con tutte le implicanze che un tale assunto può suggerire.

È presa in esame la dinamica di un gruppo istituzionale caratterizzata da una conflittualità permanente in cui i membri si dibattono fornendoci dell'Istituzione universitaria un'immagine di stile nevrotico di tipo paranoide, come sottolinea Vizioli nella presentazione dell'opera.

Il caso di Marco, paziente in analisi, permette il riesame di alcune concezioni Reichiane sul « carattere masochista » (e non sulla « perversione masochista »); viene dimostrata erronea l'affermazione che « il masochista sente il dispiacere come piacere ».

Infine l'approccio psicodinamico della melancolia ci avvicina in modo coinvolgente al vissuto del depresso aprendoci uno spiraglio più ampio alla comprensione e alla alleviazione di tale condizione umana.

Degne di particolare menzione sono le indicazioni bibliografiche poste alla fine di ogni capitolo, la cui utilità non sfuggirà al lettore attento.

G. G.

ROGER BASTIDE

SOCIOLOGIA E PSICOANALISI

Dedalo, Bari 1972, pp. 372, L. 3.500

Anche se non recentissimo (la prima Edizione è del 1950), questo libro rappresenta l'unica trattazione sistematica dei rapporti fra la Psicoanalisi e la Sociologia. Bastide ricostruisce con grande esattezza il clima culturale in cui si sono sviluppate le concezioni « psicosociali » di Freud; dimostra poi come esse siano state modificate dalle ricerche antropologiche, e come queste siano state influenzate dai concetti basilari della psicoanalisi. La prima parte del testo è dedicata a una minuziosa rassegna dell'evoluzione dei rapporti fra psicoanalisi, sociologia e antropologia. La seconda affronta i problemi maggiori posti dallo studio psicoanalitico della società: rapporti di parentela, vita onirica, la religione, la vita sessuale.

Nemico delle generalizzazioni, Bastide dimostra che i dati fondamentali della psicoanalisi, come quelli della sociologia, devono essere accertati « sul campo » e usati relativamente all'impiego che se ne fa: « La sociologia non deve trascurare a priori i contributi apportati dalla psicoanalisi, ma occorre chiedersi se, come, ed entro quali limiti essa agisce ». Questa frase, e l'invito a sperimentare più avanzate metodiche di indagine antropologica, danno il senso di un'opera di grande equilibrio, scritta con una completezza ed una scorrevolezza esemplari.

G.

DAVIDE LOPEZ

ANALISI DEL CARATTERE ED EMANCIPAZIONE - MARX, FREUD, REICH

Jaca Book, Milano 1972, pp. 109, L. 1.200

DAVIDE LOPEZ

E ZARATHUSTRA PARLÒ ANCORA - LA PSICOANALISI DELLA GENITALITÀ

Essai, Genova 1973, pp. 215, L. 2.500

In questi due testi, fra loro complementari, Lopez affronta il tema della risoluzione del conflitto edipico e della conquista della maturità. Esaminando il concetto di persona in Marx, Freud e Reich, egli affronta il problema della genitalità — o, se si vuole, della «sanità» — dell'uomo cercando di oltrepassare il dissidio tra principio del piacere e principio di morte che, almeno nei termini in cui fu posto da Freud, è ancora irrisolto. In parallelo, si svolge la ricerca di una nozione armonica e progressiva della piena maturità, tentando di andare al di là del «principio di realtà» o di conclusioni, che, come il «Liebe und Arbeit» di Freud, sono prive di contenuto scientifico. Infine, esaminando le tragedie della Grecia classica, Lopez applica ad un tema fortemente suggestivo i criteri della sua indagine.

L'insieme di questa ricerca ha molti pregi — primo fra tutti, quello di affrontare un problema cruciale, ma sinora lasciato in ombra — e qualche contraddizione, sia di metodo che di contenuto.

G. R.

C. ORSENIGO

IL METODO PER L'EDUCAZIONE PSICOMOTORIA DEL BAMBINO

Ed. Bietti, L. 1.500

L'opera pare interessante e merita di essere portata a conoscenza degli operatori nel campo dell'infanzia. Il libro costituisce a mio avviso un valido mezzo per coloro che intendono iniziarsi ai problemi della psicomotricità e può essere utile a chi in tale campo già opera.

L'autrice si propone innanzi tutto di offrire sull'argomento un'opera in italiano, data la scarsità di trattati nella nostra lingua, nonché di chiarire i diversi problemi e di suggerire i mezzi per attuare la rieducazione. Il libro si articola in tre parti delle quali la prima è puramente teorica e chiarisce il concetto di psicomotricità, di educazione e rieducazione psicomotoria.

Le altre due parti offrono al lettore una guida per l'esame della psicomotricità e per la rieducazione dei deficit prassici.

L. O.

NOTIZIE SUI CONGRESSI

1-11 Agosto

NAPOLI

Corso di psicologia della scrittura organizzato dall'Istituto di Indagini Psicologiche di Milano in collaborazione con la Società internazionale di psicologia della scrittura. Sono ammessi i medici, e, come « uditori » i laureati in altre discipline.

Informazioni: Segreteria dell'Istituto di indagini psicologiche, C.so XXII Marzo 57, 20129 Milano, Tel. (02) 72.64.89 e 73.88.427.

21-26 Agosto

ALBERTA

EDMONTON (Canada)

Conferenza Internazionale su: « Politics and Economics of Intoxicant Use ».

Inf.: I.C.A.A., Casella Postale 140, 1001 Lausanne.

10-12 Settembre

BADEN BADEN

23° Congresso della Lingue Européenne d'Hygiène Mentale.

Tema: L'aggressione dal punto di vista dell'Igiene Mentale. Le esperienze educative in quanto fattori patogeni nelle turbe del comportamento. Le attitudini antisociali nei bambini negli adolescenti. Compito dell'Igiene Mentale.

Tavole rotonde: Brevi comunicazioni sui temi generali possono essere proposte al Comitato d'Organizzazione del Congresso: Prof. Dr. H. Erhardt, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, 355 Marburg - Ortenbergstrasse, 8. Iscrizione: DM 50.

2-8 Settembre

VIENNA

55° Conferenza Internazionale sulle deficienze del neonato, sotto gli auspici della O.S. Net. Foundation March of Dimes.

Inf.: International Medical Congress Ltd., c/o The National Foundation, 1275 Mamaroneck Av., White Plains, New York 10605.

2-6 Settembre

JERUSALEM

First International Symposium on « Victimology ». Al programma: Victim and Offender relationship.

Institute of Criminology, Faculty of Law, Hebrew Univ. of Jerusalem, P.O. Box 4051

3-7 Settembre
PARIGI

6° Congresso dell'Associazione Internazionale delle scienze dell'Educazione. Tema: L'apporto delle scienze fondamentali (biologia, psicologia, sociologia, scienze economiche) alle scienze dell'educazione.

Lezioni sulla linguistica, la matematica, la psicoanalisi, le scienze dell'espressione e della comunicazione, della storia dell'Educazione, dell'educazione comparata e delle scienze filosofiche.

Inf.: Prof. Debesse, Pres. del Comitato d'Organizzazione, 16 rue de la Sorbone, Paris 5^e.

10-14 Settembre
LONDRA

First International Medical Conference on Alcoholism.

Segr.: The Conference Officer, First International Medical Conference on Alcoholism. Conference Service Ltd., 43 Charles Street, Mayfair London W1X 7PB, England.

4-12 Settembre
LE HAYE

3° Congresso dell'Associazione Internazionale per lo studio scientifico della deficienza mentale.

Segr.: J.B. Meirassonne, Maliesingel 55, Utrecht.

8-9 Settembre
BARCELLONA

13° Congresso quadriennale della Lega Internazionale contro l'Epilessia. Messa a punto fisiopatologica e farmaco-terapeutica.

Pres.: Prof. H. Gastanet (Paris).

Segr.: Dr. L. Oller - Raurella, Escuela Pias, 89 Barcelona, 17.

12-14 Settembre
BADGASTEIN

« Congresso Internazionale di Psicoterapia attivo-clinica ».

Inf.: Dr. H. Wallnöger, Pyrkergrasse 23, 1180 Wien.

13-15 Settembre
MARSEILLE

39° Congresso Francese di Medicina.

Sabato 15 Settembre: Malattie della civilizzazione urbana.

Aspetti sociologici: M. Flavigny (Paris); Aspetti psicosomatici: M. Sivadon (Bruxelles); I comportamenti suicidi nel centro urbano: M. Gorceix (Paris); Epidemiologia degli incidenti della circolazione urbana: M. Larcan (Nancy).

Pres.: Prof. Jean Olmer, F-13 Marseille.

Adesioni: M.G. Masson, 120 Bd Saint-Germain,

21-24 Settembre

GENOVA

« Seminario di arte-terapia e tecniche pittografiche » tenuto dalla Dr. A. Denner di Parigi.

Il seminario avrà carattere sia teorico che pratico-dimostrativo, e si terrà presso il Centro di Socioterapia « Daily », Via Carrara 24, Genova.

È previsto un servizio di traduzione simultanea.

Inf.: Centro Studi di Psicoterapia e Psicologia Clinica, Via Cecchi 3/3, 16129 Genova, Telefono 54.10.92.

24-28 Settembre

BELGRADO

7° Congresso Internazionale della Società Internazionale di Criminologia.

Inf.: M. Milutinovic, Centre de Recherches Criminologiques, Gracanicka 18, Belgrade, Yugoslavie, oppure 4 rue de Mondovi, 75001 Paris.

28 Settembre - 3 Ottobre

SAN JUAN (Puerto Rico)

« International American Conference and Institute on the Mental Health of Children and Youth ».

Segr.: M. Robert L. Robinson, American Psychiatrie Association, 1700 Eighteenth Street, N.W. Washington D.C. 20009 U.S.A.

Settembre

MADRID

4° Congresso della « Societas Logopedica Latina ».

Inf.: Dr. J. Van de, Eeckhant, Vanderkelenstraat 31, Louvain.

Settembre

ROTTERDAM

Riunione generale annuale della « European Brain and Behaviour Society ».

Inf.: Dr. E.K. Warrington National Hospital, Queen Square, London WC1.

Settembre - Ottobre

INTERLAKEN

9° Congresso dell'International Association for Life Saving and First Aid to the injured.

Inf.: Dr. H.J. Oostethuis, Statenlaan 81, Le Haye.

6-7 Ottobre

PISA

Riunione annuale della Società Italiana di Psichiatria - Sezione di Psicoterapia Medica, sul tema: « Problemi psicoterapici delle nevrosi ossessive ».

Inf.: Società Italiana di Psichiatria - Sezione di Psicoterapia Medica, Via Ugo Foscolo 7, Bologna, Tel. 42.15.98.

8-12 Ottobre

ZURIGO

1ª Conferenza Internazionale della « Int. Drivers Behaviour Research Association ».
Inf.: 10 Quai Paul Doumer, Room 9027, 92 Courbevoie, France.

8-13 Ottobre

SYDNEY

25° Congresso della Federazione Mondiale della Salute Mentale.
Inf.: M. Peter Schrader, Executive Director, W FMH 25th Anniversary World Mental Health Congress. P.O. Box 391. Darlinghurst N SW Australia.

8-13 Ottobre

TBILISI - YEREVAN (U.R.S.S.)

Simposio della « World Psychiatric Association / All-Union Society of Psychiatrists in the Soviet-Union ».
Inf.: The Maudsley Hospital, Denmark Hill, London SE 5 8AZ.

22-28 Ottobre

LONDRA

21ª Conferenza della « Int. Planned Parenthood Federation ».
Inf.: 18-20 Lower Regent Street, London SW1Y 4PW.

Ottobre

LOSANNA

Conferenza Internazionale sulla « Drug education » organizzata dall'International Council on Alcohol and Addiction.
Inf.: Casella Postale 140, 1001 Lausanne.

8-13 Novembre

BARCELLONA

1° Congresso mondiale sull'Alcoolismo e la tossicomania.
Inf.: Dr. Circuns, Provenza 157 bis, Barcellona.

9-11 Novembre

BESANÇON

« International Symposium on prelanguage and its pathology » organizzato dall'« International Association of Logopedics and Phoniatrics ».
Inf.: Dr. J.C. Lafon, 19 rue Charles Nodier, Besançon.

Novembre

SAN JUAN (Porto Rico)

« Conference on drug dependence » organizzata dall'« International Council on Alcohol and Addiction ».
Inf.: Casella Postale 140, 1001 Lausanne.