

# GGIORNAMENTI DI COTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

3-4  
1975

## EDITORIALE

L'INTERAZIONE MADRE-BAMBINO OSSERVATA A DOMICILIO

A. SCHLIEPER

LE RAPPRESENTAZIONI D'OGGETTO NEI SOGNI E I TESTS PROIETTIVI (1)

A. KROHN - M. MAYMAN

LA PSICOTERAPIA DEL MASOCHISMO MORALE

R.H. KEITER

LA MORTE PSICOGENA

K.D. STUMPF

FATTORI DI ADATTAMENTO NELL'ETILISMO

D.I. DAVIS - D. BERENSON - P. STEINGLASS - S. DAVIS

PUÒ LA PSICOTERAPIA FARE A MENO DELL'ATTIVAZIONE?

M. BERTA - J.C. BENOIT

## RECENSIONI

## LIBRI RICEVUTI

## NOTIZIE SUI CONGRESSI



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

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLI-  
NICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TELEF. 541092. ANNO 4°, NUM. 3-4  
LUGLIO-DICEMBRE 1975. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV/70%. PREZZO DI UN  
FASCICOLO L. 2000, ESTERO L. 3500, ARRETRATO L. 3500, ABBONAMENTO ANNUO  
L. 7000, ESTERO L. 12.000. DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA AN-  
TONIO CECCHI 3/3 - 16129 GENOVA - TEL. 541092. C.C.P. 4/19690 INTESTATO A  
CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA. AUTO-  
RIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI GENOVA: NUM. 29990 DEL 16-12-1971. STAMPATO  
NELLA TIPOGRAFIA E OFFSET DARIO MEMO, VIA DELLE LEGHE 12 - 20127 MILANO.  
CONSULENZA GRAFICA: ARCH. ADA RIVA ROBERT.

## SOMMARIO

---

- 5 EDITORIALE
- 7 L'INTERAZIONE MADRE-BAMBINO O  
SERVATA A DOMICILIO  
A. SCHLIEPER
- 13 LE RAPPRESENTAZIONI D'OGGETTI  
NEI SOGNI E I TESTS PROIETTIVI  
A. KROHN - M. MAYMAN
- 17 LA PSICOTERAPIA DEL MASOCHISMO  
MORALE  
R.H. KEITER
- 29 LA MORTE PSICOGENA  
K.D. STUMPF
- 39 FATTORI DI ADATTAMENTO NELL'ET  
LISMO (I)  
D.I. DAVIS - D. BERENSON - P. STEINGLASS
- 47 PUÒ LA PSICOTERAPIA FARE A MEN  
DELL'ATTIVAZIONE?  
M. BERTA - J.C. BENOIT
- 53 RECENSIONI
- 57 LIBRI RICEVUTI
- 61 NOTIZIE SUI CONGRESSI



## EDITORIALE

---

Rispetto ad altri studi sperimentali sull'interazione madre-bambino, la novità della ricerca della dottoressa SCHLIEPER non sta nelle tecniche di indagine utilizzate, bensì nel luogo in cui l'osservazione è condotta: non il laboratorio ma l'ambiente domestico. I risultati ottenuti sono significativi soprattutto in relazione alle conclusioni di ricerche precedenti secondo cui fra i comportamenti di madri di estrazione sociale diversa esistono differenze molto nette: al contrario, lo studio condotto dall'autrice con madri appartenenti al ceto medio al ceto operaio indica che tali differenze sono estremamente esigue.

Sotto il titolo « Le rappresentazioni d'oggetto nei sogni e i tests proiettivi » presentiamo la prima parte di un lungo articolo dei due ricercatori americani Alan KROHN e Martin MAYMAN. Si tratta di un lavoro molto ampio apparso su un numero monografico della Rivista della Menninger Foundation interamente dedicato alle più recenti ricerche nel campo della psico-diagnostica. Scoperto il tema centrale del lavoro è quello di saggiare la validità della « Object Representation Scale for Dreams », strumento diagnostico ideato dagli autori sulla base del concetto di « rappresentazione oggettuale » così come è stato sviluppato dal psico-analista statunitense Otto KERNBERG. Oltre a mettere in luce l'utilità di questo tipo di scala nell'ambito dello studio psico-analitico del sogno, gli autori svolgono una serie di importanti raffronti fra i risultati ottenuti mediante il loro strumento e quelli ottenuti tramite metodi psico-diagnostici diversi, come ad esempio il Test di Rorschach e l'Early Memory Test.

La prima parte dell'articolo di R.H. KEITER sulla psicoterapia del masochismo morale è dedicata alla descrizione e discussione di alcuni casi osservati presso il reparto psichiatrico del North Carolina Hospital, mentre la seconda costituisce una rassegna ragionata degli scritti di numerosi autori che hanno posto al centro della loro ricerca le particolari difficoltà che la terapia con il paziente masochista comporta. Di fronte a tali difficoltà, l'autore non si limita a suggerire al terapeuta alle prese con il negativismo del masochista di utilizzare in maniera ottimale le proprie capacità empatiche, bensì sottolinea l'importanza decisiva del lavoro di interpretazione che deve spingersi fino a *dimostrare* al paziente la necessità di superare le proprie identificazioni negative. In questa prospettiva, l'autore segnala l'utilità di una tecnica già sperimentata da altri terapeuti e che consiste nel fare del partner del paziente un « assistente analista ».

Il dottor STUMPFE affronta il fenomeno della « morte psicogena » in un articolo che riteniamo interessante presentare per la vasta documentazione che contiene: per quanto riguarda infatti la discussione del fenomeno e le conclusioni, esso ha più che altro un carattere introduttivo (a questo proposito, come indiciamo nella nota che precede l'articolo, l'autore ha approfondito l'arg

ento in una monografia edita presso un editore tedesco). Il tipo di morte definita « psicogena », e alla quale i soggetti giungono « senza il minimo accenno a traumi esterni o a malattie interne », è analizzata attraverso una rassegna di documenti e testimonianze di provenienza duplice: casi osservati presso popolazioni primitive e casi verificatisi durante la guerra fra individui rinchiusi in campo di concentramento. Sulla base di questi dati, l'autore riesce a fornire una prima descrizione della sintomatologia di questo tipo di morte e ad introdurre quelli che sembrano essere i fondamenti psicologici ed organici del fenomeno.

L'interesse del lavoro di DAVIS e Coll. risulta chiaro se si considera come esso si distacchi dai modi tradizionali di affrontare il problema dell'etilismo cronico. A livello di tecnica terapeutica, gli autori propongono un tipo di terapia familiare che coinvolge l'intera famiglia dell'alcoolista; ma ciò che è essenziale, è l'ipotesi che essi pongono al centro della loro ricerca: al modello « medico-patologico » tradizionale che sottolinea i fattori di disadattamento dell'alcoolismo e i processi involontari che ne determinano l'abitudine (processi di assuefazione ecc.), essi oppongono un modello centrato sui « fattori adattivi » di tale comportamento, vale a dire su quei fattori la cui funzione può, ad esempio, essere quella di permettere all'alcoolista di mantenere un certo tipo di *equilibrio* all'interno della coppia, della famiglia o di un gruppo più vasto. La parte dell'articolo che presentiamo in questo numero riporta alcuni casi clinici che giustificano in maniera estremamente chiara le ragioni del ricorso ad un'ipotesi di questo tipo, nonché le sue conseguenze a livello della terapia.

La selezione di questo numero di AGGIORNAMENTI si conclude con un breve articolo di BERTA e BENOIT dedicato all'« attivazione psicoterapeutica ». Per quanto riguarda la nuova sezione « LIBRI RICEVUTI », essa ci permette di segnalare i volumi che per quanto possibile verranno recensiti nei prossimi numeri della Rivista.

## L'INTERAZIONE MADRE-BAMBINO OSSERVATA A DOMICILIO

**A. SCHLIEPER**

« MOTHER-CHILD INTERACTION OBSERVED AT HOME » È IL TITOLO ORIGINALE DI QUESTO ARTICOLO PUBBLICATO SULLA RIVISTA AMERICANA « AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY », VOL. 45, N. 3, APRILE 1975. LA DOTTORESSA ANNE SCHLIEPER LAVORA PRESSO IL MCGILL-MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL LEARNING CENTER A MONTREAL.

*Sono state effettuate osservazioni su coppie madre-figlio del ceto medio e del ceto operaio, nelle loro case. In contrasto con altri studi, si sono riscontrate tra le due classi esigue differenze nel comportamento delle madri. Vengono qui discussi i risultati in relazione al contesto in cui le osservazioni sono state compiute.*

Le madri del ceto medio e quelle del ceto operaio sembrano avere un comportamento straordinariamente differenziato nel rapporto con i propri figli. ZUNICH (16), KOGAN e WINBERGER (8), BEE e coll. (2) hanno descritto le diffe-

renze di classe nel comportamento materno ed hanno ipotizzato che il tipo di rapporto delle madri del ceto operaio con i loro figli non ne incoraggi lo sviluppo conoscitivo. Altri hanno obiettato che tali conclusioni sul comportamento materno si basano per la maggior parte su osservazioni effettuate in laboratorio o in sale d'attesa di ospedali e che il comportamento in tali ambienti è ben lungi dall'essere tipico. Le madri di bassa estrazione sociale, specialmente se sono culturalmente aliene e inquietanti e possono perciò comportarsi in modo insolito.

Si è provato che anche le madri del ceto medio si comportano molto diversamente a casa e in laboratorio. SHARLOCK (12) trovò rilevanti differenze in 21 delle 30 categorie comportamentali quando osservò madri e figli del ceto medio nei due diversi ambienti. Sarebbe logico aspettarsi differenze altrettanto grandi tra le madri di bassa estrazione sociale.

Le osservazioni riportate in questo lavoro fanno parte di una ricerca condotta in un asilo infantile. Sono state compiute nelle case di madri del ceto basso e medio e costituiscono così un contributo alla questione ora sollevata.

### SOGGETTI

Il gruppo di bassa estrazione sociale comprendeva 16 donne bianche di lingua inglese con i propri bambini in età prescolare. L'età dei bambini variava da 2 anni e 10 mesi ai 4 anni e 2 mesi (età media 3 anni e 3 mesi). Nove



Questi bambini erano iscritti in un asilo infantile. Le altre sette famiglie, che costituivano il gruppo di controllo per lo studio sull'asilo infantile, erano individuate attraverso la clinica che era responsabile dell'asilo. Le osservazioni sul comportamento di questi due gruppi non differivano in modo significativo in alcuna categoria e con il gruppo del ceto medio. Tutte le sedici famiglie erano integre. Quattro padri erano disoccupati, gli altri erano operai non specializzati o semi-specializzati. Una madre, il cui marito era senza lavoro, aveva un costo di operaia non specializzata. Nessuno dei padri aveva terminato la scuola superiore.

Il gruppo del ceto medio comprendeva sette madri bianche di lingua inglese con i propri bambini in età prescolare, dai tre anni e cinque mesi ai tre anni undici mesi (età media tre anni e sette mesi). Tutte le famiglie erano intere. Un padre aveva una occupazione specializzata, gli altri lavoravano come professionisti o dipendenti. Tutti i padri avevano terminato la scuola superiore e quattro avevano frequentato l'università. Tre delle madri erano state educate ad una professione, ma nessuna esercitava al momento dell'inchiesta.

## METODO

Vennero fatte osservazioni sul comportamento materno mediante campioni-tempo. Questa tecnica di osservazione seguiva da vicino il metodo descritto da ZUNICH e WALTERS, CONNOR e ZUNICH che a loro volta si ispirarono al lavoro di MERRIL (9), BISHOP (3),

MOUSTAKAS, SIGEL e SHALOCK (10). Vennero usate le categorie comportamentali di ZUNICH e la sua definizione operativa di ogni categoria (descritte dettagliatamente nelle sue pubblicazioni). Alcune delle sue categorie più scarsamente ricorrenti vennero fuse. « Limitare », « criticare » e « interferire » vennero considerati un'unica categoria; vennero unificati « esprimere affetto e lode » con « rassicurazione »; « dare permesso » con « offrire collaborazione ». Fu scartata una categoria di scarsa frequenza (« non collaborazione »). Questi cambiamenti ridussero a dodici le diciassette categorie di ZUNICH.

Le osservazioni furono compiute dall'autrice e dalla insegnante dell'asilo. Entrambi gli osservatori si servirono di questa tecnica e raggiunsero un buon livello di accordo prima di incominciare lo studio. Le osservazioni vennero compiute a casa delle madri. Tutte le madri accolsero cordialmente l'osservatrice e le sedute erano precedute da dieci o quindici minuti di conversazione generale mentre la madre e l'osservatrice prendevano insieme una tazza di caffè e « facevano conoscenza ». All'inizio di ogni seduta si dava alla madre una scatola contenente carta e pastelli, un barattolo di creta, due libri illustrati, dei pezzetti di legno e alcuni piccoli giocattoli. Le si chiedeva di giocare con suo figlio per mezz'ora usando i giocattoli della scatola o qualunque altro giocattolo il bambino gradisse. (Solo una madre in ogni gruppo usò giocattoli diversi da quelli della scatola). Nella maggior parte dei casi le madri preferivano tenere la seduta di gioco in cucina con bam-

bino, madre e osservatrice seduti intorno allo stesso tavolo.

Osservazioni compiute in un ambiente tanto naturale corrono il rischio di essere influenzate dall'immediata sensazione che l'osservatrice ha delle condizioni e del modo di vita del soggetto esaminato. Pur riconoscendo l'inevitabilità di questo problema, l'osservatrice sentiva che il vantaggio di osservare le madri nel loro ambiente domestico avrebbe avuto più peso di qualunque altro condizionamento. Durante i trenta minuti della seduta il comportamento della madre veniva classificato in una categoria ogni cinque secondi. Fatti imprevedibili che capitano in ogni casa (il pianto di un bambino, lo squillo del telefono) resero impossibile raggiungere un totale di 360 osservazioni esatte per ogni seduta, e così tutti i dati vennero estesi propor-

zionalmente fino a trecentosessanta per la parte della osservazione. Venne usato il valore medio per paragonare i due gruppi. Erano necessari livelli di significatività a due indici.

## RISULTATI

Le madri del basso ceto e quelle del ceto medio differivano tra loro solo in due categorie. Le madri di estrazione sociale inferiore avevano un atteggiamento direttivo, critico e di intromissione. Mostravano anche una scarsa tendenza ad impegnarsi in un gioco più partecipato. Le frequenze medie di ogni categoria sono indicate nella tabella 1. Sono state incluse nella tabella anche le frequenze medie ricavate dai dati di Zurich.

Tabella 1

### FREQUENZE MEDIE DEL COMPORTAMENTO MATERNO OSSERVATE OGNI CINQUE SECONDI PER TRENTA MINUTI

<i>Categoria comportamentale</i>	<i>Basso ceto</i>	<i>Ceto medio</i>
Prendere contatto	104,6 ( 59,9)	122,7 (160,5) c
Osservare attentamente	80,8 ( 70,8)	120,7 (117,2) c
Perdere contatto	45,3 (215,4)	32,3 ( 32,1) c
Aiutare	35,2 ( 8,0)	23,7 ( 2,1) c
Dirigere	31,0 ( 3,5)	7,9 ( 2,0) b,
Organizzare	27,0 ( 3,4)	23,4 ( 3,3)
Intervenire nel gioco	8,8 ( 2,0)	5,6 ( 5,1) c
Limitare, criticare, interferire	8,4 ( 2,2)	1,7 ( 1,9) b
Insegnare	7,9 ( 3,2)	6,0 ( 5,3) c
Dare permesso / Offrire collaborazione	4,1 ( 9,0)	6,3 ( 5,0) a,
Intromettersi per organizzare	3,9 ( 3,0)	3,3 ( 2,3) c
Esprimere affetto e lode / Rassicurare	3,1 ( — )	6,4 ( 2,1)

Le cifre in parentesi sono le frequenze medie ricavate dai dati pubblicati da Zurich.

a) Solo « offrire collaborazione » fu significativo.

b) Categorie che mostrano rilevanti differenze nella presente ricerca.

c) Categorie che mostrano rilevanti differenze nello studio di Zurich.

## DISCUSSIONE

Si sono osservate pochissime differenze tra le madri del basso ceto e quelle del ceto medio. Le differenze rilevate indicano che le madri di basso ceto cercano di controllare e dirigere il comportamento dei propri figli più da vicino delle madri del ceto medio. Altri ricercatori hanno riferito risultati molto diversi. ZUNICH e collaboratori non solo trovarono molte più differenze tra i gruppi sociali, ma anche rilevarono differenze in direzione opposta a quella del presente studio. Le madri di bassa estrazione sociale da loro osservate davano pochi ordini ed erano poco disposte a intervenire, mentre nel presente studio mostrano spesso tale tendenza. ZUNICH osservò i suoi soggetti, che sembra fossero molto simili a quelli del presente studio, in un laboratorio universitario. I ricattoli offerti e le istruzioni date alle madri nelle sue ricerche differivano leggermente dalle nostre. KOGAN e WIMBERGER (8) studiarono l'interazione tra le madri e i loro figli di quattro-cinque anni per mezzo di uno specchio unidirezionale in ambiente di laboratorio, usando una tecnica di registrazione molto diversa da quella di ZUNICH.

Essi conclusero che i soggetti di basso ceto erano più staccati l'uno dall'altro e meno impegnati in un interscambio sociale: li descrissero anche come più autoritari e dominanti del gruppo di ceto medio. BEE e Coll. (2), sfruttando la situazione della sala d'aspetto per osservare le coppie di madri e figli, trovarono che le madri del basso ceto esercitavano un maggior controllo, ma erano meno attente del gruppo di ceto medio.

Nonostante alcune differenze di soggetti e metodi, i precedenti studi sembrano trovarsi sostanzialmente d'accordo. Essi descrivevano le madri della classe inferiore come molto diverse dalle madri del ceto medio e consideravano come differenza saliente un più basso grado di partecipazione ed una minor frequenza di interventi positivi. Si trovò anche tra le madri di basso ceto un tipo di comportamento più autoritario e un maggior controllo.

Per contrasto, nel presente campione non c'è quasi differenza tra le madri del basso ceto e quelle del ceto medio. Le madri di bassa estrazione sociale sembrano più preoccupate di controllare e dirigere i propri figli, ma non mostrano la minima tendenza ad essere disattente, distratte o distaccate dai propri figli rispetto alle madri del ceto medio, e sono ugualmente disposte ad accudire, aiutare, cooperare, rassicurare. (Il loro stile o modo di esercitare queste mansioni può naturalmente differire, come indica il lavoro di HESS, e SHIPMAN (7) e di OLIM) (11).

È improbabile che la conoscenza della condizione socio-economica dei soggetti da parte degli osservatori abbia contribuito a questi risultati. Poiché entrambi gli osservatori si aspettavano di vedere confermati i dati di ZUNICH (16), qualunque condizionamento avrebbe aumentato piuttosto che ridotto le differenze osservate tra i due gruppi.

L'ambiente familiare in cui fu effettuato il presente studio può in gran parte spiegare la discordanza con precedenti ricerche. Il suo scostarsi dai risultati di ZUNICH in particolare, si spiega molto meglio con fattori situazionali: la

tecnica di osservazione e i soggetti campione erano infatti molto simili a quelli di ZUNICH. Si può ancora obiettare che le madri avvicinate durante questa ricerca si trovavano in una situazione insolita — la presenza nella loro cucina di un osservatore che fermava un orologio e registrava. — Era tuttavia una situazione in cui le madri del basso ceto si comportavano esattamente allo stesso modo delle loro controparti del ceto medio. Può darsi che gli osservatori non abbiano osservato un tipico comportamento domestico durante questa ricerca, ma è probabile che vi si siano avvicinati di più che se fossero stati in un laboratorio.

CAZDEN (4), DICKIE e BAGUR (5)

discutono ciò che CAZDEN definisce « la situazione dei trascurati » negli studi sul linguaggio infantile. Pensano che i bambini del basso ceto possano reagire in modo speciale alla specifica situazione in cui si trovano e raccomandano di prestare maggiore attenzione al contesto da cui emerge il linguaggio. Si potrebbero fare gli stessi commenti riguardo agli studi sui rapporti madre-figlio. Sembra auspicabile una maggiore comprensione della variabilità del comportamento materno nelle diverse situazioni prima di trarre conclusioni sui comportamenti materni tipici e specialmente prima di fare illazioni sulla natura nociva di tale comportamento nelle famiglie di basso ceto.

## BIBLIOGRAFIA

1. BARATZ S., BARATZ J.: Early childhood intervention: the social science base of institutional racism. *Harvard Ed. Rev.*, 40, 29-50, 1970.
2. BEE H. et al.: Social class differences in maternal teaching strategies and speech patterns. *Development. Psychol.*, 1, 726-734, 1969.
3. BISHOP B.: Mother-child interaction and the social behavior of children. *Psychol. Monogr.*, 65 (328), 1951.
4. CAZDEN C.: The neglected situation in child language research and education. In *Language and Poverty: Perspectives on a Theme*, F. Williams, Ed. Markham Publishers, Chicago, Ill., 1970.
5. DICKIE J., BAGUR J.: Considerations for the study of language in young low-income minority-group children. *Merrill-Palmer Quart.*, 18, 25-38, 1972.
6. GINSBERG H.: *The Myth of the Deprived Child*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1972.
7. HESS R., SHIPMAN V.: Early experience and the socialization of cognitive modes in children. *Child Developm.*, 36, 869-888, 1965.

8. KOGAN K., WIMBERGER H.: Interaction patterns in disadvantaged families. *J. Clin. Psychol.*, 25, 347-352, 1969.
9. MERRILL B.: A measurement of mother-child interaction. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 41, 37-49, 1946.
10. MOUSTAKAS C., SIGEL I., SHALOCK H.: An objective method for the measurement and analysis of child-adult interaction. *Child Develpm.*, 27, 109-134, 1956.
11. OLIM E.: Maternal language styles and children's cognitive behavior. *J. Spec. Ed.*, 4, 53-68, 1970.
12. SHALOCK H.: Observation of mother-child interaction in the laboratory and in the home. Unpublished doctoral dissertation, University of Nebraska, 1956.
13. STROUFE L.: A methodological and philosophical critique of intervention oriented research. *Developmnt. Psychol.*, 2, 140-145, 1970.
14. TULKIN S.: An analysis of the concept of cultural deprivation. *Developmnt. Psychol.*, 6, 326-339, 1972.
15. WALTERS J., CONNOR R., ZUNICH M.: Interaction of mothers and children from lower class families. *Child Develpm.*, 35, 433-440, 1964.
16. ZUNICH M.: A study of the relationships between child-rearing attitudes and maternal behavior. *J. Exp. Ed.*, 30, 231-341, 1961.

## LE RAPPRESENTAZIONI D'OGGETTO NEI SOGNI E I TESTS PROIETTIVI (I)

**A. KROHN**

**M. MAYMAN**

ALAN KROHN È ASSISTENTE DI PSICOLOGIA PRESSO L'UNIVERSITÀ DEL MICHIGAN AD ANN ARBOUR. MARTIN MAYMAN È PROFESSORE DI PSICOLOGIA PRESSO LA STESSA UNIVERSITÀ E COAUTORE INSIEME A KARL MENNINGER E PAUL PRUYSER DEI DUE VOLUMI: « THE VITAL BALANCE » E « A MANUAL FOR PSYCHIATRIC CASE STUDY ». IL LAVORO È STATO PUBBLICATO CON IL TITOLO « OBJECT REPRESENTATIONS IN DREAMS AND PROJECTIVE TESTS » SULLA RIVISTA BIMESTRALE EDITA DALLA MENNINGER FOUNDATION « BULLETIN OF THE MENNINGER CLINIC », VOL. 38, N. 5, SEPTEMBER 1974. IN QUESTO NUMERO DI « AGGIORNAMENTI » PRESENTIAMO UNA PRIMA PARTE INTRODUTTIVA DEL LAVORO: LA TRADUZIONE DELLE RIMANENTI PARTI APPARIRÀ NEL CORSO DELL'ANNATA 1976.

### Scopo del presente studio

Lo scopo dello studio che qui riportiamo era quello di estendere la ricerca basata sui tests proiettivi alle relazioni d'oggetto e la psicologia dell'io al campo del sogno manifesto.

Ci siamo inoltre proposti di portare avanti e perfezionare le scoperte di MAYMAN (1967) secondo cui il contenuto del test proiettivo può essere validamente utilizzato per esplorare una dimensione delle relazioni d'oggetto su tipo di quella definita da KERNBERG.

Se esiste una stretta correlazione fra le registrazioni della rappresentazione d'oggetto ottenute tramite l'Early Memories Test, il test di Rorschach e la Object Representation Scale for Dreams (che descriveremo più avanti), nonché fra queste misurazioni e le valutazioni cliniche della qualità delle relazioni d'oggetto e dell'estensione della psicopatologia, risulta allora confermata la validità del « livello di rappresentazione d'oggetto » come variabile importante.

All'origine dello studio stava un'ipotesi principale: vale a dire che il livello di rappresentazione d'oggetto costituisce una valida e durevole dimensione dell'io e che pertanto esso dovrebbe emergere dall'analisi di una serie di diverse produzioni egoiche. Lo studio intendeva inoltre stabilire l'efficacia di un approccio che fondi lo sviluppo della ricerca sulle sofisticate e sottili capacità di giudizio di medici che hanno alle spalle un *training* estremamente valido.

Gli ultimi dieci anni hanno testimoniato della fioritura di un *corpus* di ricerche il cui intento è quello di integrare lo studio psicoanalitico delle rela-

zioni d'oggetto con la psicologia del test proiettivo. MAYMAN (1969), ad esempio, ha dimostrato che partendo esclusivamente da un'analisi contenutistica delle rappresentazioni d'oggetto prodotte da un individuo nell'ambito del test di Rorschach, è possibile predire i *ratings* psichiatrici indipendenti della psicopatologia del soggetto stesso. Egli considera i *primi ricordi* (*early memories*) come ricostruzioni di « intrusivi temi interpersonali che definiscono ciò che stabilmente la persona si aspetta dagli altri » (1968, p. 304), e sostiene inoltre che l'Early Memories test costituisce un'utile fonte di dati per quanto concerne la differenziazione e la ricchezza delle rappresentazioni d'oggetto (*internal object images*). Questo tipo di test non solo aiuterà lo psicologo a valutare i modelli psichici interiori che determinano la sfera dei modi in cui un soggetto sperimenta gli altri, ma, come aggiunge MAYMAN, esso permetterà anche di cogliere qualcosa a proposito della generale maturità ed integrità delle rappresentazioni d'oggetto.

Procedendo da quest'idea, MAYMAN e RYAN (1972) stanno costruendo e saggiando una scala per valutare i primi ricordi, in modo da poter studiare le differenze individuali nel campo della mutualità, profondità, calore, flessibilità, stabilità, complessità, distorsione, e consistenza del *mondo oggettivo interiore*. Questa loro scala richiede al medico di applicare le proprie capacità empatiche al contenuto dei primi ricordi. BLATT (1970), SCHAFER (1967), e PHILLIPSON (1955) hanno anche cercato di utilizzare i tests proiettivi per studiare le differenze individuali rileva-

bili nella qualità delle rappresentazioni d'oggetto.

Una letteratura di carattere teorico, clinico e sperimentale che si sviluppa costantemente descrive analisi « proiettive » del contenuto manifesto dei sogni simili a quelle di cui si è parlato. ERIKSON (1954) mise in luce la possibilità di cogliere a partire dal contenuto manifesto del sogno differenze individuali nei caratteristici stili di difesa, percezione e attività dell'io (*ego*). JONES (1962) cercò di descrivere il complesso gioco reciproco delle modalità psicosociali nel sogno manifesto. ARLOW e BRENNER (1964), nell'ambito del loro tentativo di consolidare una teoria psicoanalitica strutturale, hanno de-enfaticizzato il ruolo delle idee inconscie e dei processi primari nei sogni in favore di una diversa prospettiva che vede il sogno come qualcosa di simile ad un sintomo nevrotico, vale a dire come un prodotto del gioco reciproco dell'io e del super-io a vari livelli di regressione. RAPAPORT (1967) mostrò di assegnare all'io nel processo onirico un ruolo di questo tipo quando descrisse diversi livelli di regressione cognitiva in situazioni diverse: da svegli, sotto ipnosi e in sogno. ADELSON (1960) e SCHECTER e Coll. (1965) trovarono differenze stilistiche e caratterologiche fra i contenuti manifesti del sogno di diversi soggetti. BRENNIS (1967) scoprì che il sogno manifesto si conforma a differenze esistenti nell'orientamento egoico degli uomini e delle donne. KROHN e GUTMANN (1971) descrissero cambiamenti nell'orientamento egoico espresso nel sogno manifesto a secondo dell'età dei soggetti.

(continua)

BIBLIOGRAFIA

1. ADELSON J.: Creativity and the Dream. *Merrill-Palmer Quart.*, 6, 92-97, 1960.
2. ARLOW J.A. & BRENNER C.: *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*. New York: International Universities Press, 1964.
3. BLATT S.: Some Order on Thought Disorder. Unpublished manuscript, Yale University, 1970.
4. BOSS M.: Psychopathologie der Traumes Bei Schizophrenen Organischen Psychoser. *Z. Ges. Neurol. Psychiat.*, 162, 459-94, 1938.
5. BRENNEIS C.B.: Differences in Male and Female Ego Style in Manifest Dream Content. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, 1967.
6. BRENNEIS C.B.: Features of the Manifest Dream in Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 153, 81-91, 1971.
7. ERIKSON E.H.: The Dream Specimen of Psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 5-56, 1954.
8. FAIRBAIRN W.R.: *An Object Relations Theory of Personality*. New York: Basic Books, 1952.
9. FREUD S. (1900): *The Interpretation of Dreams*. New York: Avon Books, 1965.
10. GUNTRIP H.J.: *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self*. New York: Basic Books, 1971.
11. JONES R.M.: *Ego Synthesis in Dreams*. Cambridge, Mass.: Schenkman Publishing Co., 1962.
12. KANT O.: Dreams of Schizophrenic Patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 95, 335-47, 1942.
13. KERNBERG O.: Structural Derivatives of Object Relationships. *Int. J. Psychoanal.*, 47, 236-53, 1966.
14. KERNBERG O.: Borderline Personality Organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 15, 641-85, 1967.
15. KLEIN M.: *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945*. London: Hogarth Press, 1948.
16. KOHUT H.: *Analysis of the Self*. New York: International Universities Press, 1971.
17. KROHN A. & GUTMANN D.: Changes in Mastery Style with Age: A Study of Navajo Dreams. *Psychiatry*, 34, 289-300, 1971.
18. LANGS R.J.: Manifest Dreams from Three Clinical Groups. *Arch. Gen. Psychiatry*, 14, 634-43, 1966.
19. LUBORSKY L.: Clinicians' Judgments of Mental Health. *Arch. Gen. Psychiatry*, 7, 407-17, 1962.
20. MACK J.E.: Dreams and Psychosis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 17, 206-21, 1969.
21. MAYMAN M.: Object-Representations and Object-Relationships in Rorschach Responses. *J. Project. Techn.*, 31, 17-25, 1967.
22. MAYMAN M.: Early Memories and Character Structure. *J. Project. Techn.*, 32, 503-16, 1968.
23. MAYMAN M. & RYAN E.: Object Relations in Early Memories Scale. Unpublished manuscript, 1972.
24. NOBLE D.: A Study of Dreams in Schizophrenia and Allied States. *Am. J. Psychiatry*, 107, 612-16, 1951.
25. PHILLIPSON H.: *The Object Relations Technique*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1955.



6. RAPAPORT D.: Cognitive Structures. In *Collected Papers*, Merton Gill, ed. New York: Basic Books, 631-64, 1967.
7. RICHARDSON G.A. & MOORE R.A.: On the Manifest Dream in Schizophrenia. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 11, 281-302, 1963.
8. SCHAFER R.: On the Psychoanalytic Study of Retest Results. In *Projective Testing and Psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1967, pp. 70-82.
9. SCHECTER N., SCHMEIDLER G.R. & STAAL M.: Dream Reports and Creative Tendencies in Students of the Arts, Sciences and Engineering. *J. Consult. Psychol.*, 29, 415-21, 1965.
10. WINNICOTT D.W.: The Child and the Outside World. Janet Hardenberg, ed. New York: Basic Books, 1957.

## LA PSICOTERAPIA DEL MASOCHISMO MORALE

R.H. KEITER

IL DOTTOR ROBERT H. KEITER LAVORA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA DEL MEDICAL COLLEGE OF VIRGINIA A RICHMOND. QUESTO SUO ARTICOLO È STATO PUBBLICATO IN INGLESE SU «AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY», VOL. XXIX, N. 7, JANUARY 1975.

*Viene fatta una rassegna dell'approccio psicoterapeutico e delle tecniche adottate con i pazienti sadomasochisti. Il terapeuta che ha a che fare con un paziente profondamente negativista deve tener testa agli stress particolari cui va incontro, per mezzo delle sue capacità di conservare l'empatia e di applicare regole flessibili. È importante interpretare le relazioni al di fuori della terapia, al fine di evitare un rapporto di transfert troppo masochista. Ugualmente importante è permettere al paziente di provare un senso di padronanza e di uguaglianza con il terapeuta. Può allora aver luogo l'interpretazione di un transfert meglio controllato, sebbene possa essere richiesta una maggior fermezza da parte del terapeuta. In questo modo le difese possono essere abbandonate.*

*La colpa repressa che provoca stimolo può essere riconosciuta e introiezioni migliori possono prendere il posto dell'identificazione con la madre predepressiva. Il successo in questa impresa costituisce un risultato significativo per il terapeuta e una notevolissima vittoria per il paziente.*

*L'approccio psicoterapeutico al sadomasochismo viene discusso con il supporto di esempi clinici. I necessari attributi del terapeuta e le tecniche terapeutiche specifiche vengono messe in rilievo in modo da evitare le reazioni terapeutiche negative, distruttive e incontrollabili. Un transfert meglio strutturato può essere interpretato con risultati benefici.*

« Ci sono persone che durante il lavoro di analisi si comportano in un modo particolare. Quando ci si rivolge loro dimostrando fiducia o si esprime soddisfazione per il progresso del trattamento, essi manifestano segni di scontentezza e la loro condizione peggiora invariabilmente... Prende dunque campo la convinzione che simili persone oltre a non sopportare alcun tipo di lode o apprezzamento reagiscono anche in maniera opposta all'andamento della terapia. Ogni soluzione parziale che dovrebbe risolversi e che con le altre persone in effetti si risolve, in un miglioramento o in una sospensione temporanea dei sintomi finisce per produrre in loro un inasprimento dei disturbi ».

Questa citazione da SIGMUND FREUD sottolinea le difficoltà che si incontrano nella cura di pazienti che presentano

endenze sadomasochiste (1). Il masochismo è una caratteristica universale della natura umana, specialmente in quelle culture in cui la sofferenza viene saltata e la negazione del piacere è considerata una virtù. E forse questa concezione è esasperata nella società cristiana occidentale (2).

FREUD trovò il masochismo un enigma così intricato che propose un nuovo istinto, l'istinto di morte, come punto centrale della descrizione psicodinamica (3). Numerosi autori hanno tentato di spiegarlo senza ricorrere all'istinto di morte, anche per mantenere intatta la validità fondamentale del principio piacere-dolore che, a prima vista, sembra violato dal masochista. Questo saggio tenta di offrire suggerimenti e proposte per un approccio al problema in psicoterapia.

Sarà utile, per illustrare questo punto, fare la descrizione di alcuni casi osservati dall'autore mentre prestava servizio come interno nel reparto psichiatrico del North Carolina Hospital.

## PRIMO CASO

Il signor F., bianco, cinquantacinque anni, sposato, era ricoverato per il disturbo principale dei « tremori ». Fece un lungo racconto di un rapporto di dipendenza passiva con una moglie che era arrivata a disprezzarlo per la sua inerzia e per il suo scarso rendimento sul lavoro. Lo aveva lasciato molte volte e non si era preoccupata di nascondergli diverse relazioni extraconiugali. Il paziente era un assicuratore e quando sul lavoro si faceva particolarmente pres-

sante, cadeva preda di attacchi di panico che si manifestavano con un violento tremore alle mani. Di fronte a questo sintomo, il suo medico curante gli consigliò di rivolgersi altrove.

Il paziente raccontò di aver subito continui maltrattamenti da parte di numerose persone, a cominciare dai genitori. Il padre, che lavorava nelle ferrovie, era un alcolizzato e si assentava abitualmente da casa. A volte era violento e dava poco affetto o niente del tutto. Il fratello maggiore era il prediletto della madre, che faceva grandi sacrifici per assicurargli gli studi all'Università. Al paziente questo privilegio era negato e i familiari si aspettavano che contribuisse a mantenere agli studi il fratello.

Quando il Signor F. si sottopose alla terapia, la sua unica preoccupazione era che fossero eliminati come per magia la sua ansia e i suoi tremori. Evitò di parlare di sé se non in termini di sintomi. Assunse un atteggiamento eccessivamente virile, che era una mascheratura evidente della sua tremenda depressione e dei suoi sentimenti di indegnità. Furono fatti tentativi perché esternasse i suoi sentimenti riguardo agli eventi e alle vicissitudini della propria vita, ma egli evitava accuratamente di rispondere, affermando: « Dottore, non voglio parlare di queste cose; voglio solo che lei faccia qualcosa per questo » (riferendosi ai tremori). Quando parlava dei problemi della vita, lo faceva mettendo in primo piano le sue disgrazie e i suoi valorosi sforzi per superarle. Osservare che i sintomi aumentavano e che il paziente meditava il suicidio portò il terapeuta a sentirsi frustrato e a dubi-

tare di se stesso. Quando giunse il momento di fare una rotazione dei medici interni, questo paziente fu affidato a un altro terapeuta, e l'autore ammetteva francamente di aver fallito.

Ben presto si sviluppò con il nuovo medico una situazione analoga. Alla fine il paziente fu sottoposto ad una terapia di shock senza che ne derivasse alcun evidente beneficio. Si scelse allora una linea di condotta che consisteva nell'evitare accuratamente di dare considerazione al paziente in modo da persuaderlo a tornare nella società. Tutte queste manovre fecero sì che il suo masochismo diventasse ancora più forte, e, quando la sua sfida velata continuò senza dar segno di diminuire, fu trasferito in un ospedale di stato, dove continuò a provocare il rifiuto da parte degli altri.

## SECONDO CASO

La signora E., una donna di trentotto anni, sposata, bianca, di professione casalinga, entrò in ospedale per la seconda volta, a causa di una « depressione ». Questa comprendeva un complesso di sintomi che si manifestavano con un senso di affaticamento, crisi di pianto e periodi di ansia intensa in cui la paziente sentiva un dolore atroce che assomigliava a una « corrente elettrica » che la percorreva dalla testa ai piedi. Secondo quanto aveva ammesso in precedenza, aveva manifestato gravi sintomi ossessivo-compulsivi, stati d'ansia, ed aveva avviato un processo distruttivo che l'aveva portata a strapparsi i capelli fino al punto di dover ricorrere ad una parrucca: la stessa parrucca era stata

poi lacerata a colpi di forbici.

La paziente aveva un figlio, descritto come una personalità anti-sociale, che firmava assegni falsi, era arrestato spesso per guida pericolosa e senza patente e si comportava in altri modi provocatori. La signora E. aveva incoraggiato questo comportamento andando alla ricerca del figlio tutte le volte che si trovava nei guai. Fu dopo che il ragazzo se ne andò da casa e cominciò a comportarsi in modo più responsabile che ella venne per la cura.

Raccontò le sue continue sofferenze, alcune delle quali veramente atroci. Era nata in Germania ed era stata l'oggetto indifeso di una madre che le preferiva la sorella minore. La sorella era stata malata per gran parte della giovinezza e la famiglia ruotava intorno a lei e faceva molti sacrifici per provvedere alle sue cure. Sulla paziente ricadeva il peso di quasi tutti i lavori di casa e delle cure alla sorella mentre i genitori erano a lavoro. Il padre era un uomo violento che la picchiava spesso. Durante la seconda guerra mondiale sopportò incredibili privazioni e sotto la direzione della madre si sacrificò fino al martirio per salvare la famiglia dalla fame. Questo stato di cose cessò infine quando conobbe un soldato americano che la sposò e la portò nel suo paese.

Pur avendo fin da principio un atteggiamento spontaneo, la paziente prendeva posizione contro ogni sforzo della psicoterapia, affermando che non poteva esserle di aiuto. Fu possibile penetrare nella dinamica di gran parte delle sue difficoltà, ma ella rispondeva sempre con commenti del tipo: « Vede, questo non mi aiuta per niente ». Mentre

l'autore perseverava ostinatamente con la psicoterapia, ella diventava sempre più indisponente e i sintomi aumentavano a un livello spaventoso. Divenne estremamente ansiosa, aveva improvvisi sudori, si dondolava costantemente sulla seggiola, e andò incontro ad alcuni episodi di iperventilazione. Richiese ripetutamente la terapia di skock. Sebbene inizialmente contrario, alla fine l'autore fu d'accordo, soprattutto quando le preoccupazioni per i sintomi della paziente e le sue frustrazioni aumentarono. Fortunatamente ciò fu interpretato dall'autore dal suo supervisore e, a sua volta, il provocatorio atteggiamento di confidenza nei confronti della terapia fu interpretato alla paziente. Per un breve periodo fu sottoposta a trattamenti di skock, ma, contemporaneamente, continuava con la psicoterapia. Per mezzo di interpretazioni divenne più accondiscendente e un giorno chiese nel modo più spontaneo: « Sono una masochista? » Da questo momento incominciò a capire che era lei la responsabile di gran parte delle sue sofferenze e ne derivò di conseguenza un certo miglioramento dei sintomi.

La psicoterapia continuò per un breve periodo di tempo fuori dell'ospedale. La paziente riprese ad attaccare il terapeuta e l'idea della psicoterapia, chiedendo « A cosa può servire parlare? ». In quel periodo stava sviluppando un *transfert* positivo con marcate tonalità sensuali, che si rilevavano nelle sue frequenti domande sullo stato coniugale del terapeuta e in ricordi di lontani sposalizi. Si rifiutò di soffermarsi su questi sentimenti e decise di interrompere la terapia quando sentì che le tor-

nava l'ansia. Alcuni mesi dopo ricevette una sua lettera in cui richiedeva un certificato di dimissioni dall'ospedale per un medico ed esprimeva un apprezzamento senza dubbio sincero per i miei sforzi.

### TERZO CASO

Il signor A., bianco, cinquantacinque anni, era disoccupato e soffriva di diabete. Egli descriveva in questi termini il disturbo che aveva reso necessario il ricovero: « Sono tutto impedito, emozionalmente e fisicamente ». Era disoccupato da quindici anni, se si eccettua un lavoro a tempo parziale presso un negozio che affidava piccole riparazioni da fare a domicilio. Era mantenuto dalla moglie e riceveva assegni di invalidità dall'Associazione Reduci. Spiegava che era inabile al lavoro a causa del diabete. Era stato ricoverato otto volte nei dieci anni precedenti, senza nessun evidente beneficio a lunga scadenza. Si lamentava di un vago senso di depressione. Fin da principio parlava con amarezza del brutto modo in cui la moglie lo aveva trattato. Secondo lui era lei che regolava l'andamento della casa e andava e veniva quando voleva. Si sentiva intrappolato, poiché il diabete e la dipendenza finanziaria gli impedivano di lasciare la moglie.

Raccontò della madre che gli aveva preferito un cugino e gli faceva notare in continuazione le doti di questo cugino, mentre puniva lui per le sue scarse capacità in tutti i campi. Il padre era un individuo freddo, indifferente e poco espansivo.

All'inizio l'autore utilizzò la moglie del

paziente come « assistente terapeuta » nel tentativo di aiutarlo a capire la sua relazione patologica con lei. Il paziente trovò errori in tutti i suggerimenti e sebbene provasse un sentimento positivo nei riguardi dell'autore, incominciò a lamentarsi amaramente della terapia ricreativa.

La pazienza dell'autore diminuiva man mano che crescevano le lamentele, i modi indisponenti e il rifiuto di qualsiasi consiglio da parte del signor A. In un notevole episodio contro-trasferale l'autore prescrisse che il paziente doveva essere accompagnato alla terapia ricreativa dal personale infermieristico. Questo fece sì che egli si lamentasse per la prima volta legittimamente dell'ospedale e del suo medico, e lo fece andare su tutte le furie. Alla fine gli fu detto che, se non era in grado di cooperare con il programma di trattamento, avrebbe dovuto andarsene e che la sua mancanza di cooperazione si manifestava soprattutto nel rifiuto di aiutare sé stesso. Il paziente controbatté domandando cosa avrebbe fatto l'autore se egli si fosse rifiutato contemporaneamente di andarsene e di cooperare. Il paziente era riuscito con successo a manovrare l'autore in un contesto di sterili battute e la terapia era giunta ad un punto morto.

Di lì a poco, il paziente comunicò all'autore di aver raggiunto il « massimo beneficio del ricovero ». Disse che aveva recepito il messaggio secondo cui non c'era niente che noi potessimo fare per sua moglie o per la sua situazione familiare, e che questi erano problemi che doveva affrontare di sua iniziativa. Accettò l'assistenza dell'Istituto di Riabi-

lizzazione Professionale per cercare un lavoro. Affermò: « Come diceva mio padre "O la fai o scendi dal vaso" ». Lasciò l'ospedale piuttosto soddisfatto, ma con un persistente odio verso la moglie.

## DISCUSSIONE

I precedenti casi illustrano alcune delle difficoltà che si incontrano nel trattare il paziente masochista. Sapere che terapeuti con un bagaglio di esperienze più ampio hanno incontrato simili difficoltà, non è di grande conforto.

Il *transfert* masochista è un serio ostacolo alla terapia, e qualsiasi paziente, se lo desidera, può far fallire la terapia. L'unico espediente cui può ricorrere il terapeuta è quello di analizzarlo come una qualsiasi altra forma di resistenza al *transfert*, osservarlo obiettivamente, e scoprire il più possibile il suo significato inconscio come difesa e come gratificazione e punizione. BRENNER sottolinea l'importanza di questi punti, come pure la difficoltà di realizzarli.

Come è dimostrato dalle numerose descrizioni offerte dalla letteratura la dinamica del masochismo è molto complessa. Il terapeuta deve imparare i significati del comportamento masochista e lo scopo che esso ha nella vita mentale del paziente; deve inoltre percepire con acutezza quando esso compare nel corso della terapia, per quanto sia mascherato. Il terapeuta assume il ruolo di un adulto comprensivo che deve trattare, nel modo più ragionevole possibile, l'equivalente di un bambino scontento, testardo, provocatorio; un compito difficile ma non impossibile (4).

KELMAN ha elencato alcune delle difficoltà che sorgono nel corso della terapia di lunga durata. Si possono far emergere il comportamento psicotico, tendenze psicopatiche e schemi nevrotici (5). MENAKER (6) sostiene che il masochismo può essere il solo mezzo che il paziente ha a disposizione per difendersi da una nevrosi. È la reazione a livello orale a sentimenti di impotenza, di odio verso sé stesso, di indegnità, che sono la conseguenza del sadismo contrastato o manifesto della madre. Il paziente mantiene il tenue legame con la madre assumendo il ruolo di fallito, si autodisprezza, e completa così l'atteggiamento della madre depressa. Questo lo difende dalla dissoluzione della relazione, dal totale abbandono, e, insieme a ciò, dalla psicosi. La paura e la tensione inerenti al comportamento masochista sono più sopportabili del tanto temuto abbandono (6).

Poiché una terapia che voglia essere efficace deve evocare questi sentimenti, può darsi che provochi una fase psicotica o una tendenza al suicidio, o entrambe le cose. Quando ciò si verifica, il terapeuta si trova di fronte a una decisione drastica. Può essere il momento decisivo per affrontare i problemi fondamentali, ma può anche essere un periodo spaventoso sia per il paziente che per il terapeuta.

Interrompere saltuariamente la terapia per brevi periodi di tempo può essere molto vantaggioso con certi pazienti. La sensibilità del terapeuta e il suo rapporto con il paziente determinano la direzione che dovrà prendere il corso della terapia. Gli episodi psicotici e i tentativi di suicidio possono verificarsi

in qualsiasi momento. La terapia può protrarsi per molti anni con uno o più terapeuti (5).

I fattori più importanti nella terapia del masochista sono l'atteggiamento, l'autocontrollo e la percettività del terapeuta. BERLINER afferma giustamente che non è facile mantenere un atteggiamento analitico quando lo zelo che si mette nel condurre la terapia è così abilmente frustrato. Il paziente cerca di fare del terapeuta un sadico e un voyeur e qualsiasi interpretazione gli dia il terapeuta, egli vorrebbe che ne avesse data un'altra. Il terapeuta può essere tentato inconsciamente di prender parte al comportamento sadomasochista, se non riesce a riconoscere la natura della sua frustrazione. Possono derivarne sentimenti di indegnità e di impotenza proprio nella sua qualità di terapeuta, man mano che il paziente peggiora e assume la posizione ostile che si esplica in frasi come: «Guardi cosa mi sta facendo; le dispiacerà». Il terapeuta deve persistere ad analizzare le reazioni del paziente, anziché prendervi parte (7).

Adesso dobbiamo mettere in rilievo gli importanti aspetti positivi dell'atteggiamento del terapeuta. Nel fare attenzione a non conformarsi al ruolo sadico del genitore del paziente, egli può assumere questo ruolo incidentalmente, comportandosi in modo troppo oggettivo, freddo e rigido. I terapeuti che assumono una simile posizione lo ritengono necessario per portare allo scoperto le tendenze sadiche e lo reputano un utile ostacolo contro l'insorgere di atteggiamenti che esprimono una lunga sofferenza e una ricerca d'amore. Questo tipo di analisi e sangue freddo ricerca

le esperienze dell'infanzia che hanno causato i problemi del paziente. Messo a confronto con il proprio sadismo, la sua colpevolezza e la sua cattiveria, egli si sente criticato, rimproverato e indegno di fronte al terapeuta nello stesso modo in cui si era sentito di fronte ai genitori. Il terapeuta diventa così una nuova edizione del genitore patologico (8).

Ci sembra appropriata una citazione da JOHN MILLET (9): « Il nostro *training* psicoanalitico ci dà semplicemente delle cognizioni supplementari di cui non possono disporre i medici che non sono stati addestrati nella nostra disciplina. Poiché, in ogni caso, le cognizioni supplementari non aumentano necessariamente le nostre capacità di empatia, e, in alcuni casi, può essere concesso il diritto o addirittura imposto il dovere di sostituirla, non ci sorprende constatare che ci sono ancora dei sedicenti terapeuti che credono sia un loro dovere verso i pazienti, specialmente verso quelli la cui psicopatologia si esprime in modelli di comportamento masochista o in altri gravi disordini, strappar via le difese fino a che resti esposto alla vista il bambino nudo e inerme, con tutto il suo terrore irrisolto e la sua sfiducia nel mondo ».

Offrire al paziente un'atmosfera in cui trovi un'amichevole comprensione anziché critiche e punizioni, è più coerente con il principio secondo il quale nella situazione di *transfert* il terapeuta dovrebbe essere quanto più possibile diverso dal ruolo del genitore che gli viene attribuito (8).

EIDELBERG sostiene che molte delle interpretazioni offerte non possono es-

sere di nessun aiuto se si riferiscono solo alla natura infantile del paziente anziché alla situazione di *transfert*. Non solo quello che il terapeuta dice, ma anche il modo in cui lo dice, la scelta delle parole e il tono della voce ciò che risulta decisivo per il successo o per il fallimento (10). Le interpretazioni sono inutili se il terapeuta non si mantiene calmo nonostante tutte le provocazioni. Non è un compito facile, poiché queste provocazioni possono essere progettate con molta abilità (11).

MENAKER sottolinea l'importanza di un atteggiamento che rispetti la personalità del paziente; consiglia di evitare l'autoritarismo e di credere che il paziente ha la possibilità di crescere; consiglia inoltre una genuina partecipazione allo stato del paziente e sostiene che il terapeuta dovrebbe presentarsi consciamente come un essere umano che può sbagliare. Questo crea un'atmosfera di parità in cui l'*acting out* masochista non riesce ad innestarsi e dove può essere avviato un nuovo processo di identificazione. Ciò è auspicabile anche se sembra negare il ruolo abituale del terapeuta: è vero infatti che solo in questo modo la terapia può favorire lo sviluppo del *transfert* masochista. Il terapeuta occupa una posizione autorevole, poiché comprende il paziente, fornisce interpretazioni ed è, entro certi limiti, responsabile del corso e del risultato della terapia. Il suo io domina quello del paziente e questo può evocare in lui il desiderio di dipendenza e di sottomissione infantile che fu il modello originario del masochismo dell'età adulta (12).

Per le ragioni che abbiamo detto è importante che fra il terapeuta e il pa-



ente si instauri un rapporto ricco di contenuto e di sostanza, al di là di quello creato dalla situazione terapeutica. Per ottenere ciò il terapeuta deve presentarsi in modo umano e amichevole, senza il timore di rivelare al paziente qualcosa di sé. Riserverà la sua obiettività più fredda al materiale della terapia. Si presenterà in un modo che si avvicini alla sua vera personalità piuttosto che come un genitore perfetto e autoritario. Gratificherà l'io del paziente ferito nel suo narcisismo e farà di tutto per evitare una reazione terapeutica troppo negativa dalla quale il paziente non potrebbe liberarsi (12).

MILLET pensa che il ruolo del terapeuta richiede un grado di genuina empatia, di pazienza, di costanza, di fermezza e di spirito critico in misura maggiore di quanto sia richiesto in presenza di disturbi meno gravi. Ritiene che il masochismo offra ad un terapeuta la massima ricompensa, quando un paziente si è liberato con successo dalle sue catene (9).

OLINICK la pensa un po' diversamente, ritenendo che l'atteggiamento descritto sopra è un ideale cui pochi possono pervenire. Questi requisiti possono evocare un senso di colpa nel terapeuta meno esperto, che non è ancora arrivato a disporre in modo soddisfacente. Prima o poi la continua risposta negativa a tutti i tentativi terapeutici spessa dal paziente e le sue continue provocazioni mineranno le difese del terapeuta più esperto, almeno temporaneamente. Viceversa ci si potrebbe chiedere se l'identificazione empatica del terapeuta, che lo rende tanto vulnerabile agli attacchi del masochista, non

sia caduta preda delle difese. Il segreto del successo risiede nell'elaborazione delle proprie difese sadomasochiste. Un certo grado di fermezza da parte del terapeuta contro il comportamento negativo del paziente che cerca di far andare le cose come vuole lui, è consigliabile (13). Il progresso che il sottoscritto fece con i pazienti, prendeva spesso avvio quando metteva duramente a confronto il paziente con il suo impossibile negativismo. I casi dimostrano che anche quando il giovane terapeuta « perde la sua freddezza », si può ottenere ugualmente un certo beneficio, a patto che egli proceda ostinatamente e eviti di rifiutare il paziente.

Una volta che si è inserito il paziente nella terapia, rimane il difficile lavoro di interpretazione: infatti, come afferma EIDELBERG, finché il paziente sente il progresso come un rifiuto o un insulto, tutti gli scopi terapeutici sono votati al fallimento. La natura del negativismo del paziente deve in qualche modo essere dimostrata, tanto da farla apparire un tratto indesiderabile che egli vuole rimuovere. Nello stesso tempo il paziente deve capire che essere curato non significa essere vinto e fatto schiavo dal terapeuta (10).

BRENNER ritiene che la reazione masochista abbia quattro funzioni: serve da difesa, da espiazione, da gratificazione inconscia, e, soprattutto, ripete il modo di reagire ai conflitti istintuali dei primi anni di vita. La funzione difensiva può essere come un modo di proteggersi da sentimenti traumatici di perdita-impotenza, castrazione e annientamento. Questi sentimenti devono essere compresi dal paziente, ma devono essere

interpretati in modo da evitare un *transfert* masochista intenso e immediato (4).

BERLINER e la EISENBUD descrivono dei metodi attraverso i quali si può arrivare a ciò. BERLINER trova che esaminando insieme con il paziente il *transfert* che egli instaura con le persone del mondo esterno, anziché quello con il terapeuta, l'intensità del *transfert* diminuisce. All'inizio il terapeuta si limita semplicemente ad ascoltare le numerose accuse e lamentele del paziente. Il terapeuta potrà quindi far rilevare al paziente che ogni persona con cui è venuto a contatto è, in qualche modo, un oggetto d'amore o un simbolo sessuale. Il paziente non può ricevere come un insulto l'interpretazione secondo la quale egli è alla ricerca d'amore, né ciò può farlo sentire colpevole. Il concetto secondo cui la sofferenza interviene in relazione agli oggetti d'amore si può imprimere nella mente del paziente. Alla fine egli può arrivare a capire che provoca lo stesso trattamento che aveva ricevuto dal genitore, che amava senza essere corrisposto (8).

La EISENBUD si rifà a questa tecnica facendo del partner del paziente un « assistente analista » e analizzando il *transfert* su questo partner. Il terapeuta ricopre il ruolo di un alter ego del paziente e lo aiuta a sviluppare un atteggiamento e un approccio più realistici nei riguardi del partner e infine lo aiuta a comprendere in che modo quest'ultimo rappresenta le figure dei primi anni di vita. Tutto ciò può richiedere ripetute interpretazioni e molto tempo (14).

Procedendo in questa maniera, si ottiene un minimo di risposta, e quella che si ha, è più facile da analizzare. Il tera-

peuta può far notare che anch'egli è proiettato nello stesso ruolo di altri oggetti d'amore ed è una nuova edizione del vero genitore. In seguito sarà possibile interpretare al paziente la sua tendenza sadica e punitiva verso gli oggetti d'amore, spiegazione che lo avrebbe spinto a una reazione masochista ancora più grande all'inizio del trattamento, ma che adesso può accettare senza sentirsi pesantemente criticato o accusato. Il paziente può arrivare a capire che è la sua rabbia la responsabile delle sue sofferenze e dei suoi continui sensi di colpa (8).

Secondo BERLINER la fase seguente consiste nel superare l'identificazione con l'aggressore. Il paziente a questo punto può dimostrare un grande interesse e una buona cooperazione man mano che gli vengono rivelate altre cose a proposito delle sue introiezioni. Il super-lé si rilassa, il paziente riesce finalmente a distinguere l'amore dall'odio e può succedere che si adatti meglio alla vita. BERLINER aggiunge inoltre che è necessario fare attenzione se il masochismo del paziente è diretto contro conflitti edipici o preedipici. C'è una prognosi più limitata per quanto riguarda i conflitti preedipici: essi sono infatti più profondamente sepolti nell'inconscio e interessano non solo individui, ma anche situazioni e caratteristiche delle persone. Possono verificarsi situazioni traumatiche che si producono spontaneamente e complicazioni psicosomatiche e, se il *transfert* non è in corso persino il suicidio (8).

La EISENBUD propone un'altra innovazione, prestare cioè particolare attenzione alle esigenze di efficacia del ma-

ochista. Apparentemente il paziente ha bisogno di un certo tipo di vittoria in analogia con quanto succede con l'analisi dei bambini, con i quali il successo della terapia spesso dipende dal controllo che ottengono su un partner. Una vittoria può cancellare l'originaria sconfitta da parte del genitore sadico. La EISENBUD cita degli esempi in cui faceva apposta ad essere sconfitta in una discussione o faceva vincere il paziente su questioni insignificanti quali l'ora dell'appuntamento.

Alcuni « *happenings* » insoliti si sono verificati a questo proposito nella terapia. REICH si scostò in modo originale dalla terapia abituale quando si sdraiò sul pavimento con un paziente e imitò ciò che questi aveva fatto in molte sedute, mettendosi a picchiare con violenza. Questo insolito approccio infrange senz'altro le resistenze del paziente (15).

La EISENBUD ricorda un caso in cui il rapporto terapeutico negativo aveva raggiunto un'intensità tale da farle pren-

dere in considerazione la possibilità di farsi sostituire da un altro terapeuta. Il caso fu salvato quando mostrò al paziente un brano di un libro di R. W. WHITE in cui si affermava: « L'analista è permissivo con qualsiasi cosa, eccetto che con la resistenza ». Questo pensiero espresso da un'autorità maggiore cancellò l'immagine sadica che il paziente si era formata del terapeuta (14). Man mano che la terapia continua oltre questa fase, la difesa masochista può declinare e può darsi che il paziente adotti un'idea di padronanza limitata, accettabile.

OLINICK delinea gli obiettivi globali della terapia con il masochista; essi vengono raggiunti quando si stabilisce nel paziente una nuova serie di introiezioni meno odiate. Episodi di tristezza e di depressione si possono risolvere e il compito terapeutico finale consiste nell'analizzare l'identificazione con la madre preedipica depressa (13). La conclusione rappresenta una vittoria e un nuovo senso di padronanza per il paziente.

#### BIBLIOGRAFIA

1. FREUD S.: The Ego and the Id. In *Standard Edition*, Vol. 19. Hogarth Press, London, 49, 1923.
2. SALZMAN L.: Masochism: A Review of Theory and Therapy. In *Science and Psychoanalysis*, Vol. 2. Grune & Stratton, New York, 1-20, 1959.
3. FREUD S.: The Economic Problem in Masochism. In *Collected Papers*, Vol. 2. Hogarth Press, London, 255-268, 1924.
4. BRENNER C.: The Masochistic Character. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 7, 197, 1959.

5. KELMAN H.: Masochism and Self Realization. In *Science and Psychoanalysis*, Vol. 2. Grune & Stratton, New York, 21-30, 1959.
6. MENAKER E.: Masochism—A Defense Reaction of the Ego. *Psychoanal. Quart.*, 22, 205, 1955.
7. BERLINER B.: On Some Psychodynamics of Masochism. *Psychoanal. Quart.*, 16, 459, 1949.
8. BERLINER B.: Role of Object Relations in Moral Masochism. *Psychoanal. Quart.*, 27, 38, 1959.
9. MILLET J.: Masochism: Psychogenesis and Therapeutic Principles. In *Science and Psychoanalysis*, Vol. 2. Grune & Stratton, New York, 44-52, 1959.
10. EIDELBERG L.: Technical Problems in the Analysis of Masochists. *Hillside Hosp. J.*, 1, 98, 1958.
11. EIDELBERG L.: A Contribution to the Study of Masochism. In *Studies in Psychoanalysis*. International Universities Press, New York, 31-40, 1948.
12. MENAKER E.: The Masochistic Factor in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanal. Quart.*, 11, 171, 1942.
13. OLINICK S.: The Negative Therapeutic Reaction. *Int. J. Psychoanal.*, 45, 540, 1964.
14. EISENBUD R.J.: Masochism Revisited. *Psychoanal. Rev.*, 54, 561, 1967.
15. REICH W.: The Masochistic Character. In *Character Analysis*. Orgone Institute Press, New York, 1945.



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

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

La frequenza è giornaliera e la durata del periodo intensivo della cura varia da 6 a 18 mesi, essendo previsti in seguito particolari « programmi », adatti alle esigenze lavorative, scolastiche e terapeutiche di ogni singolo paziente.

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

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

Per informazioni telefonare a 010-38.12.88.

## LA MORTE PSICOGENA

**K.D. STUMPF**

PUBBLICATO IN TEDESCO SULLA RIVISTA « MEDIZINISCHE KLINIK », 68, 1973, QUESTO LAVORO DEL DOTTOR KLAUS-DIETRICH STUMPF AFFRONTA UN ARGOMENTO CHE RISULTA ANALIZZATO E CHIARIFICATO IN MANIERA APPROFONDATA NELLA MONOGRAFIA « DER PSYCHOGENE TOD » EDITA DALLA HIPPOKRATES-VERLAG DI STUTTGART NEL 1973. L'AUTORE DELL'ARTICOLO E DELLA MONOGRAFIA OPERA ATTUALMENTE PRESSO LA RHEIN. LANDESKLINIK DI COLONIA.

Nella letteratura popolare si racconta spesso di inspiegabili casi di morte dopo trasgressione a dei tabù, incantesimi, maledizioni ecc. tra gli indigeni. Tali persone si ritirano, si mettono rassegnate per terra e muoiono nel giro di poco tempo senza il minimo accenno a traumi esterni o a malattie interne.

Nel presente lavoro questo fenomeno viene chiamato in senso lato « morte psicogena », cioè una morte che ha luogo per influsso psichico. Ad illustrazione di quanto detto, riportiamo i seguenti esempi: « Già prima del nostro arrivo

il Dr. Buegers aveva dovuto amputare la gamba del ferito Schwarzen. L'operazione era andata bene, il malato era in buono stato di salute. Ma poco dopo comunicò a Buegers: " Dottore, non ho più voglia di vivere, non voglio tornare a casa con una gamba sola " così disse rifiutò il cibo e nel giro d'un giorno morì. Alcuni giorni più tardi andò da Buegers uno dei portatori e gli comunicò che un suo compagno del villaggio era morto da poco. Nella notte gli era apparso in sogno e gli aveva comunicato che anche lui presto sarebbe morto. Buegers naturalmente replicò che erano tutte sciocchezze. Eppure tre giorni dopo l'uomo era deceduto, per non voglia di vivere » (2).

« ... mi furono portati tre uomini, perché fasciassi le loro ferite. Avevano partecipato ad una caccia al leopardo e la bestia si era avventata su di loro. Due di essi presentavano gravi ferite ed il loro cuoio capelluto era quasi staccato. Il terzo non aveva molte ferite, aveva soltanto una graffiatura al collo. Mi occupai di lui per ultimo e, dopo che gli ebbi fasciato la ferita, gli dissi: " Ti è andata bene, guarirai presto ". Con mia grande sorpresa egli disse: " lo muoio ". Pensavo che esagerasse la gravità delle sue ferite, m'intrattenni con lui ancora qualche minuto e li congedai tutti e tre dicendo che tornassero il giorno dopo. Il mattino seguente ne vennero due, il terzo con il graffio al collo non c'era. Quando chiesi di lui, mi fu risposto che era morto. Era andato a casa e aveva detto di essere stato ucciso da una maggia. Dopo poco morì » (22).

« ... quando lo stregone guardò con aria truce quell'uomo, spiegò il fatto in

maniera incontestabile ed emise la sua sentenza di morte, dicendo: " lo ti ordino di morire ". Moneapik era un uomo forte e sano, nel fiore degli anni e nel pieno vigore delle forze. Normalmente avrebbe raggiunto un'età avanzata; ma la sua fede nello stregone e nella sua facoltà di mettersi in rapporto con il mondo degli spiriti era così radicata, che l'ordine divenne realmente fatale. Disse: " Mi è stato ordinato di morire ". Abbandonò le sue occupazioni, si ritirò nella tenda, mangiò e bevve pochissimo e morì nel giro di quattro giorni » (3).

Diversi lavori medici negli ultimi anni hanno più volte richiamato l'attenzione su questo tipo di morte, conosciuta di solito sotto la denominazione di « Morte voodoo ».

### **Criteri diagnostico-differenziali verso altri tipi di morte**

Non si può accantonare tale fenomeno dicendo che è il frutto di fantasie di indigeni. In base alle nostre conoscenze mediche attuali non è possibile dimostrare con esattezza scientifica l'esistenza di una morte per cause psichiche. Si può soltanto fare una diagnosi per esclusione, nel senso che tutte le altre possibili cause devono essere state escluse.

Un avvelenamento non si può mai escludere con certezza. Ma non è compatibile con l'avvelenamento il fatto che la « vittima » preveda la sua morte o la data della morte oppure che il presentimento della morte sia in rapporto con un avvenimento reale, quale per esempio la trasgressione ad un tabù. Alcuni

autori sottolineano soprattutto il fatto che non entravano in causa né il veleno, né atti di violenza. WRIGHT (24) parla di un guaritore in un caso di questo genere in cui egli stesso divorava alcuni pezzi avanzati. In un secondo caso, tutti i presenti avevano bevuto la mistura dello stregone, ma morirono soltanto i due indigeni definiti da lui come malfattori. In casi di questo genere può dunque essere esclusa la somministrazione di una dose mortale di veleno che agisca poco a poco. Non saranno qui esaminati quei casi di morte, scatenati da shock emotivi, come spavento o gioia. Una caratteristica differenziale consiste nel fatto che la morte psicogena interviene non improvvisamente, ma lentamente e dopo un lungo lasso di tempo.

### **La morte psicogena nei popoli primitivi**

Le cause scatenanti di una morte psicogena che si trovano più spesso nella letteratura sono la violazione di un tabù, il malocchio e la maledizione; quest'ultima indica in generale l'influsso esercitato attraverso una forza magica. Oltre a ciò bisogna considerare numerosi altri motivi: la convinzione di aver commesso un delitto, la nostalgia, l'amputazione di una gamba, un sogno, una ferita, un'offesa ecc., o, semplicemente, disgusto della vita.

La maggior parte dei lavori descrive uno spegnersi della vita tranquillo e lento. Non sono stati osservati avvenimenti drammatici o acuti. Ad illustrazione di quanto detto, citiamo le seguenti parole, con cui viene descritto il fenomeno: « Provare un languore interiore

sentirsi presi da una spossatezza mortale, venir meno...; le vittime sono morte, quasi che le loro forze defluissero come acqua; ha perso ogni interesse alla vita, è diventato sempre più debole, ha cessato di vivere, si è abbandonato senza più resistere al desiderio di morire...; essi allora aspettano apaticamente la morte, senza mostrare la minima preoccupazione...».

Di solito è difficile stabilire chiaramente, sulla base delle descrizioni, il lasso di tempo che intercorre tra l'avvenimento fatale e la morte. Nei casi che riportiamo qui si va da poche ore ad alcuni giorni, per lo più uno o due.

Casi di morte psicogena vengono segnalati dall'Africa, dall'Australia, dalla Nuova Zelanda, dalla Nuova Guinea; da altre isole del Pacifico, dal Nord e dal Sud America. Pertanto il fenomeno è esteso a tutti i popoli primitivi della terra e viene descritto in tutte le parti del mondo.

La realtà della morte psicogena nei popoli primitivi non è messa in dubbio dagli autori, anche se essi sono consapevoli della peculiarità e dell'inspiegabilità dei fatti riportati. I relatori sanno di descrivere un fenomeno che per un uomo di cultura europea non è comprensibile e credibile; per questo motivo essi sostengono che un conoscitore della psiche degli indigeni la pensa diversamente al riguardo. « La maledizione, lo sapevo avrebbe ucciso l'indigeno, come ne aveva già uccisi altri. Soltanto i sacerdoti europei ridono del fatto che la sentenza di morte pronunciata da uno degli stregoni può uccidere un uomo. Noi europei dei tropici lo sappiamo

Inoltre viene messa in evidenza la forte influenzabilità psichica degli indigeni. Come cause primarie saranno discussi: la suggestione da parte di altri e l'autosuggestione.

Se tali casi di morte vengono scatenati da un meccanismo psichico o hanno un punto di partenza psichico, deve essere possibile influenzarli o bloccarli con contromisure psichiche. Sono descritti dei casi in cui, per mezzo di una contro-magia o di altre contromisure psichiche poté essere interrotto il corso fatale degli avvenimenti.

Alcuni ragazzi avevano messo ad una ragazza di dodici anni del lievito in bocca, cominciò a lievitare immediatamente, e le dicevano: « È una magia; morirai ». Il relatore di questo fatto poteva aiutare la ragazza soltanto dicendo che lei avrebbe dato una magia ancora più potente. Le somministrò un pezzo di zucchero con essenza di zenzero, che per un momento le tolse il fiato (22). Mettendo in opera una contro-magia ancora più forte o con il ritiro della magia c'è la possibilità di arrestarne lo sviluppo.

### **La morte psicogena nella prigionia di guerra e nei campi di concentramento**

Descrizioni di casi di morte psicogena non si trovano soltanto nei popoli primitivi, ma anche negli uomini del ventesimo secolo. Il fenomeno della morte psicogena agisce nei prigionieri di guerra e nei detenuti in campi di concen-



### *Rapporti di soldati tedeschi dalle prigioni*

Le condizioni di vita dei detenuti nei campi di concentramento variavano moltissimo a seconda dei diversi custodi. La situazione nei campi in cui sono stati descritti casi di morte psicogena era chiaramente caratterizzata, nei singoli prigionieri, da due punti: da una parte una generale minaccia alla propria vita e dall'altra una completa incertezza sulla durata della prigionia e sul futuro in generale.

« ... C'erano purtroppo anche dei malati, che non sono tornati a casa, perché si sono lasciati andare. A loro mancava la volontà di pensare, di muovere i muscoli, di respirare e di provare delle sensazioni. Tutti egualmente pativano la fame, la causa prima della distrofia. Ma per loro era totalmente svanita la volontà di vivere, la forza di spirito! (10)

... La fine si annunciò con uno spiccato negativismo: gli ammalati non volevano più mangiare, non parlare più con nessuno e non essere più curati... Abbiamo dovuto ripetutamente constatare che in questa fase, anche con un'alimentazione artificiale, non c'era più niente da fare » (14).

Potevamo continuamente constatare quale influsso decisivo avesse la psiche sul sopravvenire della morte. Prigionieri che si erano lasciati andare morivano relativamente presto, altri pur essendo in grado di avanzatissima consunzione, si tenevano ancora in vita per poi spirare quando ricevevano una lettera con cattive notizie da casa o quando erano

### RAPPORTO DI SOLDATI AMERICANI PRIGIONIERI IN GIAPPONE

« ... Si sviluppò una mortale malattia, la cosiddetta "Malattia del bambù". Essa era caratterizzata dalla mancanza di sintomatologia organica, mancanza di febbre, diarrea, raffreddamento ecc. Non era caratterizzata che da un rifiuto del cibo e da un fortissimo desiderio di avvolgersi in una coperta e di essere lasciati soli » (15).

Gli uomini che perdevano tutte le speranze e diventavano depressi morivano. Uno dei pazienti stessi quando qualcuno gli chiedeva come faceva a sopravvivere, disse: « Semplicemente non mi lascio influenzare nello spirito » (16).

« Uno dei segni sempre presenti in questo fatale ritiro in se stessi compariva dai tre ai quattro giorni dalla morte, quando l'uomo si tirava la coperta sulla testa, rimaneva disteso passivo e tranquillo e rifiutava il cibo » (19).

### RAPPORTI DI SOLDATI AMERICANI PRIGIONIERI IN COREA

« Secondo alcuni osservatori, tra cui ufficiali delle truppe di sanità americane, anch'essi prigionieri, qualche caso di morte non sembrava procurato dalle condizioni fisiche dei soldati. Questi uomini erano svogliati, indifferenti alla cura della propria persona. Si chiudevano sempre più in se stessi, si rifiutavano di mangiare, anche quando avevano del cibo a disposizione; infine si sdraiavano a terra e si rotolavano come se aspettassero che la morte se li portasse via.

salute mentale di questi uomini: sembrava semplicemente che non ce la facessero più e che preferissero la prospettiva della morte piuttosto che continuare la lotta contro un ambiente deprimente e profondamente frustrante » (23).

« ... Molto spesso il detenuto perdeva persino la volontà di vivere. Si rannicchiava in un angolo, si rifiutava di mangiare e, senza essere affatto malato, moriva » (17).

#### RAPPORTI DAI CAMPI DI CONCENTRAMENTO TEDESCHI

Persone anziane rimaste sole presentavano talvolta un comportamento che si può classificare soltanto come suicidio psichico (nei campi in cui la disciplina era più rigida ciò accadeva anche a persone giovani)... Ci si lasciava ammalare, si assumeva un comportamento che richiama la malattia e si moriva.

Tutti i valori della vita sembravano spazzati via, ma nessuno compiva dei gesti suicidi, bensì sprofondava nella morte, preceduta da una data malattia, essendo il corpo così debilitato » (1).

« Il passaggio dalla inconsistenza spirituale alla disfatta mentale, il lasciarsi andare completamente all'apatia totale, fra i detenuti dei *Lager* era un fenomeno tanto noto quanto temuto, che si sviluppava così rapidamente da portare alla catastrofe in pochi giorni. Queste persone un giorno rimanevano distese al loro posto nella baracca, si rifiutavano di andare all'appello o al lavoro, non si preoccupavano più del cibo, non si lavavano e nessun rimprovero, nessuna mi-

niente più li spaventava, nemmeno le punizioni, che sopportavano con apatia e indifferenza. Tutto per essi era "wurscht" (me ne frego) » (12).

Nei rapporti si trovano molti accenni a efficaci contromisure. Le parole avevano scarso effetto. Più utili si dimostravano invece dei trattamenti cattivi come dar loro degli schiaffi, portarli a lavoro, obbligarli a stare in piedi, far loro fare dei bagni caldi in acqua sapone, rasarli e disinfettarli. Ciò serviva a far emergere nella « vittima » un qualche stimolo affettivo, come gioia o collera, a risvegliare il suo interesse nei confronti di progetti già in corso o futuri e motivarlo verso qualche obiettivo realistico.

#### La sintomatologia della morte psicogena

Tra gli avvenimenti scatenanti si devono distinguere due situazioni:

1° - Si può trattare di un avvenimento acuto, che interviene sulla persona dall'esterno ed in modo imprevedibile. Questo avviene nei casi di magia e di maledizione nei popoli primitivi.

2° - I detenuti dei *Lager*, invece, si trovavano sottoposti a una sollecitazione cronica, per cui vivono ai limiti della loro esistenza, in una situazione che, dal punto di vista cronologico, appare senza fine. Il futuro, cioè la fine di tale stato, è assolutamente incerto.

Si giunge ad una passività fisica

lio, rifiuta d'ingerire qualsiasi cibo e trascura le necessità igieniche.

Dal punto di vista psichico, i soggetti colpiti presentano le seguenti caratteristiche:

- Regressione con ritiro in se stessi e rinuncia ad ogni sollecitazione ambientale,
- Depressione sotto forma di rassegnazione e rinuncia ad ogni speranza nel futuro.
- Apatia con rinuncia all'espressione di qualsiasi sentimento, per cui anche gli accenni a legami affettivi si dimostrano inefficaci.

È possibile superare queste situazioni: nel caso degli indigeni, facendo agire una contro-magia più forte o, nel caso dei prigionieri di guerra, imponendo coercitivamente una condotta attiva. Il decorso psichico viene interrotto, se si riesce a far riaffiorare un qualsiasi motivo di natura affettiva, come gioia o rabbia.

Se non si prendono delle misure come detto sopra, il destino fatale segue il suo corso ed il paziente muore in pochi giorni.

La morte è caratterizzata da due fatti: estinguersi e lo sprofondare nella morte. La persona muore silenziosamente, assegnata e abbandonata a se stessa.

Come sottolineano gli Autori dei rapporti, non si riscontrano malattie acute. Il fenomeno della morte psicogena non viene riportato da nessun relatore come uno stato patologico, nel senso di una

### Principi psicologici di fondo

Alla base del fenomeno della morte psicogena stanno delle modificazioni psichiche caratterizzate dal fatto che, perdendo ogni speranza di miglioramento della situazione futura, si perde la voglia di vivere e l'individuo vede una soluzione solo nella morte.

In questi casi bisogna pensare che « l'individuo di solito si orienta tanto ad una realtà, quanto al quadro che di essa si fa... Così certi elementi strutturali della personalità vengono proiettati nell'ambiente, di modo che il relativo quadro d'ambiente che ne deriva non è più spiegabile senza la rispettiva struttura della personalità » (11). La persona non percepisce più tutte le possibilità della situazione reale, ma soltanto quelle che egli vede soggettivamente. Perciò gli sfuggono importanti informazioni o possibilità decisive per la soluzione del suo conflitto.

La condotta delle persone è condizionata in maniera determinante dai fatti del campo psicologico attuale e futuro. Da una parte il comportamento decisivo da un insieme di realtà date, contemporanee, del campo psicologico attuale, dall'altra per poter intervenire attivamente negli avvenimenti è necessario che gli avvenimenti futuri abbiano preso forma, per lo meno fino al punto che si possa intravedere una fine o che si reputi possibile risolvere il problema. Per l'agire umano è importante che una prospettiva futura sia valida in un certo ambito. L'iniziativa verso qualsiasi azione viene meno se si è perso o è stato disturbato il riferimento al futuro. Allo-

che direzione deve agire. L'attività rimane senza senso e senza rapporti con lo spazio esistenziale di tale persona.

Nelle sue ricerche sul conflitto psicologico DEMBO (9) pone dei soggetti di fronte ad un compito che è praticamente irrisolvibile, senza però che sia chiaro fin dall'inizio. Dopo innumerevoli sforzi per raggiungere lo scopo, e dopo i relativi fallimenti, il soggetto ha paura di doversi occupare nuovamente di tale compito e vorrebbe abbandonare la situazione. Se però la persona non riesce a sfuggire questo campo di tensione, ha ancora la possibilità di « uscire dal campo », occupandosi mentalmente di altre cose. In sostanza non si abbandona la situazione in senso fisico, ma si evita di confrontarsi col compito o con le difficoltà del momento. Come conseguenza di questo « esser fuori del campo » psicologico, nei casi di morte psicogena può succedere che il soggetto « esca dal campo » anche in senso fisico, cioè che si lasci morire.

In uno studio sulla reazione ai conflitti NESSWETHA (20) riscontra tra l'altro una forma di « retrazione », con blocco del patrimonio affettivo. Egli ne descrive la dinamica come un restringimento delle superfici di contatto con il mondo esterno nelle varie forme, una specie di sordità nei confronti di richieste, che provengono da persone, cose, valori, richiami vitali e biologici, come un ritiro di cariche affettive da ambiti che comunicano con il mondo esterno. Si introduce un generale allentamento della partecipazione e dell'attenzione verso l'esterno, il mondo sembra obdite privo di contorni di attrattori.

ad una sensazione di parziale indifferenza, di perdita dei valori, d'importanza e di apatia.

« Si è vicini alla morte tanto quanto alla vita, se non ancora di più... Non c'è proprio motivo di vivere, il non-essere ha lo stesso valore dell'essere » (20).

MIERKE (18) ha condotto una ricerca sulla modalità di azione dell'eccessiva sollecitazione psichica. Le principali caratteristiche di tali situazioni erano, secondo le sue osservazioni, la consapevolezza di non avere via d'uscita, di essere impotenti di fronte a forze esterne, disperati per il non-senso dell'essere e sopraffatti dall'ansia per la propria esistenza. Il momento fondamentale del punto di vista psicologico è costituito dall'improvvisa distruzione delle tendenze strutturali dell'individuo.

In un'ottica psicologica l'individuo si trova, considerato soggettivamente, in una situazione senza via d'uscita, oppure di fronte ad un problema per lui insolubile. FREUD (13) descrive questa situazione psicologica nel modo seguente: « ... Ma anche l'io deve trarre la stessa conclusione, se si trova in un pericolo reale eccessivo, che non pensa di poter superare con le sue sole forze. Si vede privo di ogni protezione e si lascia morire ».

Un proverbio romano diceva: « Finché respiro, spero ». Sulla base della nostra ricerca il proverbio dovrebbe essere così capovolto: « Finché spero, respiro ». Una persona alla quale viene a mancare la prospettiva di un futuro degno di un essere umano e una motivazione affettiva, crolla.

Va però sottolineato che la perdita

la sola a portare alla morte un individuo, come dimostrano gli esempi di persone gravemente ammalate o psichicamente disturbate: deve sempre essere presente una attività attiva, più o meno, anche una motivazione « negativa », causata per esempio da una situazione penosa.

### **Fondamenti organici**

Le descrizioni di morti psicogene presentano le seguenti caratteristiche, che hanno prese in considerazione discutendo sulle cause che portano alla morte:

- ) Non si osserva alcun sintomo acuto di malattia, che sia possibile considerare come causa o fenomeno concomitante della morte.
- ) L'organismo non mostra nessuno squilibrio organico in senso patologico. Si nota soltanto un generale e progressivo rallentamento e una riduzione delle funzioni organiche.
- ) Non si ha irrequietezza motoria né eccitazione psichica.

Nella parte che segue si tenterà di spiegare e analizzare i progressi organici. Sulla causa della morte psicogena, nella letteratura sono state fatte diverse considerazioni. CANNON (8) ritiene che la morte venga provocata da un'abnorme attivazione del sistema simpatico, mentre RICHTER (21) crede si tratti piuttosto di una morte parasimpatica. MILZ (4) parla senz'altro di una morte vagale.

Si deve sottolineare che né dal punto di vista psichico né da quello fisico è

va pertanto esclusa. I medici che, in base alle proprie esperienze belliche, hanno avuto a disposizione un sufficiente materiale da studiare, riguardo alle varie forme di choc fisico e psichico, non mettono mai la morte psicogena in rapporto con qualche fenomeno da choc.

La possibilità che i riflessi vitali possano essere influenzati da fattori psichici deve essere provata. L'influenza delle emozioni sulla funzione e sul ritmo degli organi interni è inconfutabile. Ma in questa prospettiva è determinante rispondere ad una domanda: tramite le emozioni è possibile agire così ampiamente sul sistema da portare l'organismo alla morte?

La domanda potrebbe essere posta in questi termini: può la psiche umana, permanendo il « non-voler-più-vivere », portare alla sospensione della propria attività meccanismi e i riflessi vegetativi del corpo, che procedono al di fuori della consapevolezza? Basandosi sulle ricerche di PAWLOW, BYKOW (7) riscontrò che l'attività di reni, fegato, cuore, polmoni, stomaco ed intestino può essere disturbata da riflessi condizionati. Egli dice: « Gli stimoli che si dipartono dalla corteccia cerebrale hanno la straordinaria possibilità di cambiare la velocità delle reazioni, di pianificare la successione dei processi e, se le condizioni del momento lo richiedono, di arrestare il corso di qualsiasi processo ». In questo contesto va anche menzionata la possibilità che si ha tramite l'ipnosi, di influenzare gli organi interni. Recenti dati sperimentali sulla funzione del sistema nervoso dimostrano che

o di inibizione o di stimolazione. Nel cervello i processi di inibizione hanno un ruolo altrettanto importante di quelli di stimolazione. Ogni processo informativo in corso può essere influenzato in senso inibitorio. Questi processi inibitori sono processi attivi.

Come causa della morte psicogena, dovrebbe essere considerata l'attivazione degli impulsi inibitori, la cui conseguenza è l'inibizione funzionale. Nei casi di morte i sintomi fisici concordano con un'ipotesi del genere. In animali da esperimento stimolati elettricamente e senza alcuna possibilità di fuga (esperimenti avversivi), si riscontrò un comportamento simile, cioè gli animali, dopo le prime reazioni d'orientamento si sedevano in un determinato posto, immobili, presentando un comportamento del tutto passivo. I ricercatori classificano questo tipo di comportamento come inibito.

Circa il rifiuto dell'alimentazione, biso-

gna porsi il problema dell'esistenza o meno di una alterazione del bilancio elettrolitico.

Di regola la fame può essere esclusa come causa di morte, per via del breve lasso di tempo che intercorre. Per quanto riguarda invece un possibile disturbo del ricambio elettrolitico, bisogna tenere presente che in casi di alterato contenuto di potassio, si presenta la stessa sintomatologia della morte psicogena. In casi di mancanza o di eccesso di potassio si ha stanchezza generale, debolezza ed apatia. In seguito compare debolezza della muscolatura scheletrica fino alla paralisi flaccida, atonia della muscolatura liscia, disturbi del ritmo cardiaco, fino all'arresto delle pulsazioni.

Purtroppo fino ad oggi non è ancora possibile dare una definitiva spiegazione dei processi organici che si presentano

## BIBLIOGRAFIA

1. ADLER H.G.: Theresienstadt 1941-1945, S. 495. Mohr, Tübingen, 1955.
2. BEHRMANN W.: Im Stromgebiet des Sepik, S. 271. Scherl, Berlin, 1922.
3. BILBY J.W.: Among unknown Eskimos, S. 229. Seeley, Service & Co., London, 1923.
4. BILZ R.: Der psychogene Tod. *Mat. Med. Nordmark*, 20, 413-421, 1968.
5. BRASCHE H.: Ärztliche Beobachtungen in der Kriegsgefangenschaft unter besonderer Berücksichtigung psychopathologischer Fragen, S. 20. Inaug.-Diss. Marburg, 1953.
6. BRILL N.: Zit. n. Greenson R.R.: The psychology of apathy. *Psychoanal. Quart.*, 18, 210-302, 1949.

8. CANNON W.B.: "Voodoo" death. *Psychosom. Med.*, 19, 182-190, 1957.
9. DEMBO T.: Der Ärger als dynamisches Problem. *Psychol. Forsch.*, 15, 1-144, 1931.
10. DIBOLD H.: *Arzt in Stalingrad*, 2. Aufl. S. 186. Müller, Salzburg, 1958.
1. DREITZEL H.: Selbstbild und Gesellschaftsbild. *Arch. europ. Sociol.*, 3, 181-228, 1962.
2. FRANKL V.E.: Psychologie und Psychiatrie des Konzentrationslagers. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. III. S. 750. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1961.
3. FREUD S.: Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke*, 5. Aufl., Bd. 13, S. 288. Fischer, Frankfurt/M., 1967.
4. HANSEN F.: Kriegsgefangenschaft als ärztliches Erlebnis. *Münch. med. Wschr.*, 93, 538, 606 und 690, 1951.
5. KATZ CH.J.: Experiences in a prison camp as a background for therapy. *Ment. Hyg. (N.Y.)*, 34, 90-96, 1950.
6. KOCH-ISENBURG L.: *Urwelt im Aufbruch*, S. 53. Verlag Frankfurter Bücher, Frankfurt, 1961.
7. MAYER W.E.: Why did many G. I. captives cave in? *US News and World Report*, 40, 56-72, 1956.
8. MIERKE K.: Verlaufs- und Wirkungsformen seelischer Überforderung. *Psychol. Rdsch.*, 3, 42-50, 1952.
9. NARDINI J.E.: Survival factors in American prisoners of war of the Japanese. *Amer. J. Psychiat.*, 109, 241-248, 1952/53.
10. NESSWETHA W.: *Formen der Reaktion auf Konflikte*. Phil. Diss., Bonn, 1964.
1. RICHTER C.P.: On the phenomenon of sudden death in animals and man. *Psychosom. Med.*, 19, 191-198, 1957.
2. ROSCOE J.: Magic and its power. *Folk-Lore*, 34, 25-44, 1923.
3. STRASSMANN H.D., THALER M.B., SCHEIN E.H.: A prisoner of war syndrome: Apathy as a reaction to severe stress. *Amer. J. Psychiat.*, 112, 998-1003, 1956.
4. WRIGHT H.B.: *Zauberer und Medizinmänner*, S. 59, 66, 93, 101. Orell Füssli, Zürich, 1958.

## FATTORI DI ADATTAMENTO NELL'ETILISMO (I)

**D.I. DAVIS**

**D. BERENSON**

**P. STEINGLASS**

**S. DAVIS**

IL PRESENTE LAVORO È APPARSO CON IL TITOLO « THE ADAPTIVE CONSEQUENCES OF DRINKING » SULLA RIVISTA AMERICANA « PSYCHIATRY: JOURNAL FOR THE STUDY OF INTERPERSONAL PROCESSES », VOL. 37, N. 3, AUGUST 1974. ALL'EPOCA DELLA STESURA DEL LAVORO I DOTTORI D. DAVIS, D. BERENSON E P. STEINGLASS OPERAVANO PRESSO IL LABORATORY OF ALCOHOL RESEARCH DEL SAINT ELISABETH HOSPITAL A WASHINGTON. SUSAN DAVIS LAVORA ATTUALMENTE NEL CAMPO DELLA « FAMILY THERAPY ».

« Perché la gente continua a bere quando tutti sanno che fa male? »: fra tutte le domande che ci si possono e devono porre a proposito dell'etilismo cronico, questa è quella che viene più facilmente elusa: è tuttavia innegabile

mentale per la comprensione psichiatrica di tale condizione.

Quali sono, in altre parole, i fattori che mantengono e sostengono il comportamento dell'alcoolista? Finora nessuna teoria di rilievo è stata in grado di rispondere a tali domande e, cosa ancora più importante, nessuna ipotesi ha fornito conclusioni applicabili a livello della terapia<sup>1</sup>. In questo articolo noi proponiamo un modello teorico che riteniamo capace di spiegare il perdurare del suddetto comportamento e che abbiamo derivato da un lavoro di sintesi fra analisi dei sistemi e analisi componentistica.

Secondo la nostra ipotesi le motivazioni che inducono l'alcoolista a persistere nel bere risiedono nelle conseguenze « adattive » di tale comportamento.

Una serie di esempi clinici illustrano come siamo potuti giungere ad un'ipotesi di questo tipo. Si tratta, a nostro avviso, di un'impostazione teorica ricca di conseguenze tanto nel campo della ricerca che in quello del trattamento clinico dell'etilismo.

Storicamente, sono stati due i presupposti che hanno caratterizzato l'approccio terapeutico all'alcoolismo: il primo afferma che il consumo eccessivo di alcolici è fonte di disadattamento (« maladaptive »), il secondo che esistono cause primarie che conducono all'alcoolismo e che possono essere tratti essenziali della personalità oppure tratti biologici

<sup>1</sup> First Special Report to the U.S. Congress Alcohol & Health, U.S. Dept. of HEW, Office of the Assistant Secretary for Health and Science



Tali presupposti hanno determinato la natura di tutta una serie di approcci terapeutici. L'enfasi sulla funzione di disadattamento e sulla distruttività del bere è condotta oltre che a certe tattiche moralistiche o terroristiche dei medici, anche a pratiche legali di tipo punitivo in generale ad approcci terapeutici basati su tecniche « aversive », come l'esempio l'uso di iniezioni di anafelisse e apomorfina, oppure l'utilizzazione di video-nastri che permettono al paziente di auto-osservarsi (« self confrontation »). Per quanto riguarda gli approcci terapeutici che ipotizzano l'esistenza di una causa primaria (invece di motivazioni differenti), essi hanno contatto i terapeuti ad applicare lo stesso tipo di tecniche con tutti gli « alcoolisti ». Queste tecniche, che provocano talvolta miglioramenti di breve durata, conducono di solito a delle ricadute e finiscono per accrescere la frustrazione sia del paziente che del terapeuta.

La ricerca di cause primarie che stiano alla base dell'alcoolismo ha prodotto dei concetti che, come quello di dipendenza biochimica, di predisposizione genetica e di dipendenza orale, sono pressanti e forse validi in alcuni casi (WOODWIN & Coll.), tuttavia la nostra esperienza clinica ci ha portato ad una conclusione di ordine diverso: vale a dire che è più utile considerare il ricorso all'alcool come una condotta comune che pertanto il bere in maniera eccessiva può essere utilizzato in una grande varietà di modi dai diversi tipi di persone.

Oltre a coloro che sostengono l'esistenza di causa primarie connaturate

vi sono quelli che considerano come motivazione primaria gli effetti stupefacenti dell'alcool. Ad esempio, alcuni ricercatori ricorrono ai concetti di « assuefazione » (*addiction*) (MENDELSON & Coll.; TAMERIN & MENDELSON) o di « blackouts » (NATHAN & Coll.) per spiegare il ricorso continuato all'alcool. Tali concetti derivano da un modello medico-patologico dell'alcoolismo centrato sulla descrizione dei fattori aventi funzione di disadattamento (patologici) e sulla scoperta del processo involontario (assuefazione) che produce il comportamento disturbato.

Al contrario il nostro modello comportamentistico è centrato sulla scoperta di ciò che nell'alcoolismo è fattore di adattamento (*adaptive and reinforcing*). Seguendo questa impostazione, non è in realtà necessario vedere nel processo di assuefazione il meccanismo che determina il persistere di un comportamento che ha effetti decisamente spiacevoli (aversive behavior); noi riteniamo piuttosto che tale disforia o altre condizioni spiacevoli conseguenti all'uso dell'alcool non rendano necessariamente « avversiva » l'esperienza del bere nella sua totalità<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Con l'espressione « esperienza nella sua totalità » (*overall experience*) non ci riferiamo ad ognuna e a tutte le esperienze basate sul consumo di alcool. Indichiamo piuttosto l'effetto composto di molti episodi estilistici, la cui somma totale ha carattere di rinforzo. L'ipotesi è che soltanto esperienze di ricorso occasionale all'alcool possono essere fortemente remunerative (*rewarding*). Il ben fondato principio comportamentistico secondo cui il rinforzo intermittente, piuttosto che continuo, permette di sviluppare e modificare le abitudini più tenaci, dovrebbe sen-

## IPOSTESI

In alternativa ai due presupposti generali cui si è accennato all'inizio, noi proponiamo un modello per la concettualizzazione dell'alcoolismo che ha le seguenti caratteristiche:

(1) L'abuso di alcool ha conseguenze « adattive »<sup>3</sup>.

(2) Il carattere di rinforzo di queste conseguenze adattive è tale che esse possono essere considerate come i fattori primari che determinano il persistere nell'abitudine a bere e ciò indipendentemente da ogni possibile causa sottostante.

(3) I fattori primari differiscono da individuo a individuo e possono essere operanti a diversi livelli: a livello infra-psichico, all'interno della coppia, oppure a livello del mantenimento dell'omeostasi in una famiglia o in un sistema sociale più vasto.

## CONSEGUENZE PER LA TERAPIA E LA RICERCA

Le implicazioni della nostra ipotesi centrale sul piano della terapia sono principalmente due:

(1) In ogni individuo o famiglia che presenta un problema d'alcoolismo, è

<sup>3</sup> È necessario sottolineare che il termine « adattivo » da noi utilizzato non ha alcuna connotazione positiva e non implica valutazioni morali. È innegabile che all'interno delle interpretazioni psiconalitiche della formazione dei sintomi, all'interno delle descrizioni del rinforzo positivo date dalla teoria dell'apprendimento e infine all'interno della valutazione dei livelli di funzionamento elaborata dalla teoria dei sistemi, esistono i presupposti per asserire che il compor-

importante accertare in quale misura tale comportamento svolge una funzione « adattiva ». Infatti, i fattori di disadattamento sono evidenti e possono essere facilmente descritti dal medico dal paziente e dai membri della famiglia. Di solito, benché esista un accordo generale a proposito di quelle che sono le terribili conseguenze del bere, si assiste al protrarsi dell'abitudine: che naturalmente determina in ciascuno un aumento del senso di frustrazione. Si deve dunque stare attenti a non cadere in questa trappola, facendo in modo di concentrarsi, nel corso dell'osservazione clinica e dell'anamnesi, sui fattori « adattivi » del comportamento dell'alcoolista.

Per la nostra ricerca, si è rivelata utile l'osservazione di pazienti in uno stato di intossicazione indotta sperimentalmente (*experimentally-induced*)<sup>4</sup>. Molte informazioni che con il paziente sobrio sono ottenibili soltanto in maniera indiretta, possono essere raccolte direttamente quando il paziente è intossicato. Ci rendiamo comunque conto che incoraggiare qualcuno a bere, qualunque sia lo scopo che ci si prefigge, è un fatto assai discutibile che deve essere oggetto di ulteriori valutazioni prima di essere consigliato come metodo generalizzabile.

(2) Una volta accertate le conseguenze « adattive » del bere, è possibile articolare l'intervento terapeutico in modo da aiutare il paziente a manifestare un comportamento in senso adattivo qua-

<sup>4</sup> « Experimentally-induced intoxication » si riferisce qui ad una intossicazione che è il risultato di una iniezione volontaria di alcool in

o è sobrio — e non solo quando ha bevuto —, favorendo quindi l'apprendimento di comportamenti alternativi efficaci. Molto utile, a questo proposito, si è rivelata la tecnica dell'« auto-confronto » attraverso video-registrazioni: a nostro avviso, si deve comunque porre una particolare attenzione nell'assicurare che il confronto verta essenzialmente sulle conseguenze « adattive » dell'etismo e non diventi un'ulteriore esperienza di natura « avversiva », capace solo di favorire e incrementare la frustrazione degli sforzi che l'individuo compie in maniera autonoma.

Tali considerazioni si rivelano essenziali per chi intenda definire e articolare una strategia di ricerca; così come è fondamentale essere consapevoli delle varietà dei sistemi di gioco. Quanto a noi, abbiamo cominciato con lo sviluppare un piano di ricerca di tipo naturalistico che ci permettesse di valutare il comportamento del paziente a vari livelli: quando è sobrio e quando è intossicato, nonché a livello individuale, della famiglia e di gruppi ristretti. Oltre alla presenza o assenza di conseguenze adattive, si provvederà anche a misurare la portata della riuscita terapeutica.

## ESempi Clinici

Tutti i casi clinici che riportiamo a modo di esempio in questo nostro lavoro, presentano situazioni in cui il consumo di alcool ha una funzione « adattiva ». In origine, possono essere ragioni psicologiche o farmacologiche a determinare il ricorso e l'abitudine al bere; è

persiste nel tempo proprio perché esso viene comunemente « rinforzato », per lo meno a intermittenza.

### Caso 1 - Una coppia sposata

Uno degli autori di questo articolo portava avanti una psicoterapia con una coppia in cui la moglie veniva etichettata come l'alcoolizzata della famiglia sia da se stessa che dal marito e dai vicini. Questa donna era spesso ubriaca, e quando era ubriaca era assai franca ed aggressiva nel parlare. Quando era sobria, aveva invece il tipico aspetto della persona calma e schiva. Nel corso della terapia si ebbe modo di osservarla parecchie volte sia sobria che ubriaca. Dopo alcune settimane di terapia familiare (una seduta alla settimana), si presentò un *pattern* di comportamento di questo tipo: in una seduta che faceva seguito ad un'ora di terapia abbastanza stressante, la moglie arrivò e cominciò a comportarsi da ubriaca mettendosi a discutere con il terapeuta, mentre il marito sedeva, come suo solito, tranquillamente in disparte. Un'attenta indagine permise di accertare che la donna aveva bevuto, prima delle sedute, non più di due once d'alcool (mentre suo marito aveva bevuto almeno due volte tanto).

La tipicità di questo *pattern* di comportamento verificatosi all'interno della seduta terapeutica risultava evidente quando si considerava la storia familiare dei pazienti: un *pattern* simile a questo veniva infatti comunemente usato dalla coppia per affrontare situazioni conflittuali fra la famiglia e la comunità.

sito, un episodio verificatosi 15 anni prima che la coppia iniziasse la psicoterapia. Una sera la loro figlia fu colpita da febbre acuta e da sintomi addominali; il pediatra che fu chiamato a visitare la bambina prescrisse degli antipiretici e fissò un appuntamento per la mattina successiva. Ciò nonostante, la bambina sembrava alla madre seriamente malata, e dopo alcune ore in cui non si era verificato alcun mutamento nella sintomatologia, la moglie volle chiamare nuovamente il pediatra. Il marito da parte sua faceva pressione per farla desistere: diceva che i medici sapevano bene ciò che facevano e che non era bene disturbare il dottore alle due di notte. La donna comunque persisteva nel suo proposito. Seguì a questo punto una discussione nel corso della quale la donna incominciò a bere. Una volta ubriaca (« behaviorally drunk ») ritelefonò al dottore, insistendo che venisse a visitare la bambina nel corso della stessa notte. Il medico acconsentì, e si provvide a trasportare la bambina al locale Pronto Soccorso. Le venne riscontrata una intissuscezione intestinale e venne operata con esito positivo quella notte stessa.

Utilizzando il modello medico, si sarebbe probabilmente considerato il « comportamento da ubriaco » della moglie come un'espressione di turbolenza senz'altro biasimevole, e si sarebbe forse ricorsi ad un trattamento di tipo « avversivo » a base di disulfiram (Antabuse), oppure al condizionamento « avversivo », o a rimproveri.

Nella nostra prospettiva, al « comporta-

nel senso che esso permetteva alla coppia di far fronte ad una minaccia proveniente dal mondo esterno e avvertita come incombente. Sarebbe stato chiaro che in quel caso l'alcool era servito di propellente a mezzo del quale il comportamento assertivo diventava esprimibile dalla moglie e, forse, tollerabile per il marito. Le conseguenze del ricorso all'alcool da parte della donna sembrano implicare sia assertività di fronte a una minaccia sentita come incombente sia tacita approvazione da parte del marito: elementi capaci entrambi di rinforzare il comportamento etilistico del paziente.

In questo caso dunque, il trattamento sarà centrato sul portare l'attenzione della coppia su quello che si è rivelato essere il ruolo dell'alcool in tale situazione, e insieme sull'insegnare modi di interazione più proficui per i quali il ricorso all'alcool è inutile.

In questo caso specifico, la terapia non progrediva mai fino al punto di permettere ai pazienti di apprendere i modi di interazione più proficui soprattutto. Il terapeuta scoprì di accettare personalmente il sistema di convinzioni della famiglia secondo il quale: il problema sta nel bere, e per il bere non esiste cura (*intractable*).

Prima di essere riuscito ad aiutare adeguatamente la coppia a riconoscere i sistemi di rinforzo (per la famiglia) implicati nel ricorso all'alcool, il terapeuta ripiegò prematuramente sui metodi terapeutici che gli erano familiari e cominciò a fare osservazioni sui rapporti fra i membri della coppia e su quelli della coppia con lui.

anico. Dimostrando una certa saggezza, l'uomo e la donna informarono il terapeuta ch'essi apprezzavano l'interesse mostrato nei loro confronti, ch'essi sapevano» che il modo in cui facevano le cose non aveva senso, ma che non nonostante il loro modo era quello, e non ne avevano altro, e infine che avrebbe stato meglio astenersi definitivamente dal rovinarlo.

## Caso 2 - Due fratelli

Un altro caso in cui il ricorso all'alcool svolge una funzione di adattamento all'interno di una famiglia, è stato riportato da STEINGLASS e COLL. Due fratelli, entrambi alcoolisti cronici, che erano stati ammessi insieme ad un programma di ricerca che comprendeva la detossicazione indotta a scopo sperimentale, diedero la seguente descrizione della loro « drinking relationship ». Il fratello maggiore aveva avuto una vita caratterizzata da frequenti cambiamenti per quanto riguarda i posti di lavoro per quanto riguarda la residenza geografica; inoltre il suo rapporto con la famiglia era stato di tipo periferico. La vita del fratello minore, al contrario, si presentava, vista dall'esterno, relativamente stabile. Era sposato da 15 anni e aveva mantenuto legami stretti con la famiglia. Nonostante però che il suo modo di vita suggerisse, considerato dall'esterno, un'impressione di relativa stabilità e di stabilità, il modo in cui reagiva all'alcool implicava notevole e crescente violenza. Dopo un episodio particolarmente violento in cui ubriaco

de a chiamare il fratello maggiore nella speranza che potesse fungere da elemento stabilizzatore e di controllo nei confronti del minore.

I due fratelli erano entrambi dei forti bevitori, ma ciò nonostante si verificava di rado che fossero ubriachi simultaneamente. Il tipico ricorso all'alcool doveva essere stato inaugurato dal maggiore sulla base di un deciso incoraggiamento da parte del minore. Il più giovane imitava il comportamento dell'altro, che però nello stesso tempo doveva contenersi e, relativamente sobrio, fungere da cane da guardia nei confronti del suo più aggressivo fratello. Fu esattamente questa sequenza di comportamenti che si verificò nel corso della ricerca: vale a dire quando, su base volontaria, fu permesso a questi due uomini di consumare alcool insieme.

Nella prospettiva del modello medico, i due fratelli avrebbero suscitato un interesse di tipo genetico in quanto fratelli che attualmente vivono separati, e che ciò nonostante sono coinvolti nello stesso genere di « addiction ».

A livello di trattamento, i due fratelli sarebbero stati, con ogni probabilità, visitati separatamente, e quindi ciascuno di essi sarebbe stato sottoposto a delle risposte « aversive ».

Dal punto di vista, invece, delle utilizzazioni « adattive » dell'alcool, i due fratelli avevano stabilito un rapporto sulla base del consumo di alcool che offriva l'opportunità di controllare e manipolare l'espressione di tendenze aggressive e violente. Inoltre questo tipo di relazione sembrava permettere, almeno in determinate occasioni, di parare

cui conservazione era elemento rinforzante per entrambi i fratelli.

Questa nostra formulazione, potrebbe condurre ad un modello di cura molto diverso. I due fratelli sarebbero a volte invitati a partecipare insieme alla seduta; le situazioni legate al bere in cui sono stati coinvolti sarebbero analiz-

zate retrospettivamente e così come sono verificate; il loro modo di utilizzare l'alcool sarebbe delucidato e chiarito; infine si provvederebbe ad articolare un sistema familiare più agibile e strumenti per ridurre, fronteggiare e esprimere l'aggressività.

(continua)

## BIBLIOGRAFIA

1. BATESON G.: The Cybernetics of « Self »: A Theory of Alcoholism. *Psychiatry*, 34, 1-18, 1971.
2. BIGELOW G. et al.: Abstinence or Moderation? Choice by Alcoholics. *Behav. Research & Therapy*, 10, 209-214, 1972.
3. CHAFETZ M.: Fact and Myth in Alcoholism: A Call for High-Quality Research. In F.A. Seixas (Ed.), *Nature & Nurture in Alcoholism, Annals N.Y. Academy Science*, 197, 8-10, 1972.
4. COHEN M. et al.: The Modification of Drinking in Chronic Alcoholism. In N.K. Mello and J. Mendelson (Eds.), *Recent Advances in Studies of Alcoholism: An Interdisciplinary Symposium*; U.S. GPO, Publ. No. (HSM), 71-9045, 1971.
5. GOODWIN D.W. et al.: Alcohol Problems in Adoptees Raised Apart From Alcoholic Biological Parents. *Arch. General Psychiatry*, 28, 238-243, 1973.
6. HUNT G.M., AZRIN N.H.: A Community-Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behav. Research & Therapy*, 2, 91-104, 1973.
7. MACANDREW C., EDGERTON R.B.: *Drunken Comportment*; Aldine, 1969.
8. MENDELSON J.H. et al.: Experimentally-Induced Intoxication and Withdrawal in Alcoholics Pt. 3, Psychiatric Findings. *Quart. J. Studies Alc.*, Suppl. No. 2, 40-52, 1964.
9. MILLER P.M.: The Use of Behavioral Contracting in the Treatment of Alcoholism: A Case Report. *Behavior Therapy*, 3, 593-596, 1972.
10. NATHAN P.E. et al.: Comparative Studies of the Interpersonal and Affective Behavior of Alcoholics and Non-alcoholics During Prolonged Experimental Drinking. In N.K. Mello and J.H. Mendelson (Eds.), *Recent Advances in Studies of Alcoholism; An Interdisciplinary Symposium*; U.S. GPO, Publ. No. (HSM), 71-9045, 1971.

2. SOBELL M.B., SOBELL L.C.: Individualized Behavior Therapy for Alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49-72, 1973.
3. STEINGLASS P. et al.: A Systems Approach to Alcoholism. *Arch. General Psychiatry*, 24, 401-408, 1971.
4. TAMERIN J.S., MENDELSON J.H.: The Psychodynamics of Chronic Inebriation: Observations of Alcoholics During the Process of Drinking in an Experimental Group Setting. *Amer. J. Psychiatry*, 125, 886-899, 1969.

## PUÒ LA PSICOTERAPIA FARE A MENO DELL'ATTIVAZIONE?

M. BERTA  
J.C. BENOIT

IL BREVE LAVORO DI BERTA E BENOIT È APPARSO IN FRANCESE SULLA RIVISTA DELL'EDITORE KARGER « PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS », VOL. 24, N. 4-6. FA PARTE, COME ALTRI ARTICOLI GIÀ PUBBLICATI, DEGLI ATTI DEL 9° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PSICOTERAPIA TENUTO AD OSLO NEL 1973.

JANET ha dato la seguente definizione della psicoterapia: « La psicoterapia consiste in un'applicazione della scienza psicologica al trattamento delle malattie ». Si tratta di una definizione chiara e concisa che possiamo senz'altro accettare; a patto, però, di non dimenticare che è indispensabile adattarla alle condizioni specifiche dell'epoca attuale. Quella che noi chiamiamo *attivazione psicoterapeutica* è pertanto, e innanzitutto, una *psicoterapia concreta* (POLITZER) che indica l'importanza del condizionamento storico e che permette di caratterizzare l'attivazione e la psicoterapia attuali. Essa è evidente da un

triplice punto di vista: (1) sociale; (2) scientifico; (3) psichiatrico.

### Condizioni sociali

Taluni aspetti dell'attuale situazione sociale nel mondo hanno un'indubbia e crescente importanza. Possiamo riassumerli nella maniera seguente: (1) aumento della popolazione mondiale (« esplosione demografica ») con una riduzione progressiva dello spazio vitale agibile da ciascun individuo, soprattutto nelle grandi città; (2) ritmo di vita rapido e accelerato tramite una stimolazione esterna polisensoriale (radio, televisione ecc.) intensificata e accattivante, stimolazione che non lascia più tempo libero per la solitudine creativa, la meditazione o il contatto intimo con se stessi; (3) tendenza crescente al livellamento materiale del gruppo sociale con diminuzione delle classi che possono spendere molto denaro per un lungo periodo di tempo; (4) nevrotizzazione elevata, secondo le statistiche pubblicate in diversi paesi.

L'uomo occidentale sempre più nevrotico, non ha il denaro, né il tempo, né la predisposizione per una psicoterapia che costa una fortuna e dura degli anni. Se la psicoterapia vuole essere *efficace* non può fare a meno di diventare *attivatrice*, vale a dire *breve, economica, di gruppo e meditativa* (nel senso di una introversione attiva e creativa).

### Condizioni scientifiche

La *fisica einsteiniana* ci ha fornito la visione di un mondo in mutamento, una visione relativistica e dialettica che ha



impiazzato la visione cosistica, statica e meccanica della prospettiva *newtoniana*. La psicoterapia, come molte altre discipline, deve tener conto e applicare questa visione dinamica del mondo einsteiniano. Da questo punto di vista, la psicologia scientifica e sperimentale ha sviluppato una teoria moderna dell'apprendimento centrata sulla nozione di cambiamento, le sue variabili determinanti e le sue leggi.

L'*attivazione psicoterapeutica* riprende questa nozione di cambiamento, legittimata dalla fisica e dalla psicologia contemporanee, e la utilizza nella pratica: essa infatti non vuole solo interpretare il malato bensì cambiarlo. Essa si fonda dunque sulla teoria dell'apprendimento e tende ad indurre nel malato il cambiamento ideale: « un cambiamento che induce il cambiamento » (KUBIE). Si sfugge in tal modo alla fissazione nevrotica futura.

L'*attivazione psicoterapeutica* è aiutata in questo compito da una *molteplicità di tecniche* (drammatiche, imagogiche, analitiche, ecc.) ch'essa utilizza secondo un criterio di *flessibilità totale*: impiegare le tecniche secondo i casi e secondo i differenti momenti dell'evoluzione terapeutica di ogni singolo caso. L'impiego di un'unica tecnica è oggi un errore tecnico » (KUNKEL). Non si tratta di un puro e semplice eclettismo, bensì di un'applicazione politecnica *rispondente ad indicazioni precise*.

L'*ostacolo maggiore* che ci si trova di fronte quando si cerca di realizzare la flessibilità tecnica è la *fissità mentale* dello psicoterapeuta che si aggrappa ad una tecnica ed aspira a trasformarla in *chiave psicoterapeutica univ-*

*sale*. Lo spirito dogmatico del terapeuta conduce alla *mitologizzazione* della tecnica impiegata e ad una vera *nevrosi tecnologica*. L'immobilismo tecnologico serve allo psicoterapeuta come meccanismo di difesa contro l'angoscia provocata dal mutamento delle prospettive.

### Condizioni psichiatriche

Per quanto concerne la nozione di nevrosi, la maggior parte degli autori hanno segnalato dei tratti comuni. Possiamo concepire il nevrotico come un soggetto rigido, immobilizzato o impietrito in una modalità di condotta unilaterale tanto verso se stesso che verso il mondo che lo circonda.

Questo « pattern of behaviour » *nevrotico* è dunque caratterizzato dalla sua *unilateralità*, dalla sua rigidità e dalla sua *persistenza* nel tempo, al di là di un limite tollerabile.

Gli effetti di tale condotta sono, talvolta, decisamente auto-distruttivi: ciò nonostante il nevrotico li ripete incessantemente in situazioni di stimolo alquanto diverse, senza discernere il loro carattere relativo e le altre possibilità di reazione praticabili. Questo comportamento *autodistruttivo* e, nondimeno, *persistente* caratterizza il *paradosso nevrotico* (MOWRER).

L'ossessivo che si lava le mani 300 volte al giorno senza alcun ragionevole motivo, deve infine sottoporsi ad un trattamento dermatologico che non è in grado di guarirlo proprio perché egli continua a ripetere il suo lavaggio distruttivo senza riuscire a sottrarvisi.

In tutti i casi di nevrosi si riscontra la

stessa fissità limitativa e persistente del comportamento. Questo persistere in una condotta autodistruttiva si spiega con una *paralisi* della *capacità* individuale di *cambiare*, di comportarsi « altrimenti », vale a dire della capacità di *apprendimento*.

Secondo l'espressione di MOWRER: « il nevrotico è un soggetto che *ha appreso a non apprendere* » ovvero *a non cambiare*. Si può dunque comprendere come il nevrotico sia fissato ad una condotta difensiva (sintomi motorii) che gli permette di sfuggire o di evitare l'angoscia crescente (sintomi vegetativi). I meccanismi difensivi sono fissati poiché riducono l'angoscia (rinforzo) tuttavia il nevrotico non è in grado di superare il circolo vizioso così formatosi (angoscia  $\rightleftharpoons$  difese) proprio perché soffre di una paralisi della capacità di apprendere e di cambiare. Egli ignora, talvolta, come potrebbe comportarsi altrimenti, e soprattutto non è sufficientemente motivato o rinforzato per sperimentare un atteggiamento nuovo. Resta impietrito nel suo circolo vizioso, e lo ripete senza essere in grado di approfittare delle circostanze. Egli è sottomesso e non osa muoversi.

In ogni nevrosi troviamo dunque due tipi di sintomi: quelli che caratterizzano *l'angoscia e le difese contro di essa*, e quelli che esprimono il *deficit d'apprendimento*. La maggior parte degli autori dà la massima importanza all'*angoscia* e alle *difese*; noi, al contrario insistiamo sull'importanza decisiva del *deficit d'apprendimento*, deficit acquisito e reversibile che spiega perché il nevrotico non è in grado di uscire da solo dalla piega dell'angoscia che lo tiene.

### *L'attivazione psicoterapica*

L'obiettivo dell'attivazione psicoterapica è dunque quello di *mobilizzare* il nevrotico. Il nevrotico *attivato* non è che il nevrotico *in movimento*. L'attivazione psicoterapica cerca di superare la paralisi dell'apprendimento caratteristica del nevrotico. Quando ridiventa capace di apprendere ovvero di cambiare, il nevrotico si mobilizza, sviluppa il suo politematismo e supera nello stesso tempo l'unilateralità, la rigidità e la persistenza che lo tenevano costretto. Egli diventa dunque capace di comportarsi « altrimenti » ovvero di sviluppare una condotta « altra » o alternativa. La presenza delle *condotte alternative* caratterizza simultaneamente l'apprendimento e l'attivazione.

La nozione di *capacità di apprendimento* appare strettamente legata al concetto di *tensione mentale* descritto da JANET, nonché alla sua fondamentale osservazione sul valore terapeutico di un *innalzamento* della tensione mentale. Quando il nevrotico riprende una condotta *d'apprendimento* (ovvero innalza il *livello di tensione* mentale), possiamo allora dire ch'egli è stato *attivato*. Queste differenti denominazioni sono dei simboli clinici e psicologici di un medesimo fenomeno: *il processo di attivazione*. Attivare il malato significa pertanto stimolare la sua capacità di apprendere in modo che egli possa superare la fissazione e ritrovare il movimento aperto delle condotte alternative praticabili. Egli diviene così capace di dare significati « altri » ad un'alterità che in precedenza lo sopraffaceva. Questo movimento stimolatorio

deve essere *rapido* (brevità) e *sufficiente* (autonomia), senza che si debba pretendere di raggiungere obiettivi diversi da quelli determinati dal malato, in maniera responsabile e in una certa fase della cura.

L'attivazione psicoterapica si articola in *gradi* (livelli) clinici e psicologici: non tutti i malati infatti sono disposti a prolungare la terapia fino ad una delucidazione delle questioni ultime. L'attivazione psicoterapica ha anche delle modalità cliniche e psicologiche: il malato infatti può apprendere a modificare lo *stimolante* avversivo (confronto), a modificare il *rapporto* condizionale con lo stimolante avversivo (fuga o scansamento), ovvero a modificare il suo atteggiamento personale (utilizzazione).

Per diventare *psicoterapeuta attivato* si tratta di cambiare o rimpiazzare: (1) la *rigidità* unilaterale che porta all'impiego di *una sola* tecnica con il principio *politecnico* della *flessibilità* totale; (2) le *teorie* idealiste e parziali con una teoria *scientifica* che proceda a continue elaborazioni per il tramite di fatti accertabili a livello di esperienza e di sperimentazione (moderna teoria dell'apprendimento); (3) i *pregiudizi* di scuola di cappella con una *attitudine* mentale, aperta, critica e dialettica, (4) un *obiettivo* di guarigione (meccanico: Behaviour Therapy o mistico: Psicoanalisi) con un obiettivo *concreto di attivazione*: stimolare la capacità di apprendere in una maniera rapida e sufficiente.

La qualità attivatrice non è necessariamente legata ad una tecnica determinata. Tutte le tecniche possono essere o non essere tecniche attivatrici: di-

pende dal modo in cui le si applica.

L'attivazione è dunque una tecnica delle tecniche, un modo di maneggiare le tecniche affinché siano efficaci qui, ora, con questa particolare persona; in modo da poter approfittare dell'opportunità unica offerta dall'incontro psicoterapeutico.

Nessuna psicoterapia possiede l'appannaggio della qualità attivatrice per sempre, in non importa quale situazione e con ogni tipo di persona. La novità non risiede nelle tecniche bensì nella loro manipolazione. Le tecniche restano le stesse, la metodologia è differente. L'attivazione psicoterapica vuole diventare una psicoterapia adattata al condizionamento storico, sotto l'aspetto sociale, scientifico e psichiatrico. Si ha bisogno, oggi, di una psicoterapia concreta, centrata sul dramma umano della nostra epoca e in grado di applicare, senza pregiudizi e apertamente, tutte le tecniche valide al fine di avviare *hic et nunc* un cambiamento decisivo e sufficiente della condotta umana.

L'attivazione non cerca la *guarigione* poiché essa non sa che cosa sia. L'attivazione psicoterapica cerca umilmente l'*attivazione*, vale a dire la brevità, l'economia, l'azione di gruppo, l'utilizzazione politecnica, l'assenza di pregiudizi, l'attitudine all'apprendimento, le condotte alternative, l'impegno (engagement) con l'alterità negletta, il confronto con il doppio, l'azione decisiva, l'autonomia responsabile del malato in qualunque momento della cura psicoterapeutica.

L'attivazione psicoterapica non è che una prospettiva strumentale fra le altre: essa è comunque efficace come risposta

concreta alle esigenze del mondo attuale.

*Può la psicoterapia fare a meno dell'attivazione?*

# **l'arca**

giornale di psicologia e scienze umane

**Georg Groddeck: L'ARCA**

**Michael Klassman: ALCUNI APPUNTI SULLO  
PSICODRAMMA (parte II)**

**Norman Elrod: L'INFELICITÀ È CONTAGIOSA**

**Michael Votichenko: LAVORO ALTERNATIVO**

**n. 2 - febbraio 1976**

**redazione e segreteria: via Col del Rosso 4 - 20136 Milano**

abbonamento annuale L. 2.000

sostenitore L. 5.000

prezzo di un fascicolo L. 700.

## RECENSIONI

### MORTON SCHATZMAN

#### LA FAMIGLIA CHE UCCIDE

Con un saggio di E. Codignola

Feltrinelli, Milano 1973, pp. 200, L. 2.700

Questo libro tratta di uno dei più celebri casi della psichiatria, quello del giudice tedesco D.P. Schreber, di cui abbiamo recentemente recensito la traduzione italiana delle «Memorie». Caso celebre e per l'uso che ne fece Freud e per una massa rilevante di scritti che, negli ultimi 15 anni, ne hanno reinterpretato le caratteristiche e posto in nuova luce il problema centrale: la genesi della paranoia.

M. Schatzman affronta, per usare le sue parole, «molti argomenti riguardanti certi sistemi microsociale e macrosociale» per riesaminare il caso Schreber ed elaborare una tesi che parte dai dati di fatto alla base della paranoia: l'educazione coercitiva, la colpevolizzazione, la repressione della sessualità... L'autore approfitta di una vasta documentazione storica e biografica che rende la lettura estremamente interessante e attuale; nelle conclusioni infatti egli segnala l'esistenza di una continuità tra la pedagogia propugnata dal padre di D.P. Schreber e la pedagogia e l'etica formale dei sistemi politici totalitari del nostro secolo, che pone il tema della paranoia sul terreno della concretezza e — di riflesso — della terapia. Questo atteggiamento non è nuovo al lettore italiano che conosce i saggi di E. Canetti («Massa e Potere», «Potere e sopravvivenza») improntati a un metodo analogo di riscontro storico e sociale, proprio in tema di paranoia. Il merito di Schatzman è principalmente quello di non trascurare i risvolti psicoterapici, con la notevole cultura psicoanalitica che mette al servizio dell'esigenza interpretativa e operativa.

G. R.

### JOHN BOWLBY

#### LA SEPARAZIONE DALLA MADRE

Boringhieri, Torino 1975,

Pur preoccupandosi d'inquadrare le sue considerazioni in un contesto decisamente freudiano Bowlby si sforza in questo suo scritto di mettere in luce i limiti di un'analisi «ortodossa» dei disturbi psichici che consideri la persona come sistema chiuso. Egli si sofferma sull'analisi dell'angoscia come situazione emotiva più gravida di sofferenze e produttrice di sintomi, mettendo in discussione la legittimità psicoanalitica d'interpretarla unilateralmente in termini di pulsioni intrapsichiche.

Troppo poco s'indaga, secondo Bowlby, sull'incidenza nella patologia psichica delle esperienze realmente angosciose vissute dal paziente. Ci prova lui in questo lavoro incentrato sull'angoscia della separazione da una figura d'attaccamento, esaminandone le conseguenze nello sviluppo della personalità con un approccio che è insieme analitico, behaviorista e relazionale.

La tesi principale di Bowlby è che se l'instaurarsi della fiducia in se stesso del bambino è strettamente connesso alla reale continua presenza e alla reale continua disponibilità della madre, sfiducia, insicurezza, fobie ed altri disturbi psichici spesso affondano le loro radici in precoci e traumatizzanti esperienze di separazione o indisponibilità della figura di attaccamento (ospedalizzazioni, minacce d'abbandono come metodo educativo, ecc.).

Anche se, a tratti, eccessivo appare lo zelo con cui Bowlby rivendica il diritto di ogni persona a poter credere nella disponibilità di una figura di attaccamento in ogni momento della sua

ita, questo libro ha comunque il merito di sottolineare la gratuità e l'arbitrarietà di categorie come « maturo-immaturo », « sano-malato » se attribuite a persone che già partono con esperienze reali qualitativamente diverse.

Ada Cortese

## LAUS DÖRNER

### L. BORGHESE E IL FOLLE - STORIA SOCIALE DELLA PSICHIATRIA

Laterza, Bari 1975, pp. 448, L. 7.000

La storiografia della psichiatria si sta rinnovando in tutto il mondo e questo testo proviene da un'area culturale — quella di lingua tedesca — che pur tra molte difficoltà sta producendo una serie di studi che vanno conosciuti.

L'opera di Dörner tratta del periodo che ha visto la nascita della psichiatria quale noi la conosciamo, dall'inizio della rivoluzione industriale al suo consolidamento — grosso modo, dalla metà del XVIII alla metà del XIX secolo. Prende in considerazione tre nazioni (Inghilterra, Francia, Germania) e gli influssi culturali che hanno improntato il pensiero e l'opera degli psichiatri maggiormente rappresentativi. Il libro ricostituisce il tema di cui tratta senza partire da tesi precostituite, ma anzi con grande esattezza storica; perciò riesce a correggere efficacemente diversi luoghi comuni che una certa cronachistica medica aveva accumulato nel corso degli anni. La genesi della psichiatria viene esposta con ricchezza di documenti, e soprattutto evitando il criterio funesto di fare la storia « chiusa » di una disciplina medica. La parte meglio riuscita è quella dedicata alla Germania, dove la storia fattuale si interseca con la storia delle idee direttive con maturità lodevole in un ricercatore che non è, almeno ufficialmente, uno storico di professione. Le parti dedicate alle altre due nazioni sono altrettanto ben svolte, e possono essere utili specialmente per chi non abbia ancora conosciuto altri esempi di storiografia psichiatrica.

Con questo lavoro l'autore stabilisce un contatto diretto con la psichiatria del tempo rivelando le esigenze politiche e sociali che ne provocarono lo sviluppo. Non per questo ritiene che le « idee » della psichiatria abbiano avuto un ruolo esclusivamente subordinato. Al contrario, dimostra che esse hanno dato un contributo originale nel promuovere soluzioni tutt'altro che univoche, nella teoria come nella prassi. E a questo punto giunge l'attualità della sua impostazione: a tratti ci si accorge che non solo del passato si tratta, ma anche del nostro presente, del ruolo che lo psichiatra riceve (oggi come allora) dal suo contesto, e dell'uso che ne fa.

G. R.

## BRIAN COOPER e H.G. MORGAN

### EPIDEMIOLOGICAL PSYCHIATRY

C.C. Thomas Publ., Springfield, Ill., 1973, pp. VII + 211, s.i.p.

Molto ricco di spunti e di notizie, questo libro è particolarmente indicato per chi affronta l'argomento dell'epidemiologia psichiatrica per la prima volta. La parte generale, contenuta nelle prime cinquanta pagine, ha un notevole valore didattico, essendo svolta con molta ricchezza di esemplificazioni e con chiarezza esemplare. Nelle pagine successive sono presi in considerazione i tre usi principali dell'epidemiologia: la pianificazione dei servizi psichiatrici; le applicazioni cliniche; la ricerca causale.

La stesura di questi argomenti è improntata al pragmatismo e alla necessità di offrire metodi applicabili con facilità, ma anche con il miglior rendimento possibile.

L'ultima parte è dedicata a problemi particolari e alla valutazione di tecniche d'indagine recenti o sperimentali.

Nell'insieme, il libro merita il successo quasi incondizionato che ha avuto in tutti i paesi di lingua inglese. Gli autori sono riusciti a fare una rassegna completa dell'argomento senza lasciarsi fuorviare da generalizzazioni astratte e senza perdere di vista le esigenze più pressanti provenienti dalla realtà del lavoro psichiatrico. Alcuni argomenti particolareggiati sono tralasciati o non trattati; questo deriva, comprensibilmente, dal carattere sintetico del testo. Per chi volesse intendere approfondire argomenti particolari, le 488 voci bibliografiche sono una guida (pur troppo non « ragionata ») minuziosa.

Un pregio non minore è quello di non abbandonare mai i legami con le esigenze della vita, dell'assistenza sociale e sanitaria; molti esempi sono tratti da situazioni connesse con le condizioni di vita. Accanto al problema della schizofrenia sono quindi toccati molti altri argomenti come la nutrizione, le malattie generali, la mobilità sociale, e così via. Nella conclusione gli autori si augurano che l'epidemiologia psichiatrica sia messa al servizio « non solo dello sviluppo scientifico, ma di un complesso processo di mutamento politico, economico e sociale culturale ».

Questo augurio è ovviamente del tutto sottoscrivibile. Da parte nostra, speriamo che nel nostro paese, dove l'epidemiologia psichiatrica è in uno stato di arretratezza spaventosa, la diffusione di un testo così equilibrato (possibilmente in traduzione italiana) possa stimolare ricerche ed interventi più qualificati.

G.





## LIBRI RICEVUTI

---

**KARL MARX**

THE ETHNOLOGICAL NOTEBOOKS OF KARL MARX - Studies of Morgan, Phear, Maine, Lubbock transcribed and edited, with an introduction by LAWRENCE KRADER.

Van Gorcum & Comp. B.V., Assen, The Netherlands, Second Edition 1974, pp. 454, Dfl. 68. Edito a cura dell'Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, Amsterdam. (Director: Prof. Dr. F. de Jong Edz.)

**N.O. BROWN**

HERMES THE THIEF - The Evolution of a Myth

Vintage Books, Random House, New York, 1<sup>a</sup> Ed. 1969, pp. VI + 175, s.i.p.

LOVE'S BODY

Vintage Books, Random House, New York, 1<sup>a</sup> Ed. 1966, pp. VIII + 276, s.i.p.

**JUAN A. PORTUONDO**

TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER (LA FIGURA UMANA)  
Biblioteca Nueva, Madrid 1971, pp. 63, 100 Ptas.

La traduzione italiana del volume apparirà nel corso del 1975 come Numero Speciale di «AGGIORNAMENTI».

Traduzione dallo spagnolo di Iolanda Bison.

**ROGER LEWINTER**

GRODDECK ET LE ROYAUME MILLÉNAIRE DE JÉRÔME  
BOSCH - Essai sur le paradis en psychanalyse.

Editions Champ Libre, Paris 1974, pp. 109, s.i.p.

**PH.K. DICK**

LE BAL DES SCHIZOS (titolo originale americano: *We can build you*)

Editions Champ Libre, Paris 1975, pp. 287, s.i.p.

**A. PESSO**

EXPERIENCE IN ACTION

New York Univ. Press, 1973, pp. 263, s.i.p.

MOVEMENT IN PSYCHOTHERAPY

New York Univ. Press, 1969, s.i.p.

**A. TAJAN e G. DELAGE**

L'ANALYSE DES ECRITURES (Techniques et utilisations)

Editions du Seuil, Paris, pp. 233, s.i.p.

- ONATELLA BONINO** IL COMPAGNO MEDICO - Immigrati e operai a colloquio dallo psicologo. Per una nuova medicina all'interno della fabbrica. Feltrinelli, Milano 1975, pp. 150, L. 2000.
- MARIO CIULLA** LINEAMENTI DI EDUCAZIONE PSICOMOTORIA  
Milano 1973, pp. 122, L. 5000 (il volume è disponibile a Milano presso la « Libreria Scientifica »).
- L. BELLA** IL DILEMMA DEL PORCO-SPINO - Riflessioni sulla condizione umana.  
Edizioni O/S Firenze, pp. 174, L. 5000
- ORA M. KALFF** IL GIOCO DELLA SABBIA e la sua azione terapeutica sulla psiche.  
Edizioni O/S Firenze 1974, pp. 100, L. 8000.
- V.C. BUDD** BEHAVIOR MODIFICATION: The Scientific Way to Self Control.  
Libra Publishers, Inc., New York 1973, pp. 96, \$ 5.00.
- ARBEL e Coll.** LA RELIGIOSITÀ NELLA PSICOLOGIA DEL BAMBINO  
Jaca Book, Milano 1975, pp. 218, L. 2200.
- JOHN G. BOURKE** GLI SPORCHI RITUALI - Il significato magico religioso e curativo degli escrementi.  
Guaraldi Editore, Firenze 1973, pp. 176, L. 1200.
- I. LEFEBVRE** DAL RURALE ALL'URBANO  
Guaraldi Editore, Firenze 1975, pp. 320, L. 5000.
- . PARENTI** RUOLO E FORMAZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA NELLA SOCIETÀ ATTUALE  
Società Italiana di Psicologia Individuale, Milano 1976, pp. 15.
- NNA RIVA** AMICIZIA  
Edizioni Ancora, Milano 1975.
- JOSEPH LUFT** PSICOLOGIA E COMUNICAZIONE  
ISEDI, 1975.

**G. LAPASSADE**

L'ANALISI ISTITUZIONALE  
ISEDÌ, 1975.

**J.W. LANCE**

LE CEFALEE - Meccanismo d'azione e trattamento.  
Il Pensiero Scientifico, Roma 1974, pp. 230, L. 8000.

**AUTORI VARI**

PSICODINAMICA E SOCIODINAMICA DELLA MIGRAZIONE  
INTERNA  
Il Pensiero Scientifico, Roma 1975, pp. 342, L. 15000.

**R. ROSSI e Coll.**

TERAPIA DELLA DROGA: ILLUSIONE O REALTÀ?  
Il Pensiero Scientifico, Roma 1975, pp. 123, L. 5000.



## NOTIZIE SUI CONGRESSI

---

**28 Settembre**  
**MILANO**

2° Convegno nazionale sull'ipnosi contraccettiva.  
Sede: Centro Internazionale di ipnosi medica e psicologica.

**30 Settembre - 3 Ottobre**  
**GÜTERSLOHER (Germany)**

28° Gütersloher Fortbildungswoche statt.  
Inf.: Prof. Dr. W. Th. Winkler, 483 Gütersloher Westf., Westf. Landeskrankenhazs, Hermar Simonstrasse 7.

**4-10 Ottobre**  
**LUBECCA**

Giornate di Psicoterapia organizzate dalla « Società di psicoterapia e psicosomatica della Germania settentrionale ».  
Tema principale:  
Inf.: Tagungsbüro der Norddeutschen Psychotherapietage, 2400 Lübeck 111, Postfach 304

**23-25 Ottobre**  
**VIENNA**

8° Symposium del Danubio sulle Scienze.  
Inf.: Pr. Dr. F. Gerstenbrand, c/o Wivn Mediz. Akademie, Alser Strasse 4, 1090 Vienna Austria.

**25-29 Ottobre**  
**BARCELONA**

2° Congresso Mondiale di Sofrologia Medica.  
Tema principale: « Coscienza e schema corporeo ».  
Sessioni: 1) Sofrologia sociale (Dr. A. Caycedo); 2) Coscienza e neurologia (Dr. A. Subirana); 3) Coscienza e farmacologia (Dr. Alonso Fernandez); 4) Coscienza e E.E.G. (Prof. Rojo Sierra); 5) Coscienza e schema corporeo (Prof. Ruano Gil); 6) Symposium 7) Comunicazioni libere.

**31 Ottobre - 2 Novembre**  
**BARCELONA**

2° Corso sulle Medicine Tradizionali dell'Oriente.  
Temi principali: « Sviluppo storico e stato attuale della medicina tradizionale cinese » « La scuola medica Tibetana »; « La medicina Ayurvédica »; « La medicina Yoga e le scuole tradizionali giapponesi ».  
Sede: Il Palazzo dei Congressi di Barcellona  
Inf.: Centro Internacional de Sofrologia Medica, Avda. Generalísimo, 558, Barcelona-11

10-11 Ottobre - 1 Novembre  
LONDRA

Incontro internazionale della « Planned Parenthood Federation ».  
Inf.: A. Tongue, Director of ICAA, C.P. 140, CH-1001 Lausanne.

Autunno  
PARIGI

23<sup>a</sup> Riunione della Lega Europea di Igiene Mentale.  
Inf.: Dr. A. Lamarche, L.F.H.M., 11 Rue Tronchet, F-75008 Paris.

13-25 Ottobre  
ROMA

Convegno su « Politica dei servizi sociosanitari e formazione del personale ».  
Sede: Aula dei convegni del C.N.R.

1-10 Ottobre - 3 Novembre  
BOLZANO

Congresso Nazionale degli Psicologi Italiani organizzato dalla Società Italiana di Psicologia (SIPS).

13-14 Dicembre 1975  
14-25 Gennaio 1976  
GENOVA

Primi due Incontri dei Gruppi Propedeutici al Corso di Psicodiagnostica organizzato dal Centro Studi di Psicoterapia e Psicologia Clinica di Genova.  
Inf.: Segreteria del Centro Studi di Psicoterapia, via A. Cecchi 3/3 Genova.

1-10 Gennaio 1976  
GENOVA

Inizio degli Incontri del secondo anno del Corso Biennale di Arte-Terapia organizzato dal Centro Studi di Psicoterapia e Psicologia Clinica.

Programma:

24-25 Gennaio: Disegno e tests proiettivi. Discussione e commento di alcuni casi.

28-29 Febbraio: Discussione di casi diretta dalla Dott.ssa A. Denner.

1 Marzo: Giornata di esperienza personale con la Dott. Denner.

27-28 Marzo: Elementi di psicodinamica delle psicosi (Dott. G. Montinari). Discussione di casi.

22-23 Maggio: Discussione di casi.

26-27 Giugno: Elementi di sociodinamica delle istituzioni. Discussione di casi.

Settembre o Ottobre: Colloquio finale e discussione della tesi.

Sede: Centro di Socioterapia « DAILY », Via Carrara 24.

- N.B.: Dal mese di maggio in poi gli incontri si svolgeranno presso la nuova sede del Centro DAYLY, Salita Monte Oliveto 5 e 5A Genova-Pegli.  
 Inf.: Centro Studi di Psicoterapia, Via A. Cecchi 3/3, Genova.
- Primavera - Estate**  
**PARIGI**
- 10° Congresso Internazionale dell'Int. Federation for Medical Psychotherapy.  
 Inf.: IFMP, Dolderstrasse 107, 8032 Zurich
- 5-6 Aprile**  
**BRUXELLES**
- 2° Congresso Mondiale della Fondazione Van Clé sul tema: « Leisure and recreation in the industrial society ».  
 Inf.: Van Clé Stichting, Grote Markt 9, B-2000 Antwerpen.
- 8-11 Aprile**  
**MONTECATINI (Pistoia)**
- 5° Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicodrammatica sui temi: « Parto in ipnosi »; « Confezione ipnotica »; « Ipnosi per lo sport » « Vari ».  
 10 Aprile: III Riunione delle direzioni del CIIMP, Seminario pratico di ipnosi medica  
 Inf.: Segreteria del Congresso, V.le Verdi 41 Montecatini (Pistoia).
- 21-23 Aprile**  
**AMSTERDAM**
- 1° Congresso Internazionale sul « patient counseling ».  
 Inf.: K. Ellison Davis, Congress Secr., Jan Van Galenstraat 335, Amsterdam.
- 31 Maggio - 11 Giugno**  
**VANCOUVER**
- United Nations conference and exposition « Human needs in the environment of human settlements »;  
 « The role of settlement in national development »;  
 « The structure and quality of the environment in human settlements... ».  
 Inf.: United Nations, New York, N.Y., USA.
- 21-25 Giugno**  
**TEL AVIV**
- 13° World Rehabilitation Congress organizzato da Rehabilitation Int. e dalla Israel National Society for Rehabilitation of the Disabled.  
 Tema: « New dimensions in rehabilitation »  
 Inf.: Dr. E. Chigier, P.O. Box 16271, Tel Aviv



10-10 Luglio  
ARIGI

10° Congresso Internazionale di Psicoterapia patrocinato dalla Federazione Internazionale di Psicoterapia Medica (FIPM).

Tema: « Il processo psicoterapeutico ».

Sede: Université RENE DESCARTES, 45 Rue des Saints-Pères 75006 Paris.

Programma: il programma preliminare e altre notizie più dettagliate verranno pubblicate nella sezione « Congressi » del N. 1/76 di « Aggiornamenti ».

Inf.: Dr. A Mathé, X Congrès Int. de psychotherapie, 42 Avenue Mozart, 75016 Paris.

Tel.: (16°1) 525.29.49.

13-18 Luglio  
BUENOS AIRES (Argentina)

2° Congresso Mondiale di Musicoterapia organizzato dalla Universidad del Salvador, Facultad de Medicina, Escuela de Disciplinas Paramedicas di Buenos Aires.

Sede: Centro Cultural General San Martin, Sarmiento 1551, Buenos Aires.

Programma: per il programma del congresso e dei seminari si veda il N. 1/76 della nostra rivista.

Inf.: Ceni S.A., Avenida Roque Sáenz Peña 1110, 2° Piso 1110 Buenos Aires - Argentina.

T.E. 35 - 1869/4973/2257.

12-19 Luglio  
NIZZA

6° Congresso Internazionale di Psicoterapia di Gruppo.

Inf.: A. Ancelin Scutzenberger, Faculté des Lettres, 06200 Nizza.

10-27 Luglio  
ARIGI

Congresso Internazionale di Psicologia.

Inf.: Mme Gratiot-Alphandéry, Inst. de Psychologie, 28 Rue Serpente, 75006 Paris.