

**Salute e Istituzioni** 5  
Collana diretta da Ferdinando Benedetti

# **Psicoigiene e Psicologia istituzionale**

Il colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica

**JOSE' BLEGER**

A cura di  
**MAURO ROSSETTI e  
MARIA ELENA PETRILLI**



**LIBRERIA  
EDITRICE  
LAURETANA**  
Loreto

Salute e Istituzioni **5**  
Collana diretta da Ferdinando Benadetti

# Psicoigiene e Psicologia istituzionale

Psicoigiene e Psicologia istituzionale  
Il colloquio psico-istituzionale

Libreria Editrice Lauretana - 5 -

**JOSE' BLEGER**

A cura di  
**MAURO ROSSETTI e  
MARIA ELENA PETRILLI**



LIBRERIA  
EDITRICE  
LAURETANA  
Luneto

INDICE

Ferdinando Benedetti, *Presentazione* 3

# Psicoigiene e Psicologia istituzionale

Il colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica

Maria Elena Petrilli, *Introduzione all'edizione italiana* 17

Capitolo I°: José Bleger, *Psicoigiene e Psicologia*

*Istituzionale*

## JOSE' BLEGER

Prologo 13

1.1. *La psicologia clinica e l'igiene mentale* 17

*Igiene mentale e psicoigiene* 32

*Obiettivi dell'igiene mentale* 39

*Posizioni estreme nell'igiene mentale* 42

*Indagine e azione* 43

*Salute pubblica e igiene mentale* 44

*Ambiti di intervento* 46

*Educazione sanitaria* 46

1.2. *Psicologia istituzionale* 47

*Che cos'è la psicologia istituzionale* 47

*Obiettivi dell'istituzione e obiettivi dello psicologo* 60

*Metodo di lavoro nella psicologia istituzionale* 60

*Tecnica dell'intervento psicologico* 60

*Inserimento dello psicologo nell'istituzione* 60

*"Grado di dinamica" dell'istituzione* 60



LIBRERIA  
EDITRICE  
LAURETANA  
Loreto

Traduzione dallo spagnolo di **Antonella Donazzan**

Progetto grafico: Piero Piangerelli  
Composizione e stampa: Editrice Fortuna - Fano PS

JOSE, BLEGER

A cura di  
MAURO ROSSETTI e  
MARIA ELENA PETRILLI

Copyright by 1989

© 1989 - Tutti i diritti riservati  
Libreria Editrice Lauretana di Giordano Benedetti  
Corso Bocalini, 1 - 60025 Loreto AN - Italy  
Tel. 071/97 71.35 - Telefax 071/97.00.67

## INDICE

FERDINANDO BENEDETTI, <i>Presentazione</i>	9
<b>I PARTE</b>	
<b>PSICOIGIENE E PSICOLOGIA ISTITUZIONALE</b>	
<b>GRUPPI E ISTITUZIONI</b>	
MARIA ELENA PETRILLI, <i>Introduzione all'edizione italiana</i>	17
CAPITOLO 1°: JOSÉ BLEGER, <i>PSICOIGIENE E PSICOLOGIA</i>	
<i>ISTITUZIONALE</i>	31
<b>Prologo</b>	33
1.1. <b>Lo psicologo clinico e l'igiene mentale</b>	37
<i>Igiene mentale e psicoigiene</i>	38
<i>Obiettivi dell'igiene mentale</i>	39
<i>Posizioni estreme nell'igiene mentale</i>	42
<i>Indagine e azione</i>	43
<i>Salute pubblica e igiene mentale</i>	44
<i>Ambiti di intervento</i>	46
<i>Educazione sanitaria</i>	48
1.2. <b>Psicologia istituzionale</b>	51
<i>Che cos'è la psicologia istituzionale</i>	57
<i>Obiettivi dell'istituzione e obiettivi dello psicologo</i>	62
<i>Metodo di lavoro nella psicologia istituzionale</i>	66
<i>Tecniche dell'inquadramento</i>	68
<i>Inserimento dello psicologo nell'istituzione</i>	72
<i>"Grado di dinamica" dell'istituzione</i>	73
	5

## INDICE

<i>Psicologia delle istituzioni</i>	76
<i>I gruppi nell'istituzione</i>	81
<i>L'ospedale come istituzione</i>	83
<i>L'azienda</i>	86
<i>Psicologia dell'équipe di psicologi</i>	88
<i>Conclusioni</i>	91
<i>Bibliografia</i>	92
1.3. <b>Lo psicologo nella comunità</b>	95
<i>Obiettivi e livelli dell'igiene mentale</i>	97
<i>Costellazione multifattoriale</i>	103
<i>Lo psicologo e la terapia</i>	106
<i>Punti focali per il trattamento e la prevenzione</i>	107
<i>Comunità</i>	108
<i>Obiettivi</i>	111
<i>La comunità tipo</i>	119
1.4. <b>Gruppo familiare e psicoigiene</b>	123
<i>Conclusioni</i>	134
1.5. <b>Prospettive della psicoanalisi e della psicoigiene</b>	135
<i>Psicoanalisi clinica</i>	137
<i>Tre forme di psicoanalisi</i>	141
<i>Lo psicoanalista nell'ospedale</i>	144
1.6. <b>Programma del corso di igiene mentale (II quadrimestre del 1965)</b>	147
<i>Bibliografia dettagliata del programma di igiene mentale</i>	149
<b>CAPITOLO 2°: GRUPPI E ISTITUZIONI</b>	157
2.1 <b>JOSÉ BLEGER, Gruppi operativi nell'insegnamento</b>	159
<i>Insegnamento e/o apprendimento</i>	161
<i>L'insegnamento in gruppo</i>	164
<i>Che significa apprendere?</i>	165
<i>L'essere umano e l'apprendimento</i>	166
<i>Il pensare e l'apprendere</i>	168
<i>Schema di riferimento</i>	172
<i>Il compito come obiettivo</i>	174
<i>L'apprendimento come processo all'interno del gruppo</i>	177
<i>Informazione e azione</i>	179

## INDICE

<i>Funzionamento del gruppo operativo</i>	181
<i>Il tempo</i>	184
<i>Alcuni problemi frequenti</i>	184
2.2. JOSÉ BLEGER, <i>Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni</i>	187
2.3. JOSÉ BLEGER, <i>Utilizzo delle tecniche e delle conoscenze di gruppo</i>	201

## II PARTE

### IL COLLOQUIO PSICOLOGICO E CONTRIBUTI PER UNA PSICOPATOLOGIA PSICOANALITICA

MAURO ROSSETTI, <i>Introduzione all'edizione italiana</i>	213
1. JOSÉ BLEGER, <i>Il colloquio psicologico (suo impiego nella diagnosi e nella ricerca)</i>	221
<i>Colloqui, consultazione e anamnesi</i>	223
<i>Il colloquio come campo</i>	226
<i>Concordanze e divergenze</i>	228
<i>L'osservatore partecipante</i>	230
<i>Colloquio e ricerca</i>	232
<i>Il gruppo nel colloquio</i>	233
<i>Transfert e controtransfert</i>	234
<i>L'ansia nel colloquio</i>	236
<i>L'esaminatore</i>	237
<i>L'esaminando</i>	240
<i>Funzionamento del colloquio</i>	243
<i>L'interpretazione</i>	246
<i>La relazione psicologica</i>	247
<i>Bibliografia</i> ✕	250
2. JOSÉ BLEGER, <i>Criteri di diagnosi</i>	253
3. JOSÉ BLEGER, <i>Schizofrenia, Autismo e simbiosi</i>	265
<i>Bibliografia</i>	272
4. JOSÉ BLEGER, <i>Conversione isterica e ipocondria</i>	275
<i>Riassunto</i>	286

INDICE

5. JOSÉ BLEGER, NATALIO CVIK, BEATRIZ GRUNFELD, <b>Perversioni</b>	289
<i>Caratterizzazione generale delle perversioni</i>	291
<i>Perversione e dipendenza</i>	296
<i>Ampiezza del concetto di perversione</i>	298
<i>Perversione e perversità</i>	300
<i>Bibliografia</i>	302
6. JOSÉ BLEGER, <b>Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi</b>	303
<i>Bibliografia</i>	322

APPENDICE: LEOPOLDO BLEGER, **Percorsi e tracce di José**

<b>Bleger; abbozzo di una biografia intellettuale</b>	329
<i>Un'unica tensione</i>	329
<i>Anni di formazione</i>	330
<i>Campi d'azione</i>	332
<i>La prassi in se stessa</i>	333



## PRESENTAZIONE

Con questa prima raccolta di saggi la Libreria Editrice Lauretana inizia la pubblicazione delle opere di José Bleger, uno psicoanalista argentino fra i più importanti. Giudicato da alcuni un divulgatore del pensiero di Enrique Pichon-Rivière, (da cui comunque mutua e sviluppa numerosi concetti fra cui, ad esempio, quello di "depositazione delle ansie psicotiche", di "stereotipia", di "vincolo", ecc. che fanno da sfondo al suo lavoro intellettuale) questo Autore, in realtà, si distingue, soprattutto nelle opere della maturità, per una propria originale elaborazione teorica imperniata sullo studio e sulla delineazione di una particolare linea evolutiva dei primitivi stati dell'Io.

La presente raccolta di saggi non comprende l'opera principale di Bleger, *Simbiosis y ambigüedad* (1), opera all'interno della quale è contenuto il celebre saggio "Psicoanálisis del enquadre psicoanalítico", ma dai risultati di quel tipo di studi è completamente permeata.

Dobbiamo al dott. Mauro Rossetti e alla dott.ssa Maria Elena Petrilli la selezione dei saggi pubblicati, la cura dei testi e la scelta di dividere il libro in due parti fondamentali: una più psico-socio-istituzionale, l'altra più nel senso della psicoanalisi clinica.

Nella prima parte sono raccolti otto saggi, di cui i primi cinque pubblicati nel 1966 in un libro dal titolo *Psicoigiene e psicologia istituzionale* che riproponiamo integralmente; faceva parte di *Psicoigiene* anche il Programma del Corso di Igiene Mentale (secondo quadrimestre del 1965) curato dallo stesso Bleger per la Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires, che assieme ad una introduzione dell'Autore e ad una bibliografia del

(1) L'opera *Simbiosis y ambigüedad* sarà pubblicata dalla Libreria Editrice Lauretana nel 1990.

Corso corredano l'opera. Gli altri tre saggi, invece, sono stati pubblicati in epoche diverse su riviste specializzate. La dott.ssa Maria Elena Petrilli, nella vasta riflessione introduttiva alla prima parte, approfondisce il significato dei vari concetti messi a punto da Bleger e le loro interconnessioni. Nonostante il tempo trascorso resta di sorprendente attualità per il lettore italiano il pensiero di uno psicoanalista che, probabilmente spinto da motivazioni legate alla sua posizione antifascista e dalla vicinanza ad Enrique Pichon-Rivière, non si è limitato a cimentarsi con il tradizionale paziente analitico del classico lettino, ma si è anche avventurato, senza abbandonare la strumentazione analitica, nello studio dei piccoli gruppi, delle istituzioni, delle comunità, della relazione fra l'individuo e i suoi contesti. Stimolato fra l'altro dal suo impegno universitario come titolare della Cattedra di Igiene Mentale, ha affrontato con i suoi collaboratori ed i suoi allievi il problema della salute pubblica e della prevenzione, e di come utilizzare le conoscenze psicologiche e psicoanalitiche in questi campi. Da questo lavoro di studio e di riflessione discendono le nozioni di "psicoigiene" e di "psicologo clinico" come tecnico della psicoigiene, di "grado di dinamica" di una istituzione, di "situazione dilemmatica" istituzionale, ed una serie di descrizioni di stati istituzionali e di tipi di relazione dell'individuo con l'ambiente sociale quali sono ad esempio le differenze fra l'"adattamento/agglutinazione" e la "integrazione", la polarità "partecipazione" (gruppo primario) / "interazione" (gruppo secondario), ecc. La nozione di "socialità sincretica", nelle elaborazioni di Bleger, è sempre sullo sfondo di ogni concettualizzazione su gruppi, istituzioni e comunità. Nella introduzione viene inoltre ben evidenziata una delle idee guida di Bleger: il tentativo di utilizzare il metodo della "psicoanalisi clinica" nella direzione che lui stesso definisce "psicoanalisi operativa"

La seconda parte dell'opera, concepita ed ordinata dal dott. Mauro Rossetti, raccoglie sei saggi di psicoanalisi clinica e di tecnica psicoanalitica che sono, in parte, la risultante di un progetto dell'Autore rimasto incompiuto: rivedere i quadri clinici psicopatologici della psichiatria e della psicoanalisi tradizionali alla luce delle nuove nozioni emergenti e centrate sullo studio della simbiosi. La introduzione del Dott. Rossetti ha il pregio di precederci e accompagnarci nel mondo implicito e preverbale degli stati dell'Io pre-schizoparanoide di cui Bleger si è occupato attraverso indagini cliniche sulla simbiosi (lavoro di analisi dei gruppi e di adulti), e che lo hanno portato a teorizzare una linea evolutiva di sviluppo dell'Io neonatale da una qualità "sincretica" ad una sempre maggiore discriminazione e personificazione. Le concezioni di Bleger sui primordi dell'Io si sovrappongono alla

teorizzazione metapsicologica di Freud sul narcisismo primario per la quale l'individuo nasce come una entità isolata che si pone gradualmente in contatto con gli altri: l' Io primitivo di Bleger è già sociale, anche se di una socialità sincretica. Per i suoi contributi teorici l'Autore si pone fra gli psicoanalisti che hanno avanzato seri dubbi sulla utilità della nozione di narcisismo così come posta da Freud; per gli stessi motivi egli può essere a ragione considerato un interlocutore privilegiato di M. Mahler e di quegli studiosi che sostengono l'esistenza di una "fase autistica normale". Nello scorrere dei testi compresi nella presente raccolta compaiono termini nuovi ed innovativi cui Bleger è ricorso per circoscrivere in modo più preciso i fenomeni osservati ("clivaggio", "nucleo agglutinato", "struttura sinciziale", "posizione glischro-carica", ecc.) e che il Dott. Rossetti riesce a rendere più accessibili attraverso una preziosa analisi terminologica.

Infine, un'appendice è dedicata alla figura di Bleger: all'uomo, all'ambiente in cui è vissuto, ed al suo percorso intellettuale.

Devo al caso il mio incontro con alcuni esponenti del movimento psicoanalitico argentino venuti ad abitare in Italia nel periodo della dittatura militare; a loro i primi approcci al pensiero di psicoanalisti latino-americani, in Europa ancora pressoché sconosciuti; tramite loro si sono stabiliti e coltivati i necessari contatti per la realizzazione di questa pubblicazione. Questa edizione è stata inoltre possibile per la fiducia concessa alla Libreria Editrice Lauretana dalla Dott.sa Lily Storch de Bleger ed i suoi due figli Dott. Leopoldo Bleger e Dott.sa Juana Bleger de Klurfan. Una menzione particolare va al dott. Leopoldo Bleger che ha collaborato attivamente a questa edizione scrivendo di suo pugno una biografia del padre e fornendoci alcune accurate note bibliografiche che con il Suo permesso utilizzo per fornire al lettore dei riferimenti cronologici e contestuali rispetto ai saggi pubblicati.

Loreto, 28/8/1989

Ferdinando Benedetti

ELENCO CRONOLOGICO DELLE OPERE PUBBLICATE  
IN QUESTA RACCOLTA

**1961**

*Grupos de aprendizaje (Grupos operativos en la ensenanza)*, sintesi in Rev. de Psicol. y Psicoter. de Grupo, 1961, I, 2; (vedi anno 1971).

**1962**

*El psicologo clinico y la higiene mental*, Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat., VI, 4. (Questo saggio è il capitolo primo del libro "Psicoigiene e psicologia istituzionale", 1966).

**1964**

*La entrevista psicologica*, ficha del Departamento de Psicologia, Facultad de Filosofia y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires. (Pubblicato nella raccolta "Temas de Psicologia. Entrevista Y Grupos", Nueva Vision, Buenos Aires (versioni 1969, 1970)).

**1966**

*Psicohigiene y psicologia institucional*, Paidos, Buenos Aires.

**1970**

*El grupo como institucion y el grupo en las instituciones*, (vedi anno 1971).  
*Administracion de las tecnicas y de los conocimientos grupales*, (vedi anno 1971).

*Esquizofrenia, autismo y simbiosis. Enfoque psicoanalitico*, (vedi anno 1973).

**1971**

*Temas de psicologia. Entrevista Y grupos*, Nueva Vision, Buenos Aires. La raccolta comprende i seguenti saggi: 1) *La entrevista psicologica* (versione 1964). 2) *Ensayo de categorizacion de entrevista* (versione 1969). 3) *Grupos operativos en la ensenanza* (versione 1961). 4) *El grupo como institucion y el grupo en las instituciones* (versione 1970). 5) *Administracion de las tecnicas y de los conocimientos grupales* (versione 1970).

*Perversiones*, in collaborazione con N. Cvik e B. Grunfeld; (vedi anno 1972).

*Criterios de diagnostico*, (vedi anno 1973).

**1972**

*Perversiones*, in collaborazione con N. Cvik e B. Grunfeld, Minerva Psiquiatria Argentina, I, 3, (versione 1971).

*Criterios de curacion y objetivos del psicoanalisis*, (vedi anno 1973).

**1973**

*Criterios de curacion y objetivos del psicoanalisis*, Rev. de Psicoan., xxx, 2, (versione 1972).

*Esquizofrenia, autismo y simbiosis. Enfoque psicoanalitico*, Rev. de Psicoanal., XXX, 2, (versione 1970).

*Criterios de diagnostico*, Rev. de Psicoanal., xxx, 2, (versione 1971).

**1979**

*Conversion Histerica y hipocondria*, pubblicato postumo nella Revista Uruguaya de Psicoanalisis su autorizzazione di Lily S. de Bleger.

JOSE' BLEGER

A cura di

MAURO ROSSETTI e

MARIA ELENA PETRILLI



LIBRERIA  
EDITRICE  
FIORENTINA  
L. 1978

I PARTE

PSICOIGIENE E  
PSICOLOGIA ISTITUZIONALE.  
GRUPPI E ISTITUZIONI

Libreria Editrice Liguori

MARIA ELENA PETRILLI

## INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Il libro di Bleger "Psicoigiene e Psicologia Istituzionale" è un'eloquente testimonianza della sua continua preoccupazione di mettere a fuoco da un punto di vista metodologico e pratico gli interventi e le tecniche psicologiche più efficaci per modificare la realtà sociale nella sua influenza e azione sul malato - scrive Leon Grinberg nella presentazione della rivista della Asociación Psicoanalítica Argentina del giugno '73, numero dedicato alla memoria di Bleger un anno dopo la sua morte. Poco oltre Grinberg parla di Bleger come di uno psicoanalista animato dall'interesse di estendere la ricerca psicoanalitica e psicologica al campo sociale, e in particolare alle istituzioni pubbliche delegate a occuparsi della salute fisica e psichica della popolazione.

"Psicoigiene e Psicologia istituzionale" si situa nel settore della ricerca psicoanalitica applicata a una disciplina poco definita e di vasto raggio qual è l'Igiene Mentale; di essa Bleger propone fin dall'inizio una delimitazione precisa del campo, e al suo interno un'ulteriore delimitazione, la Psicoigiene, che è caratterizzata dall'uso di risorse esclusivamente psicologiche sui fenomeni umani.

Nello stabilire il territorio specifico in cui vengono utilizzate le tecniche proprie della Psicoigiene egli lo descrive come un territorio particolare costituito dalle istituzioni, e procede quindi a una definizione di cosa si intenda per istituzione: si tratta di organizzazioni sociali che possiedono una struttura fisica duratura e una funzione comunitaria. Tra le organizzazioni che presentano queste caratteristiche viene dato un posto di rilievo alle istituzioni sanitarie e scolastiche. Consapevole del fatto che si tratta di un terreno di dimensioni sociali e che egli dispone solo di strumenti di tipo

*individuale Bleger si domanda quale sia in questo caso il modello concettuale richiesto.*

*Come psicoanalista il suo modello di riferimento è psicoanalitico, e la psicoanalisi può essere un metodo di ricerca e di comprensione unico e privilegiato dei problemi psicologici. In quanto modello essa può offrire conoscenze utili e illuminanti nelle zone di frontiera del campo più strettamente clinico. A Bleger interessa l'esplorazione di alcune particolari zone di confine che vanno dalla psicologia istituzionale alla psicologia comunitaria. Il settore maggiormente approfondito è quello della psicologia istituzionale, che occupa dunque uno spazio particolarmente rilevante in questo testo.*

*Per Bleger non si tratta semplicemente di servirsi dello strumento psicoanalitico per esplorare uno dei campi di frontiera della psicoanalisi. Egli parte dall'idea di definire innanzitutto un ambito particolare - le istituzioni - cui corrisponde un modello concettuale di natura psicosociale. Va notato che per Bleger la psicoanalisi può prendere almeno tre forme: la psicoanalisi clinica con la sua specifica sistematizzazione teorico-tecnica volta alla terapia individuale; la psicoanalisi applicata che si occupa delle interazioni tra gli individui e il sociale, e infine la psicoanalisi operativa che esporta le motivazioni psicologiche e le dinamiche profonde che stanno alla base dei rapporti interpersonali nelle vicende della vita istituzionale.*

*La psicologia istituzionale poggia sulla psicoanalisi applicata e sulla psicoanalisi operativa. Bleger sostiene l'indispensabilità di un'attenzione focalizzata sui problemi quotidiani che inevitabilmente emergono nel passaggio attraverso quelle istituzioni che reggono l'inserimento sociale. La psicoigiene quale "ramo speciale" dell'igiene mentale che fa uso di tecniche di intervento psicologiche opererà di conseguenza nell'ambito specifico delle istituzioni.*

*I luoghi cui mira la psicoigiene di Bleger sono dunque quelli in cui veniamo educati, dove troviamo occasione di divertimento, dove siamo seguiti in caso di malattia o semplicemente in quei momenti di crisi che costituiscono fasi inevitabili dello sviluppo. Se tali organizzazioni-cardine del tessuto sociale funzionano in modo soddisfacente, se sono in grado di offrire delle possibilità di integrazione invece che di piatto adattamento, esse possono favorire il "benessere generale". In quest'ottica le organizzazioni istituzionali diventano esse stesse oggetto di studio, di approccio, di diagnosi, di indagine e di intervento psicologico.*



*In tal modo questa disciplina a sé ed operante in sede pubblica che è la Psicoigiene privilegerà tra i suoi piani di intervento un "livello" di lavoro psicologico sulle istituzioni, ponendo proprio queste ultime al centro dell'esplorazione. Nel pensiero di Bleger essa avrà persino un suo professionista: lo psicologo clinico.*

*Va tenuto presente che il libro "Psicoigiene e psicologia istituzionale" è il risultato dell'attività di Bleger come docente della Facoltà di Psicologia: si tratta di una serie di seminari e lezioni tenute presso la Cattedra di Igiene Mentale, cattedra il cui programma venne elaborato da lui stesso assieme ai suoi collaboratori. Vediamo ora quali sono gli elementi basilari ed essenziali della figura professionale dello psicologo clinico.*

*Il programma di insegnamento della Cattedra di Igiene Mentale contiene delle indicazioni interessanti: Bleger non vuol far coincidere la psicoigiene con una serie di nozioni di psicologia evolutiva cui si aggiungono alcuni concetti provenienti dalla psicologia, coronando il tutto con delle nozioni sui progetti sanitari di vasta scala. Tutto questo deve esserci, ma in una prospettiva che tenga conto fin dall'inizio del fatto che indagine e intervento sono momenti di un solo ed unico processo: l'ambito psicosociale richiede un modello di applicazione adeguato.*

*Il terreno dell'intervento "preventivo" non può a sua volta che essere costituito dalle organizzazioni istituzionali facenti capo all'Amministrazione pubblica, la quale assume questi tecnici come suoi "dipendenti". Ma fin da un primo sguardo appare evidente la contraddittorietà, se non addirittura l'incompatibilità, che può venirsi a creare tra il professionista della prevenzione e gli amministratori; e anche questa problematica viene affrontata da Bleger che, intendendo occuparsi di tutto ciò che concerne i compiti e gli obiettivi della psicoigiene e dei suoi tecnici, non trascura neppure le condizioni di lavoro di questi ultimi. Ora, la posizione di "impiegato" può rendere impraticabile quel livello che ha come oggetto di studio e di intervento l'istituzione stessa. Se si "dipende" dall'istituzione non si è neppure in grado di intervenire su tale organizzazione nella sua globalità. Solo un consulente esterno può intervenire con la necessaria distanza, perché può lavorare in base ad un contratto senza però dover necessariamente colludere con quegli aspetti negativi e inerti che sono sempre presenti nelle istituzioni. Al fenomeno della stereotipia, caratteristico delle istituzioni, ci si può opporre solo da una posizione di libera contrattualità. I mutamenti necessari per avviare*

*una dinamica conflittuale che si è arenata esigono dunque questa condizione di partenza, anche se essa non è certo sufficiente a garantire di per sé un processo di cambiamento.*

*Si tratta di concetti in cui è chiaramente avvertibile l'eco di Pichon-Rivière, il grande maestro che fonda e determina molti degli sviluppi della scuola psicoanalitica argentina. Nella fattispecie Bleger attinge da Pichon-Rivière la concettualizzazione della stereotipia, per studiarla poi come fenomeno che si produce anche all'interno delle istituzioni, e che fa parte dell'"andamento naturale" della macchina istituzionale. La stereotipia è una dimensione dell'organizzazione istituzionale che è sempre presente; se tuttavia prende il sopravvento essa diventa un fattore di paralisi. Le istituzioni sono un sistema esterno di controllo delle ansie più primitive, e la tendenza alla stereotipia al loro interno costituisce a sua volta un aspetto difensivo di quel sistema.*

*"Ogni individuo impegna la propria personalità nelle istituzioni sociali", e in questo senso le istituzioni sono parte costitutiva della personalità: esse sono un suo "strumento di regolazione e di equilibrio". In questa delicata dinamica psicologica tra personalità e istituzione si verifica una varietà di interazioni possibili, e le personalità meno integrate sono quelle più pronte a dipendere dal supporto che l'istituzione può loro offrire. In tal modo si vengono a creare dei rinforzi negativi tra l'individuo e l'istituzione cui appartiene, rinforzi che producono un impoverimento reciproco e progressivo. In questo caso Bleger utilizza i contributi di Elliott Jaques, il quale dimostra che le istituzioni vengono inconsciamente adoperate come difesa di fronte alle ansie psicotiche. Bleger sostiene, a sua volta, che le istituzioni sono il depositario della parte psicotica della personalità.*

*A questo punto possiamo comprendere meglio perché egli collochi gli interventi della psicoigiene nel terreno delle istituzioni, e soprattutto perché venga considerato fondamentale il livello di intervento sull'istituzione stessa. Siamo certo ben lontani dalla prevenzione intesa come azione da opporre all'insorgenza della malattia, ma non per questo si tratta di una prevenzione che ponga di fronte a delle prospettive facili. La psicoigiene viene considerata come una modalità di intervento che cerca di favorire l'arricchimento degli individui nei loro inevitabili passaggi attraverso le istituzioni.*

*La "omogeneizzazione" degli individui agli aspetti più stereotipati e meno creativi delle organizzazioni è una funzione di adattamento da tenersi*

*ben differenziata dall' "integrazione" Quest'ultima prevede l'inserimento in un ambiente eterogeneo che permette la presenza di ruoli diversi sullo sfondo di un funzionamento globale unitario. Il funzionamento migliore è quello di un'istituzione che opera con la struttura di un gruppo secondario che non viene sommerso e paralizzato da fenomeni quali la stereotipia nella sua forma estrema.*

*Una sola volta, in un rapido e significativo paragrafo, Bleger si riferisce apertamente all'ideale di un'istituzione che nelle sue modalità di funzionamento privilegi l'uomo invece di perseguire l'autoconservazione. Si tratta di una meta quasi impensabile, e lo si capisce dagli ostacoli che incontriamo non appena se ne cerchi una rappresentazione mentale adeguatamente realistica; vale a dire che nella nostra esperienza manca qualcosa di simile. In ogni caso la stereotipia è in definitiva una difesa delle organizzazioni istituzionali di fronte al conflitto, e ciò che indica il terreno patologico non è tanto l'esistenza del conflitto, quanto la mancanza di risorse per affrontarlo. Il fenomeno della stereotipia lavora in direzione del mantenimento dell'organizzazione in quanto tale, ed è proprio per questo che tale aspetto contagioso si riproduce con regolarità. In modo analogo ogni essere umano cerca di preservare le istituzioni così come stanno - e con eguale forza vuole anche modificarle.*

*Accanto ai fenomeni della stereotipia Bleger descrive la dimensione dell'ambiguità, che in questo testo è considerata come fattore perturbante che scolorisce i conflitti. Tale fattore ci interessa in questa sede perché sappiamo che l'opera più compiuta di Bleger contiene fin dal titolo il polo dell'ambiguità (1). Gli scritti concernenti questi temi seguono un pensiero unitario che non riguarda direttamente il tema della nostra presentazione, ma qui vogliamo sottolineare come sia proprio nell'ambiguità che Bleger localizza lo scoglio che più insidia il lavoro istituzionale.*

*L'ambiguità, nota Bleger, è definibile solo dal punto di vista di chi osserva. Una situazione è detta ambigua quando può essere capita in diversi*

(1) Cfr. José Bleger, *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, 1967, Buenos Aires. Traduzione italiana in preparazione presso la Libreria Editrice Lauretana.

*modi e può dar quindi luogo a varie interpretazioni: si tratta di un fenomeno caratterizzato dalla presenza simultanea di elementi contraddittori che tuttavia non si configurano come vere e proprie contraddizioni. Per il soggetto ambiguo, o per la situazione ambigua, non esiste contraddizione e di conseguenza non si verifica un vero conflitto: sarà dunque l'osservatore a sentire il dubbio, o l'incertezza, o un particolare stato di confusione, perché il conflitto stesso è stato smorzato.*

*Per Bleger ciò che è percepito dall'osservatore come confusione corrisponde a un livello di indifferenziazione nel soggetto o nella situazione: l'ambiguità riflette una particolare modalità di organizzazione in cui manca la discriminazione tra i termini antinomici. Questo "scoglio" dell'ambiguità non gli appare soltanto come un incidente di percorso nel lavoro istituzionale, ed egli lo considera come un segnale che sta a indicare la presenza di aspetti molto primitivi, non discriminati e di natura simbiotica.*

*Quando poi tratta di problemi legati alla strategia necessaria per l'intervento istituzionale egli individua come punto fondamentale, come "punto di urgenza", l'importanza delle tecniche di inquadramento in rapporto al compito stabilito, e procede a descrivere l'intervento sull'istituzione: un intervento che va tenuto distinto dal lavoro psicologico all'interno di essa.*

*Abbiamo così da una parte l'ostacolo rappresentato dall'ambiguità, e dall'altra (cioè dalla parte dei provvedimenti tecnici da adottare per affrontarlo) il problema della costituzione del setting. Per Bleger un setting rigoroso diventa lo strumento indispensabile per accogliere e tollerare gli aspetti ambigui delle situazioni che richiedono l'analisi istituzionale.*

*Quando in "Psicoigiene e Psicologia istituzionale" giunge al capitolo in cui si definisce l'inquadramento necessario per quel tipo di intervento istituzionale, egli suggerisce i passi da fare ed elenca una lunga e accurata lista che va dalle tappe iniziali a quelle successive e finali. Il punto di partenza è costituito dall'atteggiamento clinico che deve essere presente fin dal primo contatto con l'organizzazione che chiede l'intervento. Un atteggiamento che richiede e comprende un doppio aspetto: da un lato l'identificazione con gli eventi, e dall'altro la possibilità di conservare una distanza che assicuri il mantenimento del proprio ruolo.*

*Ciascuno di quei ben 18 punti ha una sua necessità. A una prima lettura quella lista può anche apparire troppo simile a un decalogo, e se come tale viene presa condividerà il destino di altri decaloghi: non se ne ricorderà*

*l'inizio e si avrà solo un'idea vaga del resto. La minuziosa dedizione con cui vengono indicati i passi da seguire fino a specificare l'insieme di operazioni da compiere per giungere all'impianto del setting non può che sorprenderci. Ma il fatto che egli indichi i pericoli che si incontrano ad ogni passo della costruzione del setting non è che una misura della sua complessità. Alcuni dei pericoli provengono dall'operatore, ad esempio l'onnipotenza nei confronti della propria funzione; altri sono invece connessi alla natura del compito. L'ultimo punto della lista afferma che il tempo a scadenza fissa vale solo per il momento della diagnosi: non ci sono soluzioni d'urgenza per l'istituzione.*

*Nello stesso anno (1966) in cui viene pubblicato "Psicoigiene e Psicologia istituzionale" Bleger scrive anche il saggio "Psicoanalisi del setting psicoanalitico" (1), dove intende approfondire il problema teorico del setting, il significato delle "costanti invariate" che fanno da cornice al processo terapeutico. L'oggetto di studio è il setting nei casi in cui non crea problemi, quando non se ne parla perché viene accettato e mantenuto, quando funziona idealmente bene, quando non corre rischi di rottura, quando è muto.*

*"Un rapporto umano che dura per anni nell'ambito del quale si perpetua un insieme di norme e di atteggiamenti non rappresenta niente di meno che un'effettiva definizione dell'istituzione" "L'identità si rivela sempre, completamente o parzialmente, 'istituzionale', nel senso che almeno una parte dell'identità si struttura tramite l'appartenenza a un gruppo, a un'istituzione, a un'ideologia, a un partito, ecc..." Affermazioni in cui riecheggiano alcuni dei concetti che abbiamo toccato: la natura di ciò che viene depositato nell'istituzione, e la sua funzione di tenere immobilizzati quegli aspetti primitivi simbiotici che prendono la forma di autentiche incrostazioni.*

*Nel corso del saggio va poi facendosi sempre più chiara e ricca l'analisi degli elementi che vengono depositati nel setting. Non è nostra intenzione seguire passo passo un cammino che è poi già noto al lettore italiano; vogliamo solo mostrare come il lungo elenco del sottoparagrafo "Tecniche*

(1) José Bleger, *Psicoanálisis del enquadre psicoanalitico*, Rev. de Psicoanál., XXIV, 2; Int. J. Psycho-anal., XLVIII, 4 (versione 1966).

*dell'inquadramento" (1) abbia un suo preciso corrispondente teorico nel saggio sul setting. Un saggio in cui lo stesso Bleger dichiara di essersi orientato verso quel tipo di studio del significato del setting proprio a partire dalle sue esperienze di lavoro nel campo della psicologia istituzionale. In tal senso i famosi passi da compiere in vista di un inquadramento dell'intervento istituzionale risultano parte integrante di una strategia, e non la semplice cornice di un processo.*

*Il punto e) ("tutto quanto riguarda un gruppo o un livello non verrà trattato se non col gruppo interessato"), o il punto g) ("il controllo dell'informazione è uno strumento tecnico"), o ancora il punto h) ("bisogna evitare di prendere partito") non sono solo misure volte ad evitare la confusione o a render chiari i ruoli, compiti peraltro già di per sé abbastanza difficili. Sappiamo come tra i fenomeni che si verificano quotidianamente nel lavoro istituzionale vi sia quello per cui prima o poi al consulente esterno viene chiesto di "prendere partito", di partecipare indiscriminatamente, di aderire all'inquadramento di quell'istituzione che ha richiesto l'analisi istituzionale proprio perché c'era qualcosa che era diventato paralizzante. Perché anche le istituzioni hanno un setting (o più di uno) che funziona di fatto e comunque anche se non è esplicito; ma è solo all'interno del setting di chi compie l'intervento che questi fenomeni potranno essere analizzati.*

*A sua volta l'esempio dell'organizzazione che chiede allo psicologo di "entrare a far parte", di "parteggiare" come se si trattasse di un gruppo primario o addirittura di una famiglia, pone in evidenza le ansie messe in gioco all'interno delle istituzioni. Sul setting si vanno infatti sedimentando le ansie più primitive, più legate agli aspetti simbiotici e non discriminati; ed è il suo saldo impianto, la sua rigorosa costruzione che permette di tollerare e comprendere l'ambiguità nella prospettiva di un processo che conduca al ripristino della dinamica conflittuale, fino al punto in cui i problemi possano essere sentiti e pensati come tali. Se il setting non tiene, se si muove, se varia, allora costringe alla riattivazione delle difese nella ricerca di nuovi depositari, oppure alla reintroiezione violenta, come avrebbe detto Bleger parlando di problemi clinici.*

(1) "Tecniche dell'inquadramento", vedi pag. 68.

Un ultimo elemento val la pena segnalare: l'alleanza terapeutica si fa con gli aspetti sani del paziente ma - ricorda Bleger - solo per quanto riguarda il processo terapeutico. Nel setting invece, per così dire, si fa alleanza con gli aspetti primitivi. Egli sapeva che, così come i pazienti affidano a quella sicurezza contrattuale fatta di regolarità gli aspetti indifferenziati, arcaici, di natura simbiotica, così anche e a maggior ragione in una situazione come quella dell'istituzione che contempla fin dall'inizio, e per definizione, più istanze, il setting diventa la strategia in cui si produrranno delle incrostazioni inevitabili.

Bleger si rendeva conto di quanto maggiori fossero le difficoltà per costruire un inquadramento stabile e coerente in un lavoro sull'istituzione, ma grazie alla sua esplorazione in questo campo egli ha potuto mettere a fuoco il setting come problema anche "quando problema non è"

Dall'esperienza clinica gli veniva la convinzione che non sempre la rottura del setting coincide con un attacco al medesimo: il paziente porta ciò che possiede, la sua organizzazione, il suo setting personale. Sottolineavamo prima come l'organizzazione istituzionale non possa essere vista che all'interno delle tecniche di inquadramento dell'operatore. Con tale precisazione si intendeva dare il giusto rilievo alla necessità di chiarezza del setting dell'operatore; ma degli "atteggiamenti" tecnici possono alla fine avere conseguenze sulla comprensione dei fenomeni. Se vedo lo strumento del setting come indispensabile, non per questo dimentico che quell'indispensabilità è legata alla sua funzione di rivelatore dall'interno del quale posso osservare come si palesino le organizzazioni dell'oggetto di studio. La struttura per eccellenza da rivelare è la personalità che viene concepita come una organizzazione che si evolve a partire da un momento fusionale primitivo precedente ad ogni scissione. E ancora una volta andrà tenuto conto che nelle situazioni istituzionali, data la pluralità di persone coinvolte, agisce una molteplicità di setting.

L'importanza dello strumento del setting e il suo significato psicoanalitico permettono di pensarlo come una strategia, un'affermazione che Bleger ripete in varie occasioni. Ma l'importanza della strategia può essere compresa appieno solo se la si vede come "mossa" destinata in fondo a fare emergere altre mosse.

Recentemente qualcuno si lamentava in una rivista specialistica dell'importanza che viene data al setting in questi ultimi anni: un commento giu-

stificato se ci limitiamo a osservare i titoli delle ultime pubblicazioni. Ciò che intendevamo mostrare, tuttavia, era che il rischio rilevato non è più tale se il setting viene inteso in un significato che lo rende qualcosa di più dell'insieme delle costanti invariate, o della cornice del processo. Nella concettualizzazione che ne fa Bleger esso acquista una densità di significato che giova anche alla comprensione e rivelazione dei setting altrui, con le loro organizzazioni corrispondenti.

“Psicoigiene e Psicologia istituzionale” contiene un altro punto che in quest’ottica merita un’attenzione particolare; si tratta di un aspetto tecnico che si riferisce al lavoro di gruppo. Avevamo detto che l’ambito privilegiato della psicoigiene è costituito dalle istituzioni, e che l’inquadramento del lavoro istituzionale che prende l’istituzione come oggetto di indagine esige un setting particolare. Ora vogliamo soffermarci invece sulla tecnica richiesta dallo svolgimento di questo lavoro, che è fundamentalmente la tecnica di gruppo.

Il paragrafo di “Psicoigiene e psicologia istituzionale” che si occupa di questo tema è molto breve, ragion per cui abbiamo ritenuto di inserire altri due articoli che aiutano a comprendere l’evoluzione di Bleger negli anni successivi, e una conferenza precedente alla pubblicazione di “Psicoigiene” (1). Anche in questo caso la fonte originaria delle elaborazioni dell’Autore è Pichon-Rivière.

Ciò che ci interessa è individuare quali siano i punti di partenza che diventano poi la linea dominante del pensiero di Bleger. Nello scritto del ’61 è già evidente l’importanza attribuita al fenomeno della stereotipia all’interno dei gruppi, considerata in opposizione al processo di apprendimento. “L’insegnamento operativo si muove verso l’ignoto” sosteneva in un articolo scritto in collaborazione con Pichon-Rivière, e aggiungeva: “lo stereotipo è il tarlo della docenza” Per stereotipo si intendono qui i punti di riferimento fissi e sicuri che diventano protettivi di fronte alle ansie che insorgono durante il processo di apprendimento, ansie e confusioni che sono “inscindibili dal processo di pensiero” Più avanti viene illustrato il concetto di “compito come obiettivo” con l’esempio del gruppo di apprendimen-

(1) Mi riferisco ai saggi: “Gruppi operativi nell’insegnamento” (1961); “Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni” (1970); “Utilizzo delle tecniche e delle conoscenze di gruppo” (1970).



to che lavorando sulla tematica della famiglia dello schizofrenico mette in atto alcune caratteristiche delle norme di comportamento che sono patognomiche di questo tipo di famiglia. È un "aspetto molto vistoso" che illustra esemplarmente come l'effetto di un'informazione che non riesce ad essere assimilata sul piano mentale possa prendere la forma di un agito all'interno del gruppo.

Il problema della stereotipia viene poi ripreso, questa volta per mostrare com'essa tenda a scomparire quando invece il gruppo è in grado di far circolare la comunicazione tra i suoi membri e ognuno è in condizione di introiettare il ruolo degli altri.

Nel sottoparagrafo "Informazione e azione" si insiste sull'importanza di ciò che avviene nei gruppi quando sono portati ad agire i lati salienti degli argomenti che stanno trattando, e si fa notare come la messa in atto ostacoli una comprensione ottimale del tema che si sta cercando di imparare; ciò che si verifica è un'identificazione proiettiva sul piano del corpo, il che è un indice di quanto primitiva sia questa modalità di appropriazione della conoscenza. Se il coordinatore cercherà di aiutare il gruppo a uscire "dalla stereotipia del noto", egli troverà nel gruppo un avversario e sarà fatto oggetto dell'ostilità dell'insieme. "Aggrapparsi al passato (in qualunque ambito) è uno stereotipo nevrotico che tende a evitare le ansie del presente e del nuovo" - torna a dire Bleger alla fine del discorso, ponendo ancora in primo piano lo stereotipo, ma collegandolo questa volta alle ansie sottostanti a ciò che è sconosciuto.

Vediamo ora le due conferenze di Porto Alegre del maggio 1970 già citate, che ci permetteranno da un lato di riprendere i temi trattati in questa sede, e dall'altro di individuare degli elementi "nuovi". Conviene partire da "Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni" dove si parla in particolare del gruppo terapeutico, ma all'interno di una teoria del gruppo complessiva. Bleger descrive il livello di socialità sincretica presente in ogni gruppo, un livello caratterizzato da una non nitida differenziazione tra i diversi membri, tra l'io e il non-io, tra il corpo e lo spazio. Viene portato l'esempio del bambino che gioca mentre la madre è a sua volta impegnata in qualche attività: se la madre esce dalla stanza il bambino interrompe il gioco e le corre dietro. Qui Bleger intende sottolineare il legame preverbale che tiene legati i due in un vero e proprio stato di fusione. La madre è la depositaria reale della simbiosi del bambino.

*Il livello della socialità sincretica è costituito da questa simbiosi di partenza in cui apparentemente manca l'interazione, ma dove si verifica una profonda fusione indiscriminata tra i due esseri. Egli usa qui la sua particolare lente di ingrandimento che lo porta a focalizzare certi aspetti: una lente con cui ha ossevato molti problemi della clinica psicoanalitica e che qui viene utilizzata all'interno dei gruppi, consentendogli di rilevare come il fenomeno del silenzio che molte volte si verifica al loro interno sia legato all'altro fenomeno di fondo della socialità sincretica. Allo stesso modo egli si accorge che la presenza (usuale) delle ansie persecutorie all'inizio di un incontro di gruppo, abitualmente interpretate come ansie suscitate dalla situazione nuova e sconosciuta, possono essere meglio comprese come una paura che è, sì, risvegliata dall'ignoto, ma dall'ignoto che è racchiuso nel noto. È il perturbante di Freud (unheimlich) che rimanda al terrore provocato dalla comparsa del rimosso in una situazione esterna familiare.*

*"L'ignoto che è racchiuso nel noto" è costituito, in ogni individuo, dalle tracce di non-persona, di non-identità, che egli reca con sé: un timore che si riferisce al pericolo di dissoluzione dell'identità che è andata faticosamente evolvendosi attraverso le diverse tappe di integrazione. La minaccia rappresentata da questo livello di socialità sincretica spinge i gruppi a cercare di immobilizzarla e fissarla. Per questa ragione essi adottano delle forme di organizzazione caratterizzate da livelli di interazione altamente stereotipati e rassicuranti. La forma difensiva della stereotipia è in questo caso al servizio della separazione, del "clivaggio" della personalità sincretica. L'uso del termine "organizzazione" sta a indicare la tendenza del gruppo a consolidarsi in termini formali rigidi per autoconservarsi anche a costo di trasformare i mezzi in fini.*

*Vediamo così riemergere il problema che preoccupava Bleger diversi anni prima. Si tratta del curioso fenomeno per cui "qualsiasi organizzazione tende ad avere la stessa struttura del problema che deve affrontare e per il quale è stata creata". Perché le istituzioni non sono solo una difesa di fronte alle ansie psicotiche (Jaques), ma anche il loro depositario; e poiché sono depositarie anche della socialità sincretica esse tendono inevitabilmente a prendere una forma rigida che a sua volta ricrea il problema che sarebbero destinate a risolvere.*

*In questa conferenza Bleger si pone ancora una volta il problema di una strategia che guidi l'intervento nelle organizzazioni istituzionali, richia-*

mando l'attenzione sui nostri stereotipi teorici e tecnici nell'amministrazione delle risorse. Né poteva essere altrimenti, perché non c'è nessuno, neppure gli operatori, che sia esente da questo rischio.

Il principio metodologico impiegato è ancora una volta quello di trasformare ogni intervento in occasione di indagine, e mentre l'Autore va operando delle modificazioni nel modello di comprensione teorico emergono anche dei suggerimenti tecnici, o semplicemente delle indicazioni, che a loro volta riconducono ai problemi teorici di comprensione dello sviluppo della personalità - in questo caso del gruppo primitivo fusionale madre-figlio. Prima di diventare una persona l'essere umano è un gruppo, perché la sua personalità è costituita da un gruppo e contiene i livelli di socialità sincretica che corrispondono ai primi livelli della dipendenza simbiotica.

Nel pensiero di Bleger non c'è posto soltanto per il problema della burocratizzazione con la sua tendenza ad accentuare i compiti formali in un'interazione di gruppo superficiale. All'estremo opposto vi si trova anche il gruppo primario col suo caratteristico repertorio di sentimenti di appartenenza molto forti, ma con scarse capacità di assolvere i compiti di lavoro. Un tale gruppo oscilla di continuo tra una crisi emotiva e un'altra, il che finisce per impedire lo svolgimento del lavoro prefissato.

Nell'altra conferenza, "Gestione delle tecniche e delle conoscenze grup-pali", egli si occupa nuovamente delle azioni preventive, accostandosi al tema da un'altra angolatura: un'angolatura che si traduce in una gestione diversa delle risorse e che rappresenta una rivoluzione nella storia della psichiatria. Così come viene contestato il fatto che la gestione debba restare completamente nelle mani degli amministratori, così anche vengono messi in evidenza gli ostacoli che possono provenire da parte degli operatori nei momenti di cambiamento: perché anche per loro l'abbandono del rifugio costituito dai modelli riconosciuti e accettati comporta delle difficoltà. Come non renderci conto che ciò che facciamo e il nostro modo di farlo sono parte della nostra personalità, e che ogni tentativo di modificazione finisce per scuotere le nostre stesse basi?

Nel corso della conferenza rispuntano così la cautela e la meticolosità cui già ci avevano abituati i testi precedenti; moniti e avvertimenti si susseguono mentre si va svolgendo quella linea direttiva del suo pensiero che lo porta a sostenere comunque l'importanza di un'azione preventiva. Alla fine della conferenza Bleger si abbandona ad amare riflessioni: perché quan-

do si lavora con le modalità da lui proposte si può arrivare a dissolvere l'“organizzazione”, oppure il risultato può comportare la segregazione dell'operatore, col senso di fallimento che ne consegue.

Le soluzioni non ci sono, o sono tanto impegnative da rasentare l'impossibile. La lettura di questi testi risveglia più di una volta reazioni contrastanti e tuttavia si riconosce spesso, nelle descrizioni di Bleger, qualcosa che noi stessi abbiamo provato all'interno delle istituzioni, qualunque sia il ruolo o la posizione in cui ci siamo venuti a trovare. Di questa dimensione istituzionale sappiamo ancor oggi poco, pur trattandosi di un aspetto che accompagna molte attività professionali. Ciò che è certo è che non di rado Bleger riesce non soltanto a illuminare degli squarci di vita delle istituzioni, ma anche a trasmettere la consapevolezza che si può far parte delle istituzioni in qualità di agenti di cambiamento o di fattori di arretramento.

La psicoanalisi, come si diceva all'inizio, si dimostra un punto di vista fecondo per poter pensare i campi connessi. Bleger si lamenta a volte del fatto che non vengano abbastanza utilizzate le conoscenze psicoanalitiche, ma è fuori di dubbio che la relazione tra psicoanalisi e istituzioni è una relazione quanto meno complicata e tortuosa. La figura professionale ipotizzata da Bleger nel campo specifico della prevenzione ha alla fin fine tutti i connotati del libero professionista: è uno psicologo imbevuto di sapere psicoanalitico, che è sempre un sapere che ha bisogno di una serie di condizioni per funzionare come tale. Ed è proprio la psicoanalisi a mantenere, fin dalla sua fondazione, un rapporto a dir poco scontroso, seppur sempre rinnovato, con le istituzioni, siano esse scolastiche o sanitarie.

Le questioni di frontiera interessano lo sviluppo psicoanalitico tanto dal punto di vista della teoria che del movimento della psicoanalisi. Persino Bleger, che si è esposto alle insidie delle zone di confine, si augura che la Psicoigiene possa diventare un campo assistito da altre discipline, non la psicoanalisi, e tuttavia finisce per riconoscere che molti contributi significativi provengono direttamente dagli analisti.

## Capitolo 1°:

INTRODUZIONE  
JOSÉ BLEGER

### PSICOIGIENE E PSICOLOGIA ISTITUZIONALE

Il libro di Bleger "Psicoigiene e Psicologia Istituzionale" è un'importante testimonianza della sua continua preoccupazione di mettere a punto da un punto di vista metodologico e pratico gli interventi di psicologia applicata che più efficaci per modificare la realtà sociale sono stati messi a punto sul malato - scrive Leon Grinberg nella prefazione - e che ha permesso alla "Asociación Psicoanalítica Argentina del psicoanálisis" di assumere un ruolo di primaria importanza di Bleger un anno dopo la sua morte. "Il libro rappresenta per il Bleger come di una psicoanalisi applicata all'istituzione, e costituisce la ricerca psicoanalitica e psicologica al campo sociale, un tentativo di istituzioni pubbliche delegate a occuparsi della salute fisica e psichica della popolazione.

"Psicoigiene e Psicologia Istituzionale" si situa nel settore della ricerca psicoanalitica applicata a una disciplina poco definita e di vasto raggio qual è l'Igiene Mentale; di essa Bleger propone fin dall'inizio una delimitazione precisa del campo, e al suo interno un'ulteriore delimitazione, la Psicoigiene, che è caratterizzata dall'uso di risorse esclusivamente psicologiche sui fenomeni umani.

Nello stabilire il territorio specifico in cui vengono utilizzate le tecniche proprie della Psicoigiene egli lo descrive come un territorio particolare costituito dalle istituzioni, e procede quindi a una definizione di cosa si intende per istituzione: si tratta di organizzazioni sociali che possiedono una struttura fisica duratura e una funzione comunitaria. Tra le organizzazioni che rientrano in questa caratteristica viene dato un posto di rilievo alle istituzioni scolastiche e ospedaliere. È interessante che fatto che si tratta di un territorio di istituzioni sociali e che egli dispone solo di argomenti di tipo

## PROLOGO

Forse nel nostro Paese non si è mai prodotto su così vasta scala un fenomeno tanto singolare come quello che ha rappresentato, per gli psicologi della mia generazione, lo sviluppo della psicologia negli ultimi ventisei anni. Il balzo che abbiamo dovuto fare è stato ed è tuttora molto grande. Partendo da un totale disorientamento e da un'assoluta confusione di campi, abbiamo dovuto orientarci secondo gli obiettivi e i metodi della psicologia e gettare le basi per lo sviluppo di una psicologia che non fosse puramente nozionistica o filosofica; ora siamo giunti a un punto in cui avvertiamo l'esigenza di compiere un ulteriore passo avanti, consapevoli come siamo che i problemi scientifici della psicologia e lo sviluppo dell'indagine psicologica non possono e non devono rimanere svincolati dalle necessità della vita reale e quotidiana.

Sono persuaso che lo sviluppo della psicologia sia un'esigenza irrogabile e che da esso dipendano non soltanto una migliore conoscenza delle leggi psicologiche che regolano il comportamento degli esseri umani, ma anche la possibilità di capire e orientare la loro organizzazione e la loro vita.

È evidente che, come specie, abbiamo imparato a dominare gli eventi naturali e la natura, a costruire e a usare strumenti, tecniche e oggetti, ma non abbiamo ancora imparato abbastanza per poter orientare la vita e le relazioni degli esseri umani, siano esse di carattere individuale, di gruppo, istituzionale o comunitario (nazionale e internazionale). Credo che la psicologia abbia smesso totalmente di essere una conoscenza "di lusso", e sia anzi diventata una necessità irrinunciabile, perché se conosciamo le leggi che regolano il movimento di un oggetto, ancora non conosciamo bene le leggi psicologiche che stanno alla base della vita umana. E credo che da queste dipendano, in qualche misura, le situazioni di enorme tensione che stiamo

vivendo attualmente, lo stato di insicurezza, di rischio permanente, di caos che possono portare all'autoterminio di gran parte dell'umanità e alla distruzione delle sue conquiste. Ciò non significa affatto che io sia convinto che dalla psicologia dipenda tutto, ma ritengo comunque che essa possa e debba offrirci, in misura sempre maggiore, un considerevole apporto per salvaguardare e migliorare la vita degli esseri umani.

Partendo da tale prospettiva, la psicologia deve calarsi sempre più a fondo nella realtà sociale e penetrare in circoli più vasti, estendendosi allo studio dei gruppi, delle istituzioni e della comunità, così come ai problemi sociali, nazionali e internazionali di ogni tipo, poiché la dimensione psicologica è presente in tutto, dato che in tutto interviene l'essere umano.

Con tali premesse penso che, sebbene non abbiamo motivo per pretendere di raggiungere risultati immediati, d'altro canto dobbiamo lavorare con finalità di ricerca, purché si tratti di una ricerca orientata secondo obiettivi e scopi che sicuramente l'indagine stessa ci indurrà a mutare, indicandoci delle vie sempre più esatte e feconde. La funzione sociale dello psicologo e la portata sociale della psicologia costituiscono per me una preoccupazione da molti anni, e mi sono proposto di ampliarne gradualmente il campo di indagine e di applicazione. Così dal 1962 in poi, al Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires sono stati organizzati, sotto la mia direzione, diversi seminari sull'igiene mentale e in particolar modo su tutto quello che, in questo settore, è di competenza dello psicologo e della psicologia; la creazione, nel 1965, della Cattedra di Igiene Mentale mi ha costretto inoltre, a uno sforzo definitivo per dare una nuova collocazione alla psicologia come scienza e allo psicologo come professionista.

Da questi seminari e da questa Cattedra, dalla revisione bibliografica, dalla discussione dei vari problemi con gli assistenti e gli studenti, sono nati alcuni studi che ho raccolto nel presente volume senza la pretesa che possa servire da libro testo, ma con il proposito di sensibilizzare, di sollevare dei problemi e soprattutto di ampliare le prospettive della psicologia e degli psicologi.

Gli aspetti positivi e negativi dei capitoli che costituiscono questo libro potranno venire messi in luce da tutti coloro che, in un modo o nell'altro, abbiano cercato di focalizzare questo tipo di problemi.

Nel primo capitolo si descrivono le possibilità dello psicologo clinico nel campo dell'igiene mentale; i capitoli successivi riguardano la psicologia

## PROLOGO

istituzionale, la psicologia della comunità, il gruppo familiare, mentre l'ultimo concerne le prospettive della psicoanalisi in relazione alla psicoigiene (1). Considerando poi la generale mancanza di chiarezza intorno a questi problemi e alla maniera di affrontarli nell'insegnamento, ho ritenuto opportuno aggiungere in appendice il programma del corso di Igiene mentale tenuto nel secondo quadrimestre del 1965, con la relativa bibliografia dettagliata. Nel corso del lavoro ho potuto contare, oltre che sui miei studenti, anche su un'eccellente équipe di collaboratori. Verso tutti costoro ho un debito di gratitudine, poiché hanno offerto e utilizzato generosamente il loro tempo, la loro capacità e la loro intelligenza nell'organizzazione di una Cattedra di Psicoigiene, compito che ha presentato notevoli difficoltà non soltanto nella sua strutturazione formale, ma essenzialmente nell'organizzazione della materia, del suo contenuto, della sua bibliografia, del suo orientamento, dei suoi obiettivi, dei complementi teorici e pratici e della revisione delle tecniche e degli schemi concettuali.

Voglio ricordare in modo particolare l'inestimabile collaborazione che ha generosamente prestato il docente associato, il dottor Abraam Sonis, noto specialista di problemi relativi alla salute pubblica, sempre interessato al panorama psicologico che essi presentano.

Nel pubblicare questo libro mi anima il proposito di suscitare interesse nei confronti della psicoigiene, in modo da orientare gli psicologi verso questo campo e la psicologia verso un cammino che superi le antinomie fra teoria e pratica, fra la scienza e la sua applicazione. Per quanto mi riguarda, questi capitoli rappresentano un passo avanti nel progetto di creazione di una psicologia concreta, e vedo con soddisfazione che vi è già un buon numero di psicologi che lavorano in accordo con le linee che qui si sono tracciate. Costoro saranno in grado molto presto di convalidare, rettificare, ampliare e approfondire ciò che hanno imparato.

(1) Il primo paragrafo fu pubblicato in *Acta psiquiátrica y psicológica dell'America Latina*, l'8.4.1962; il secondo presso il Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires (1965); il quarto e il quinto furono letti, rispettivamente, nel corso del simposio "Malattia mentale e famiglia", organizzato da *Acta psiquiátrica y psicológica dell'America Latina*, e in una riunione scientifica dell'Istituto di Psicoanalisi (1965).



## 1.1. LO PSICOLOGO CLINICO E L'IGIENE MENTALE

La creazione della Facoltà di Psicologia in diverse università del Paese e il fatto di contare già su un certo numero di laureati, numero che andrà progressivamente aumentando, pongono problemi di varia natura. Uno di questi riguarda il ruolo dello psicologo nel campo della salute pubblica e, più particolarmente, dell'igiene mentale.

A una corretta collocazione - operata fin dall'inizio - degli psicologi clinici come professionisti nella società e nel momento attuali, è subordinata in gran parte la possibilità di evitare in seguito problemi molto gravi. Per chiarire meglio quello che voglio dire, citerò sommariamente come esempio ciò che avviene oggi nel campo della medicina. Sappiamo che la medicina ideale sarebbe quella i cui professionisti dedicassero i loro sforzi alla salute pubblica, cioè agissero nell'ambito di un'organizzazione che incanalasse e dirigesse gli sforzi collettivi verso la tutela, la promozione e il recupero della salute. Tuttavia, il medico professionista è preparato ad esercitare e di fatto esercita in forma individuale una medicina fondamentalmente assistenziale. Così, in pratica, fra gli altri mali del sistema vi è anche questo: noi speriamo che la gente si ammali per curarla, anziché evitare la malattia e promuovere un livello migliore di salute. Modificare tale stato di cose è diventato, ora come ora, estremamente difficile, come sempre avviene quando si devono introdurre cambiamenti radicali; a questo si aggiunga il fatto che nel medico stesso permane, tuttora in misura accentuata, una dicotomia o dissociazione fra salute pubblica e medicina assistenziale, e che proprio i medici mostrano una notevole resistenza al cambiamento e a un'organizzazione più razionale della medicina. È anche vero che questo cambiamento non dipende unicamente dalla volontà dei medici; ma per raggiungere tale fine non possiamo nemmeno fare affidamento su di essi, né sulla piena coscienza del problema e delle sue soluzioni. Bisogna tenere conto

che attualmente sono le condizioni sociali ed economiche a rendere più agevole, per il professionista, la pratica della medicina privata, assistenziale ed individualistica. È assai probabile, tuttavia, che questo stato di cose cambi molto rapidamente nel nostro paese, o che tale mutamento sia forse già in atto.

Sono molto vari i campi di intervento dello psicologo clinico, ma se questi è interessato per lo più ai problemi psicologici della salute, deve cercare la sua corretta collocazione nel campo finora mal definito dell'igiene mentale, e nella misura in cui lo farà tale campo si andrà delineando in modo più netto. Voglio chiarire e sottolineare che, a mio giudizio, *lo psicologo clinico, che abbia una preparazione sufficiente in tal senso, deve essere pienamente abilitato a svolgere un'attività psicoterapeutica, perché - fra le altre ragioni - è attualmente il professionista meglio preparato, sotto l'aspetto tecnico e scientifico, per assolvere questo compito.* Ma al tempo stesso credo che si dovrà considerare la Facoltà di Psicologia un fallimento dal punto di vista sociale se gli psicologi si limiteranno, nella maggior parte dei casi, alla terapeutica individuale. La funzione sociale dello psicologo clinico non deve essere essenzialmente quella di praticare la terapia, bensì di occuparsi della salute pubblica e, nell'ambito di questa, dell'igiene mentale. Lo psicologo deve intervenire attivamente in tutti gli aspetti e le questioni riguardanti la psicoigiene e non aspettare che la gente si ammali per poter intervenire.

È questo il problema a cui ho fatto cenno all'inizio, e la sua corretta impostazione deve essere affrontata tempestivamente. Queste sono verità che teoricamente non vengono poste in dubbio, ma che ancora non trovano un'applicazione pratica nella misura necessaria.

#### Igiene mentale e psicoigiene

Una volta accettata la premessa che ho posto qui sopra, restano numerosi problemi di fondo da impostare e risolvere.

Quando si vuole insegnare igiene mentale, quello che si fa di solito è, semplicemente, insegnare psicologia e psicopatologia; ne sono prova i testi più correnti di igiene mentale che, in sintesi, non sono altro che trattati abbreviati di psicologia dell'età evolutiva, psicopatologia e psichiatria.

Il primo problema che ci poniamo è, dunque, quello del contenuto della materia che dobbiamo trattare in questo seminario. Se ci atteniamo alle indicazioni fornite dalle pubblicazioni di uso corrente sulla materia, ci troviamo a dover ripetere nozioni che lo psicologo ha già acquisito durante il corso, cosa che ci lascia ovviamente molto insoddisfatti, benché non consideriamo mai la ripetizione veramente tale, ma piuttosto come un'applicazione e un approfondimento. Tuttavia conoscere la psicologia e la psicopatologia non equivale ancora a conoscere l'igiene mentale, anche se quest'ultima presuppone la conoscenza delle prime due.

In tal senso, ritengo che ciò che realmente si deve fare in un seminario di igiene mentale sia studiare la *gestione* delle conoscenze, delle attività, delle tecniche e delle risorse psicologiche che già sono state acquisite, per affrontare gli aspetti psicologici della salute e della malattia come fenomeni sociali e collettivi. Dobbiamo considerare la funzione sociale della professione dello psicologo e prendere coscienza, in questo modo, del posto che essa occupa nell'ambito della salute pubblica e della società. Desidero provocare un cambiamento nell'attuale atteggiamento dello studente, così come in quello dello psicologo professionista, spostando il suo interesse fondamentale dal campo della malattia e della terapia a quello della salute della comunità: desidero evitare che gli psicologi prendano come modello per l'esercizio della loro professione l'attuale organizzazione della medicina, nell'errata convinzione che questa possa essere l'organizzazione ideale o necessaria.

L'estesa bibliografia che esiste sull'argomento non chiarisce sufficientemente tale prospettiva, che riteniamo l'unica corretta. Condividiamo in pieno l'opinione di Sivadon e Duchene, per i quali la maggior parte delle pubblicazioni sull'igiene mentale è irritante e deludente.

### Obiettivi dell'igiene mentale

Uno dei primi obiettivi che l'igiene mentale, storicamente, si è posta figura fra i propositi del movimento che promosse il libro di C. W. BEERS, pubblicato nel 1908: *fare qualcosa per il malato mentale*, nel senso di modificare l'assistenza psichiatrica, facendo in modo che sia praticata in condizioni più umane (migliori ospedali e miglior trattamento) e rendendo possibile pertanto un maggior numero di guarigioni.

Una seconda tappa storica di capitale importanza è quella in cui ci si pone essenzialmente come obiettivo, oltre al proposito precedente, *la diagnosi precoce* delle malattie mentali, che rende possibile non soltanto una percentuale più elevata di guarigioni, ma anche una diminuzione delle sofferenze e una riduzione del tempo di ricovero necessario, al punto che questo diventi, in taluni casi, superfluo. Ciò implica che, una volta soddisfatte le minime necessità fondamentali di posti letto, si tenda a una migliore utilizzazione di questi ultimi in base a un criterio funzionale e dinamico del ricovero, mediante la diagnosi precoce, fase in cui il ricovero può essere evitato o ridotto nella durata. Questo rimane tuttora per noi un obiettivo di primaria importanza, tenuto conto del livello in cui viene praticata l'assistenza psichiatrica nel nostro paese; in generale la diagnosi viene fatta ancora molto in ritardo e la malattia mentale è diagnosticata in una fase corrispondente a quella di cachessia e di metastasi nel caso di una diagnosi di cancro. A questo lo psicologo clinico può collaborare in maniera determinante, ma la responsabilità del problema ricade prevalentemente sullo psichiatra.

Un terzo obiettivo, che si è andato delineando in modo sempre più chiaro e netto, non riguarda più unicamente la possibilità di una diagnosi precoce, ma essenzialmente *la profilassi* o prevenzione delle malattie mentali, mediante un'azione esercitata anteriormente alla loro comparsa e che consenta, quindi, di evitarle.

Una volta raggiunti, in una certa misura, gli obiettivi precedenti, appare indispensabile nell'igiene mentale prendere in considerazione *la riabilitazione*, sia del paziente guarito che deve reinserirsi nella vita attiva, sia del paziente curato nel quale tuttavia permangono carenze o strascichi, che di quello, infine, per cui la medicina curativa non ha potuto far nulla.

L'obiettivo storicamente più recente dell'igiene mentale non concerne più soltanto la malattia o la sua profilassi, ma anche *la promozione di un maggiore equilibrio*, di un migliore livello di salute nella popolazione. Quel che conta, dunque, non è solamente l'assenza di malattie, ma lo sviluppo pieno degli individui e dell'intera comunità.

L'igiene mentale concentra così la sua attenzione *non più sulla malattia, ma sulla salute* e, in tal modo, *sulla vita quotidiana* degli esseri umani. E questo è per noi di importanza e di interesse capitali.

Questi cinque obiettivi dell'igiene mentale non si succedono cronologicamente e in maniera rigorosa per quanto riguarda la loro applicazione, né si escludono, e i limiti fra l'uno e l'altro non sono ben definiti. La terapeutica, ad esempio, apporta benefici diretti alla profilassi, dato che curare un soggetto può significare che egli non peserà, patologicamente, sui suoi figli e, d'altra parte, un'azione di profilassi comporta necessariamente un miglioramento del livello di salute nella comunità. Inoltre, è altrettanto vero che le conoscenze necessarie per esercitare un'azione di profilassi, di riabilitazione e di promozione della salute provengono, per buona parte, dal campo della patologia e della terapeutica. La profilassi, come possibilità concreta, approda molto tardi al campo della psichiatria in quanto, per praticarla, è indispensabile conoscere la causa di una malattia, il che, sotto un profilo scientifico rigoroso, appare tuttora come una prospettiva del futuro. In tal modo, la profilassi specifica - che consiste nel combattere la causa di una data malattia per evitare che insorga - appare possibile, oggi come oggi, soltanto in rarissimi casi (di paralisi generale progressiva, ad esempio) cosicché la nostra arma profilattica più potente, al momento, è di carattere non specifico: la tutela della salute e, con essa, la promozione di migliori condizioni di vita.

Nemmeno la scelta dell'obiettivo da raggiungere in un momento determinato può essere un fatto meccanico perché, se è vero che dobbiamo tendere all'ultimo dei fini elencati - la promozione della salute - è altrettanto vero che in diverse comunità i problemi e la loro urgenza possono richiamare l'attenzione a un dato momento sull'aspetto assistenziale o su quello profilattico. Dobbiamo stabilire, se non una scala, almeno dei criteri di priorità per decidere riguardo all'urgenza dei problemi e alle possibilità di intervenire su di essi e sulle loro diverse implicazioni. E questa decisione è un problema non soltanto teorico, ma eminentemente pratico, benché sorretto dalla teoria utilizzata in maniera flessibile e duttile, come deve essere utilizzata ogni teoria.

Lo psicologo clinico deve essere inserito in ogni équipe che si occupi della salute pubblica, in ogni programma di igiene mentale, nei quali ha delle funzioni specifiche da svolgere, quelle relative alla psicoigiene.

## Posizioni estreme nell'igiene mentale

Dobbiamo analizzare e prepararci a contrastare certi atteggiamenti o pregiudizi nei confronti dell'igiene mentale, che troviamo non soltanto nella gente, ma anche nei professionisti e, naturalmente, negli psicologi clinici.

Uno dei principali pregiudizi su cui dobbiamo soffermare la nostra attenzione è quello che riguarda i due poli idealizzazione-disprezzo delle possibilità dell'igiene mentale: o ci si aspetta da quest'ultima soluzioni miracolose, o si sottovalutano tutte le sue possibilità e realizzazioni. Questi atteggiamenti estremi offuscano o annullano il necessario senso della realtà e, come in tutti gli atteggiamenti estremi, una volta presa una posizione di questo genere, si finisce facilmente con l'andare nella direzione opposta. In tal modo, si corre anche il rischio di fluttuare fra l'impotenza e l'onnipotenza, con tutti i pregiudizi e le conseguenze negative di entrambi questi atteggiamenti. Fino a pochissimo tempo fa, e in una certa misura ancora oggi, ci si aspettava tutto dall'educazione, esagerando palesemente le sue reali possibilità. Per alcuni accadde lo stesso con l'eugenetica. Dobbiamo evitare che il fenomeno si ripeta ora con la psicologia, senza aspettarci che essa risolva tutti i mali.

Lavorare nel campo della psicoigiene significa inevitabilmente agire sui problemi sociali e sulle condizioni di vita degli esseri umani; ciò può comportare, ancora una volta, che si assumano delle posizioni estreme, strettamente connesse con quelle appena descritte, e che consistono, da una parte, nel credere che l'igiene mentale - e l'igiene in generale - si riduca a una riforma economico-politica della società e, dall'altra, nella tendenza a trasformare l'igiene mentale in un movimento ideologico fine a se stesso. Nel riportare quest'ultima alla sua giusta dimensione e alle sue reali possibilità, non possiamo né dobbiamo prescindere dalle condizioni economiche e sociali di una comunità, fra le altre ragioni perché vi sono situazioni in cui il suo ruolo consiste appunto nell'occuparsi di questo tipo di problemi (alimentazione, situazione abitativa, ecc.). Il professionista deve agire senza mai dimenticare la sua condizione di essere umano: il primo aspetto non deve mai assorbire o annullare il secondo.

Quando parliamo di ricerca ci riferiamo ancora, per lo più, al modello del ricercatore sperimentale delle scienze naturali, che configura una situazione artificiale con poche variabili per poter lavorare, e in questo modo siamo portati erroneamente a credere che al di fuori di tali condizioni la ricerca sia impossibile. Le scienze sociali, in particolare, hanno dimostrato in maniera evidente che ciò non è corretto.

Lo psicologo clinico deve, nel campo dell'igiene mentale, applicare il principio secondo il quale indagine e azione sono inseparabili e si arricchiscono reciprocamente nel processo della prassi. Questo non costituisce la manifestazione di un desiderio, ma una condizione fondamentale per operare correttamente. L'azione deve essere preceduta da una ricerca, ma la stessa ricerca è già una forma di intervento sull'oggetto sul quale si indaga. Le modifiche ottenute devono a loro volta esercitare un'azione sui livelli e sui passaggi seguiti nella ricerca, di modo che questi agiscano nuovamente su di esse, e questo in un processo di costante interazione. Tutti i fattori che comprendono la ricerca e l'azione devono essere inclusi come variabili del fenomeno che è oggetto di studio e che subisce delle modifiche man mano che viene studiato. Si devono, inoltre, analizzare gli effetti di ogni progresso compiuto nell'azione tenendo conto del fatto che la ricerca stessa è già una forma di intervento. Tale indagine operativa deve essere presa attentamente in considerazione sia dallo psicologo clinico che da ogni operatore sociale, e solo grazie ad essa tanto la ricerca che i suoi effetti e l'applicazione dei suoi risultati daranno dei frutti. Ogni ipotesi viene di fatto studiata nel momento stesso della sua applicazione, il che dà luogo immediatamente al suo ampliamento o alla sua rettifica. La fase dell'applicazione implica necessariamente l'indagine di quello che si sta applicando.

Nell'ambito di questo inquadramento generale, studieremo la gestione dei metodi e delle tecniche psicologici e sociali che lo psicologo ha già precedentemente appreso nel corso dei suoi studi; a questo va poi aggiunta la conoscenza del metodo epidemiologico nello studio dei disturbi mentali, che è diventato uno strumento essenziale e imprescindibile nel campo dell'igiene mentale.

L'igiene mentale è una branca della salute pubblica e deve essere affrontata tenendo conto dell'organizzazione e del livello che quest'ultima ha raggiunto in ogni luogo, cosicché l'una non possa svincolarsi dall'altra (1). L'igiene comprende l'insieme delle conoscenze, dei metodi e delle tecniche volti a conservare e a migliorare la salute. Il rapporto n. 31 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del dicembre 1952 dice che l'igiene mentale "consiste nell'insieme di quelle attività e tecniche che promuovono e preservano la salute mentale". Nell'ambito dell'igiene mentale esiste una branca speciale, che interessa in particolar modo lo psicologo clinico: è il campo della psicoigiene. Viene così denominato non perché si ponga come obiettivo la salute psichica - il che sarebbe un assurdo - ma perché agisce fundamentalmente sul livello psicologico dei fenomeni umani, con metodi e tecniche provenienti dal campo della psicologia sociale. E questo è l'ambito esclusivo dello psicologo clinico.

Come nel caso della psicoigiene, si dovrebbe, a rigore, parlare di igiene mentale e di salute mentale unicamente in riferimento al campo di intervento e non a quello dei risultati, perché ogni intervento nell'ambito della salute pubblica ha degli effetti sui fenomeni mentali e psicologici (alimentazione, avitaminosi, infezioni, ecc.), così come le misure di psicoigiene hanno ripercussioni dirette sulla salute fisica (si ricordino in proposito gli studi di Spitz, M. Ribble e altri sulla carenza di amore e sui suoi effetti patologici). In altri termini, stiamo mantenendo nella terminologia un dualismo che rifiutiamo nella teoria.

L'igiene mentale, come già abbiamo osservato, è parte integrante della salute pubblica, ma riteniamo che la psicoigiene superi i limiti della medicina, così come supera la possibilità di intervento del medico. Quando si considera lo psicologo clinico un ausiliario del medico, è perché non si sono comprese la funzione e l'estensione della psicoigiene, riducendo quest'ultima alla terapia delle nevrosi e delle psicosi. Sarebbe come voler attribuire

(1) Attualmente si tende ad utilizzare l'espressione "salute mentale" per semplificare il concetto di integrazione delle cosiddette medicina curativa, medicina preventiva e medicina sociale.



ai maestri il ruolo di ausiliari dei medici per l'azione e l'influenza che esercitano come professionisti sull'equilibrio emotivo e psicologico dei bambini. Può darsi che sia necessario ampliare in modo particolare il capitolo della salute mentale e includervi sia l'igiene mentale che la psicoigiene, come capitoli che non si sovrappongono totalmente, malgrado il gran numero di punti di contatto.

Lo psicologo clinico opera, in realtà, con schemi concettuali e tecniche che appartengono più al campo dell'apprendimento (learning) che a quello della clinica.

Tutto quanto riguarda la salute pubblica è strettamente connesso con l'organizzazione statale, e da ciò deriva molto spesso un atteggiamento di attesa passiva o di dipendenza, in base al quale ci si aspetta tutto dai pubblici poteri. È ovvio che da essi dipende in larga misura la pianificazione razionale e la possibilità di realizzare i progetti su una scala sufficientemente vasta, ma è altrettanto vero che anche noi siamo un "potere pubblico" e che molti progetti ed interventi devono partire dai professionisti in quanto tali. La psicoigiene, che costituisce il compito specifico dello psicologo clinico, deve anche, in buona parte, affidarsi e appoggiarsi a sforzi professionali non totalmente statali.

Detto questo, dobbiamo ora rispondere anche a diversi interrogativi che immediatamente ci si presentano: con la psicoigiene, dove intervenire? Su chi o che cosa? In che modo? Con che cosa? Le risposte a queste domande ci occuperanno estesamente.

Lo schema che si è ormai consolidato e diffuso è quello secondo il quale l'azione, nell'igiene mentale e nella psicoigiene, consiste nell'aprire un consultorio, un dispensario o un laboratorio per la cura di coloro che sono o si sospettano colpiti da malattie mentali e che si rivolgono o sono affidati a tale organismo. Questo è precisamente, e soprattutto, ciò che non si deve fare se si vuole svolgere un'attività razionale e proficua.

Lo psicologo clinico deve andare in cerca del suo "cliente": *la gente nel corso della sua attività quotidiana*. In psicoigiene il grande progresso consiste in questo: non aspettare che vengano a consultarci persone già malate, ma intervenire di nostra iniziativa in quei processi psicologici che minacciano o compromettono la struttura della personalità e, di conseguenza, i rapporti fra gli esseri umani, sensibilizzando in questo modo le persone tanto da indurle a ricorrere ai servizi della psicoigiene in condizioni non ne-

cessariamente patologiche. Questo apre un'ampia quanto promettente prospettiva per la salute della comunità e costituisce una fonte di profonda gratificazione per lo specialista.

#### Ambiti di intervento

In questo passaggio dello psicologo clinico dalla malattia alla promozione della salute, operata mediante il contatto con la gente nel corso delle sue occupazioni e dei suoi impegni ordinari e quotidiani, ci troviamo di fronte a vari livelli di organizzazione, fra i quali dobbiamo prendere in considerazione, essenzialmente, le istituzioni, i gruppi, la comunità e la società.

Un'istituzione non è soltanto un luogo dove lo psicologo può lavorare, ma rappresenta un livello della sua attività. Quando incomincia a lavorare nell'ambito di un'istituzione (scuola, ospedale, fabbrica, club, ecc.) la prima cosa che deve fare è *evitare di aprire uno studio, un laboratorio o un consultorio* per la cura dei soggetti malati che fanno parte dell'istituzione. Il suo primo compito è quello di studiare e trattare l'istituzione stessa: è questa il suo primo "cliente", il più importante. Non bisogna creare un'altra istituzione all'interno della prima, una sorta di sovrastruttura, perché la psicoigiene non è una sovrastruttura che deve essere utilizzata indipendentemente dalla vita e dalle istituzioni, o sovrapposta ad esse, ma deve agire al loro interno. Si deve prendere in esame l'istituzione da un punto di vista psicologico, studiandone gli obiettivi, le funzioni, i mezzi, i compiti, ecc.; le posizioni di supremazia formali e informali, la comunicazione fra gli status (verticale) e gli "infrastatus" (orizzontale), ecc. Bisogna sempre tenere presente che tale indagine è già di per sé un'azione che modifica l'istituzione e crea inoltre tensioni di diverso tipo fra questa e lo psicologo, un'azione che egli deve considerare parte integrante del suo compito. All'interno di un'istituzione lo psicologo è un collaboratore, e non deve assolutamente diventare il fulcro; le sue funzioni devono venire esercitate attraverso coloro che normalmente fanno parte di essa. Stando così le cose, lo psicologo è uno specialista in tensioni della comunicazione o delle relazioni interpersonali, ed è questo il campo specifico in cui deve operare. La psicoigiene, in un'istituzione, deve funzionare in connessione con il processo regolare e abituale di quest'ultima o nel suo ambito, e non trasformarsi in sua sovrastrut-

tura. I soggetti e i casi di cui si deve occupare non vanno affrontati in funzione della problematica individuale, bensì di quella istituzionale.

Un secondo livello, in stretta relazione con il precedente, è quello dell'intervento sui gruppi umani. La composizione dei gruppi è estremamente varia, e lo psicologo deve cercare di operare su quelli che compongono delle "unità naturali", ossia su gruppi preformati, quelli la cui funzione è già dinamicamente configurata all'interno di una determinata istituzione sociale: il gruppo familiare, il gruppo aziendale, quello educativo, l'équipe di lavoro, ecc. Un'altra delle sue modalità è quella relativa ai gruppi artificiali, che possono essere omogenei o eterogenei, per età, sesso, problematica, grado di salute e di malattia, ecc. Le tecniche di gruppo da utilizzare devono essere scelte, a seconda dei casi, fra quelle disponibili: terapeutiche, di discussione, operative, centrate sul compito, ecc.

Il lavoro sul livello della comunità deve venire realizzato impiegando tutti i mezzi di comunicazione (radio, televisione, manifesti murali, giornali, opuscoli, ecc.) nonché gli organismi e le istituzioni già esistenti (club, fabbrica, scuola, ospedale, ecc.), e agendo sulla problematica, i ruoli e le situazioni di tensione collettiva. Anche le tecniche sono svariate e devono essere adeguate ai problemi, agli obiettivi perseguiti e ai progetti attuabili.

Senza la pretesa di fornire una classificazione esaustiva e completa, i tipi di situazione e di problematica in cui lo psicologo deve intervenire si possono raggruppare nel modo che segue:

- 1) momenti o periodi dello sviluppo e dell'evoluzione normale: gravidanza, parto, allattamento, infanzia, pubertà, giovinezza, maturità, età critica, vecchiaia;
- 2) momenti di cambiamento e di crisi: immigrazione ed emigrazione, matrimonio, vedovanza, servizio militare, ecc.;
- 3) situazioni di tensione normale e anomala nei rapporti umani: nelle famiglie, nelle scuole, nelle fabbriche, ecc.;
- 4) organizzazione e dinamica delle istituzioni sociali: scuole, tribunali, club, ecc.;
- 5) problemi che creano ansie in momenti o periodi particolari della vita: sessualità, orientamento professionale, scelta del lavoro, ecc.;
- 6) situazioni altamente significative che richiedono informazione, educazione o direzione: educazione dei figli, giochi, svago a tutte le età, adozione di minori, ecc.

Come si può osservare, lo psicologo interviene completamente in tutto ciò che è inerente agli esseri umani, a tutela di tutto quanto riguarda gli aspetti psicologici della vita nelle sue molteplici manifestazioni; si adopera al massimo grado perché l'assimilazione e l'integrazione delle esperienze avvenga in un processo di apprendimento adeguato, con piena soddisfazione di tutti i bisogni psicologici.

Al di là di tutti questi aspetti della psicoigiene, più strettamente connessi con l'obiettivo di promozione della salute, è inoltre compito dello psicologo clinico assumere un ruolo primario in tutti gli interventi precedentemente elencati: terapeutica, profilassi, riabilitazione, diagnosi precoce. Ci siamo soffermati in particolar modo sulla promozione della salute perché riteniamo che sia questo il settore in cui devono concentrarsi maggiormente gli sforzi dell'igiene mentale, anche in quei centri o in quei dispensari che sono eminentemente terapeutici o di riabilitazione. Confido che la psicoigiene diventerà progressivamente, e in questa vasta prospettiva, il campo specifico dello psicologo clinico.

Come si può dedurre da quanto esposto finora, la psicoigiene non esclude la possibilità dell'esercizio privato di una professione. Lo psicologo si trova qui in presenza di un'anomalia alquanto singolare, che riscontrano anche numerosi altri professionisti: molto spesso le attività professionali più razionali e socialmente più proficue sono le peggio remunerate. D'altra parte, e in maniera quasi parallela, possediamo in tutti i settori dell'igiene molte più conoscenze di quelle che siamo effettivamente in grado di applicare, a causa di limitazioni economiche, sociali e politiche. Il problema dell'incremento del numero dei professionisti in servizio effettivo è ben diverso da quello dell'affinamento delle loro competenze scientifiche e tecniche.

#### Educazione sanitaria

Questo capitolo dell'igiene mentale meriterà una particolare attenzione da parte dello psicologo, per la grande importanza che riveste e per lo speciale contributo che ad essa può apportare. Non esiste alcun programma di igiene che possa essere realizzato senza la collaborazione e la partecipazione attiva della comunità. L'educazione sanitaria tende a produrre cambiamenti stabili in determinati modelli di comportamento della comunità.

In questo ambito, spetta allo psicologo valutare i pregiudizi e le resistenze, il timore del cambiamento, lo studio del messaggio in funzione dei risultati che desidera ottenere, come pure selezionare le persone alle quali deve di preferenza rivolgersi: l'intera comunità, i professionisti, le persone "chiave" delle comunità (insegnanti, religiosi, poliziotti, magistrati, presidenti di club, ecc.). Un altro fattore che deve essere attentamente considerato è il modo per arrivare alla gente, tramite i contatti personali, la stampa, la televisione, ecc.

È indispensabile tener conto anche delle deformazioni e dei pericoli che possono derivare da un'educazione o una propaganda sanitaria mal condotta; fra questi, vi è il rischio di favorire atteggiamenti paranoici o ipocondriaci nella popolazione.

*La Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Buenos Aires, nel 1964 ne fu organizzato un altro - sempre sotto la mia direzione - sullo stesso tema, ma ormai totalmente incentrato sulla psicologia istituzionale. Di quest'ultimo forniamo qui una sintesi.*

Il nesso fra i due temi è del tutto evidente e si fonda nella prospettiva e sulle linee entro cui auspichiamo si sviluppino la psicologia e la professione dello psicologo. Questa pubblicazione ha anch'essa il proposito fondamentale di sensibilizzare in particolare modo gli psicologi laureati di recente, richiamando la loro attenzione su prospettive meno limitate che consentano loro di trovare una migliore collocazione sociale e di esercitare con maggiore efficacia il ruolo di professionisti o di tecnici della psicologia, indirizzando la loro opera verso attività di carattere sociale di più vasta portata, più rilevanti e significative.

La posizione generale qui sostenuta può riassumersi nelle seguenti proposizioni, già rese note in una precedente pubblicazione: a) lo psicologo in quanto professionista deve passare dall'attività psicoterapeutica (analisi e cura) a quella di psicigiene (popolazione sana e promozione della salute); b) a tale fine, è indispensabile considerare il problema non più da un punto di vista individuale, ma sociale. La prospettiva sociale è duplice; da un lato comprende i relativi modelli concettuali e, dall'altro, l'ampliamento dell'ambito nel quale si lavora. Per raggiungere questi obiettivi è necessario mettere a punto nuovi strumenti di lavoro: conoscenze e tecniche che possano rendere realizzabile il compito e fecondi i principi. D'altro canto, questi strumenti si possono ottenere soltanto affrontando il compito giorno per giorno, perché solo sulla base della viva esperienza si possono andare elaborando.

## 1.2. PSICOLOGIA ISTITUZIONALE

Dopo un seminario per laureati sull'Igiene mentale tenuto nel 1962 presso il Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Buenos Aires, nel 1964 ne fu organizzato un altro - sempre sotto la mia direzione - sullo stesso tema, ma ormai totalmente incentrato sulla psicologia istituzionale. Di quest'ultimo forniamo qui una sintesi.

Il nesso fra i due temi è del tutto evidente e si fonda sulla prospettiva e sulle linee entro cui auspichiamo si sviluppino la psicologia e la professione dello psicologo. Questa pubblicazione ha anch'essa il proposito fondamentale di sensibilizzare in particolar modo gli psicologi laureati di recente, richiamando la loro attenzione su prospettive meno limitate che consentano loro di trovare una migliore collocazione sociale e di esercitare con maggiore efficacia il ruolo di professionisti o di tecnici della psicologia, indirizzando la loro opera verso attività di carattere sociale di più vasta portata, più rilevanti e significative.

La posizione generale qui sostenuta può riassumersi nelle seguenti proposizioni, già rese note in una precedente pubblicazione: a) lo psicologo in quanto professionista deve passare dall'attività psicoterapeutica (malato e cura) a quella di psicoigiene (popolazione sana e promozione della salute); b) a tale fine, è indispensabile considerare il problema non più da un punto di vista individuale, ma sociale. La prospettiva sociale è duplice: da un lato comprende i relativi modelli concettuali e, dall'altro, l'ampliamento dell'ambito nel quale si lavora. Per raggiungere questi obiettivi è necessario mettere a punto nuovi strumenti di lavoro: conoscenze e tecniche che possano rendere realizzabile il compito e fecondi i principi. D'altro canto, questi strumenti si possono ottenere soltanto affrontando il compito giorno per giorno, perché solo sulla base della viva esperienza si possono andare elaborando.

La psicologia istituzionale - così come la intendo qui - è un capitolo recente nello sviluppo della psicologia, e non vi è nessuno, attualmente, che possa vantare una vasta esperienza. Nemmeno io posso farlo: la mia esperienza personale e diretta è tuttora limitata e riguarda essenzialmente e quasi esclusivamente organismi ospedalieri ed educativi; nell'ambito di altre istituzioni essa è stata per lo più indiretta, essendo basata sulla supervisione del lavoro di psicologi.

L'esigenza di sensibilizzare riguardo a problemi nuovi e di orientare in maniera tempestiva e adeguata la collocazione professionale dello psicologo mi induce a comunicare questa esperienza e le conoscenze raccolte sul tema, così come sono state, in gran parte, svolte ed elaborate nel corso dei seminari a cui ho fatto cenno. In quelle occasioni ho potuto contare sull'inestimabile collaborazione di un gruppo di neolaureati in psicologia che con grande entusiasmo ed intelligenza si sono fatti portavoce della necessità di avere chiara coscienza del loro ruolo nella società e di svolgerlo il più efficacemente possibile. Fra i contributi fondamentali sui quali ci basiamo, vi sono quelli di Enrique Pichon-Rivière e di Elliott Jaques, ai quali dobbiamo manifestare la nostra gratitudine per l'opera realizzata in tal senso. Il dottor Enrique Pichon-Rivière ha prestato un'efficace opera di sensibilizzazione anche in questo campo, così come ha sempre fatto nel nostro paese nei settori della psicologia, della psicoanalisi e della psichiatria.

Ho parlato fin qui di psicologia istituzionale in relazione allo psicologo in quanto professionista, e questo può portare erroneamente a supporre che si stia parlando di un'attività subalterna, di un "settore pratico" di applicazione della psicologia, mentre la "vera" scienza e la vera ricerca psicologica stanno da un'altra parte. Tali supposizioni derivano da una concezione astratta e per nulla realistica della scienza. La psicologia istituzionale rientra sia nella storia dei bisogni sociali che in quella della psicologia, e nell'ambito di quest'ultima non rappresenta soltanto un campo di applicazione, ma essenzialmente di ricerca. Non è possibile svolgere correttamente nessun compito professionale, in psicologia, se questo non costituisce al tempo stesso un'indagine su quanto sta accadendo e si sta facendo. La pratica non è una derivazione subalterna della scienza, bensì il suo nucleo, il suo centro vitale; e la ricerca scientifica non ha luogo al di sopra e al di fuori della pratica, ma nel corso di questa. In tal senso, ha un certo peso l'esempio - il cattivo esempio - di altre scienze e attività professionali, quali la me-

dicina. Nell'ambito di questa, la scienza e la ricerca sono relegate nei laboratori, mentre la pratica è la funzione dei medici, che devono *applicare* i risultati dell'indagine compiuta. Questo è uno schema alienante, dagli effetti e dai risultati estremamente controproducenti per i medici, i malati, la società e la scienza. L'esperimento e il laboratorio devono costituire un momento del processo globale della ricerca, che è inscindibile dalla pratica, così come quest'ultima, se non è sorretta da un'indagine parallela, si trasforma in un rozzo empirismo.

Con ciò voglio sottolineare chiaramente che la psicologia istituzionale non è una branca della psicologia applicata (1), ma un settore della psicologia, che può rappresentare in se stesso un progresso straordinario sia nella ricerca che nello sviluppo della psicologia come professione. In altri termini, penso che non si possa essere uno psicologo senza essere nel contempo un ricercatore che indaga sui fenomeni che si intendono modificare, e che non si possa essere ricercatore se non si estrapolano i problemi direttamente dalla pratica e dalla realtà sociale in cui si è immersi in un momento determinato, benché transitoriamente e per esigenze metodologiche dettate dalla ricerca stessa si isolino dei momenti del processo globale (2).

Si può dire che la psicologia si sviluppa sottraendo terreno all'astrazione e affermandosi in maniera graduale e progressiva nel campo del concreto: si passa così da una psicologia disumana dell'uomo a una psicologia capace di captare ciò che è propriamente umano. Possiamo elencare in breve le seguenti tappe:

- a) studio di parti astratte e considerate separatamente dell'essere umano (attenzione, memoria, discernimento, ecc.);
- b) studio dell'essere umano nella sua globalità, ma considerato indipenden-

(1) Tutta la cosiddetta psicologia applicata è viziata sostanzialmente da una forma di alienazione.

(2) La distorsione deriva dal fatto che tali momenti sono rappresentati da persone diverse che si mantengono isolate l'una dall'altra, e che pertanto viene meno il *carattere tecnico proprio dell'isolamento nella ricerca* e si arriva a una perdita o a una carenza della visione globale e dell'interazione del processo.



temente dal contesto sociale (sistemi meccanicistici, energetistici, organicistici, ecc.);

c) studio dell'essere umano come fatto globale nelle situazioni concrete e nei suoi vincoli interpersonali (presenti e passati).

A partire da questa terza prospettiva concettuale e metodologica, si è avuto un tipo di sviluppo in cui i vari ambiti si sono andati progressivamente ampliando:

- a) ambito psicosociale (individui);
- b) ambito sociodinamico (gruppi);

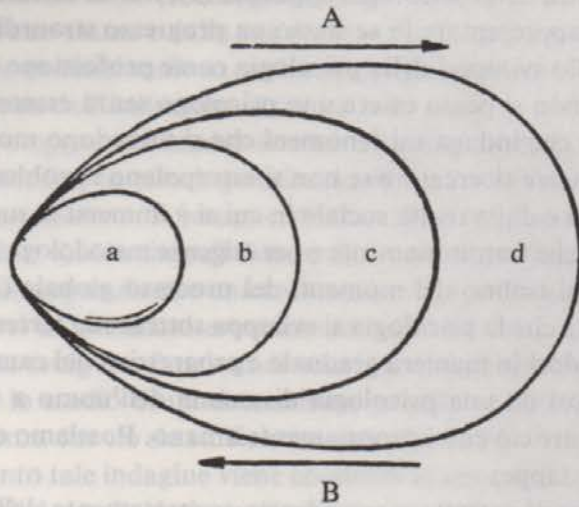


figura 1

Ambiti della psicologia: a) psicosociale; b) sociodinamico; c) istituzionale; d) comunitario. Il significato delle frecce viene spiegato nel testo.

- c) ambito istituzionale (istituzioni);
- d) ambito comunitario (comunità).

Conviene chiarire che psicologia individuale e ambito psicosociale non sono sinonimi e che pertanto non coincidono, così come non coincidono psicologia sociale e ambito sociodinamico; la differenza fra psicologia individuale e sociale non sta nella particolarità dell'ambito che ciascuna abbraccia,

bensi nel diverso modello concettuale da esse utilizzato. Così, è possibile studiare la psicologia del gruppo (ambito sociodinamico), per fare un esempio, secondo un modello della psicologia individuale, allo stesso modo in cui si può studiare l'individuo (ambito psicosociale) in base a un modello della psicologia sociale. Per questo affermavo in precedenza che è indispensabile operare un passaggio dalle prospettive sociali a quelle individuali nel doppio senso di *riforma dei modelli concettuali e di ampliamento dell'ambito di lavoro*. La psicologia istituzionale richiede ed implica entrambe le cose.

Per quanto riguarda l'ampliamento di ambiti, lo sviluppo della psicologia ha seguito il senso A (figura 1), ma questa direzione ha coinciso, in qualche misura, con un'estensione dei modelli della psicologia individuale a tutti gli altri ambiti. Man mano che vengono affrontati, nella pratica, nuovi ambiti e strutturati nuovi modelli concettuali ad essi adeguati, s'impone il senso B (stessa figura); vale a dire che dobbiamo riprendere lo studio delle istituzioni utilizzando modelli della psicologia della comunità, lo studio dei gruppi basandoci sui modelli della psicologia istituzionale e della comunità, e infine lo studio degli individui secondo modelli della psicologia dei gruppi, della comunità e delle istituzioni. In questo senso, evidentemente rimane un vasto compito da svolgere nello sviluppo della psicologia. Sviluppo che, a rigore, è appena iniziato (1).

Quando parlo di modelli della psicologia individuale mi riferisco al fatto che essi partono dall'individuo considerato isolatamente per spiegare i raggruppamenti umani e applicano a questi ultimi le categorie osservabili e concettuali che corrispondono all'individuo preso singolarmente o che sono state utilizzate per lui (organismo, omeostasi, libido, ecc.). In questo modo i gruppi, le istituzioni e la comunità vengono spiegati mediante le caratteristiche degli individui.

Quando mi riferisco ai modelli della psicologia sociale faccio attenzione ad utilizzare delle categorie adeguate al carattere dei fenomeni dei raggruppamenti umani (comunicazione, interazione, identificazione, ecc.), che per buona parte devono essere ancora scoperti e creati.

(1) "...quello che la psicologia classica considera il punto di partenza della psicologia, cioè la conoscenza dell'individuo, non può essere trovato che alla fine..." (Politzer)

Lo studio delle istituzioni comprende tre capitoli fondamentali strettamente collegati e interdipendenti, ma che possono essere caratterizzati nel modo seguente:

- a) studio della struttura e della dinamica delle istituzioni;
- b) studio della psicologia delle istituzioni;
- c) strategia del lavoro nella psicologia istituzionale.

Non studieremo in questa sede l'istituzione in se stessa, ossia la sua struttura e la sua dinamica, ma essenzialmente la *strategia generale dello psicologo nel lavoro istituzionale*. Anche se ci soffermeremo brevemente sul capitolo della psicologia delle istituzioni, non ci occuperemo qui degli strumenti specifici - delle tecniche - per operare in questo campo.

Dall'analisi condotta nel corso dei nostri seminari è emerso come la cosa più importante ed urgente in questo momento sia lo studio di quella che chiamiamo strategia del lavoro istituzionale, e in questo senso, nell'ambito della strategia, cosa essenziale è l'*inquadramento del compito*, cioè la determinazione di alcune costanti mediante le quali si possano controllare, almeno in una certa misura, le variabili del fenomeno. Fra queste costanti, che devono risultare dall'inquadramento, due rivestono un'importanza capitale, e cioè:

- a) il rapporto dello psicologo con l'istituzione nella contrattazione, programmazione e realizzazione dell'attività professionale;
- b) i criteri che stanno alla base di tale rapporto.

L'insieme di tutti questi fattori costituisce la strategia del lavoro, nonché la sua teoria nel campo della psicologia istituzionale.

Questa impostazione è la più corretta e quella che è più opportuno seguire trattandosi di psicologi professionisti, come nel caso dei seminari realizzati, dato che questi posseggono già gli strumenti e le tecniche adeguati per lavorare sia nell'ambito psicosociale che in quello della sociodinamica, della psicologia istituzionale e della psicologia della comunità (colloqui, inchieste, tecniche di gruppo, ecc.). Quello che manca, invece, è la determinazione esatta dell'ambito all'interno del quale queste tecniche saranno impiegate, ossia del *modo in cui devono essere utilizzate* le conoscenze e le tecniche. Questa precisazione si rende necessaria in quanto è possibile che per altri professionisti che intendano svolgere dei compiti in campo istituzionale l'approccio al problema debba essere di altro tipo, diverso da quello proposto qui.

Il nucleo essenziale di quanto abbiamo finora esposto può essere sintetizzato nel modo seguente:

*PSICOLOGIA ISTITUZIONALE*

- 1) È caratterizzata da
  - A) Un *ambito* particolare, cioè un segmento dell'estensione dei fenomeni;
  - B) Un *modello concettuale* proprio della psicologia sociale.
  
- 2) Comprende lo studio di
  - A) *Struttura e dinamica* delle istituzioni;
  - B) *Psicologia* delle istituzioni.
  - C) *Strategia del lavoro* dello psicologo.
    - 1. *Inquadramento del compito*;
      - a) Determinazione di costanti;
      - b) Utilizzazione di conoscenze e di tecniche.
    - 2. *Teoria dell'inquadramento*.

*Che cos'è la psicologia istituzionale*

Come abbiamo visto, la psicologia istituzionale è caratterizzata dall'ambito (le istituzioni) e dai suoi modelli concettuali; nella sua strategia sono inclusi, quali parti essenziali, l'inquadramento del compito e l'applicazione delle risorse.

L'ambito, che comprende l'estensione particolare in cui i fenomeni vengono circoscritti per essere studiati o utilizzati in un'attività professionale, è costituito ovviamente, nella psicologia istituzionale, dall'istituzione. Quest'ultimo termine ha diversi significati che è indispensabile esaminare sommariamente.

Nel suo *Dizionario di sociologia*, Fairchild include il termine nelle due accezioni: 1) "Forma di comportamento duratura, completa, integrata e organizzata, mediante la quale si esercita il controllo sociale e si soddisfano

i desideri e i bisogni sociali fondamentali”; 2) “Organizzazione di carattere pubblico o semipubblico che presuppone un corpo direttivo e, normalmente, un edificio o uno stabilimento materiale di qualche tipo, destinata a servire a un fine socialmente riconosciuto e autorizzato. A questa categoria appartengono unità quali le scuole materne, le università, gli orfanotrofi, gli ospedali, ecc.”

Nella nostra definizione di psicologia istituzionale l’istituzione viene intesa nel secondo dei due significati attribuiti a questo termine da Fairchild, e in esso si include lo studio dei fattori caratterizzati nella prima delle due accezioni. La psicologia istituzionale si interessa dunque di quell’insieme di organismi che hanno un’esistenza fisica concreta e un certo grado di durata in qualche campo o settore specifico dell’attività o della vita degli uomini per studiare in essi tutti i fenomeni umani che si verificano in relazione alla struttura, alla dinamica, alle funzioni e agli obiettivi dell’istituzione. Con questa definizione voglio sottolineare che la psicologia istituzionale non si interessa, ad esempio, delle leggi in quanto istituzioni, ma degli organismi in cui concretamente si applicano o funzionano tali leggi nella loro forma specifica (tribunali, carceri, ecc.).

A volte, emergono delle discrepanze fra questi due significati, come nel caso ad esempio della famiglia, che è un’istituzione sociale, ma che per lo psicologo è un gruppo, cioè un’organizzazione concreta con cui ha a che fare nel suo compito professionale. Analogamente, anche la religione è un’istituzione sociale, ma non lo è la religione di un gruppo familiare; per quanto riguarda la sfera religiosa, le istituzioni di cui si interessa la psicologia istituzionale sono quelle dei suoi organismi specifici (chiesa, parrocchia, ecc.).

Burgess (citato da Young) distingue sei tipi principali di istituzioni:

- a) istituzioni culturali fondamentali (famiglia, chiesa, scuola);
- b) istituzioni commerciali (imprese commerciali e finanziarie, associazioni di lavoratori, imprese statali);
- c) istituzioni ricreative (club sportivi e artistici, parchi, campi da gioco, teatri, cinema, sale da ballo);
- d) istituzioni di controllo sociale formale (agenzie di servizi sociali e statali).

A queste, Young aggiunge:

- e) istituzioni sanitarie (ospedali, cliniche, centri e case di cura per convalescenti, che possano venire incluse o meno nel gruppo delle agenzie di servizi sociali);

f) istituzioni nel campo della comunicazione (agenzie di trasporti, servizio postale, telefoni, giornali, riviste, radio).

Includo questa classificazione più che altro per illustrare l'ampiezza dell'attività professionale nella psicologia istituzionale, ma ai fini del nostro obiettivo attuale non è affatto indispensabile procedere a una classificazione esaustiva e rigorosa delle istituzioni.

Data un'istituzione, lo psicologo concentra la sua attenzione sull'attività umana che ha luogo al suo interno e sull'effetto da essa prodotto su quanti vi svolgono tale attività. Tutto ciò richiede un minimo di informazione sull'istituzione stessa, che comprenda ad esempio:

- a) finalità od obiettivo dell'istituzione;
- b) impianti e procedimenti mediante i quali si soddisfa tale obiettivo;
- c) ubicazione geografica e rapporti con la comunità;
- d) relazioni con altre istituzioni;
- e) origine e formazione;
- f) evoluzione, storia, crescita, cambiamenti, fluttuazioni; sue tradizioni;
- g) organizzazione e norme che la disciplinano;
- h) le persone che ne fanno parte; le classi sociali a cui queste appartengono e la divisione dei compiti;
- i) valutazione dei risultati della sua attività, relativamente all'istituzione e a coloro che ne fanno parte. Elementi su cui l'istituzione fonda tale giudizio.

Una volta circoscritto l'ambito in cui lavorare, ciò che caratterizza in modo specifico la psicologia istituzionale è un particolare inquadramento del compito, basato innanzitutto su due principi in stretta correlazione:

- 1) ogni compito deve essere intrapreso e inteso in funzione dell'unità e della totalità dell'istituzione;
- 2) lo psicologo deve prendere in considerazione in modo particolare la differenza fra psicologia istituzionale e attività psicologica svolta in un'istituzione.

Quel che ci interessa, in psicologia istituzionale, è l'istituzione come totalità; possiamo occuparci di una parte di essa, ma sempre in funzione del tutto. A tal fine, lo psicologo desume il proprio compito dal suo studio diagnostico, a differenza dello psicologo che lavora in un'istituzione, ma vi esercita funzioni che gli vengono assegnate dagli organismi di direzione di quest'ultima o da un corpo professionale che non gli ha consentito di or-

ganizzare il suo compito sulla base di una valutazione appropriata e tecnica dell'istituzione.

Nel primo caso lo psicologo è un assistente o un consulente, mentre nel secondo è un impiegato, e il compito inerente alla psicologia istituzionale non può essere svolto nella condizione di impiegato (1), bensì in quella di assistente o di consulente, perché vi è una distanza ottimale nella *dipendenza economica* e nell'*indipendenza professionale*, che è fondamentale nell'aspetto tecnico delle situazioni. Uno psicologo assunto, ad esempio, per selezionare il personale o sottoporre a test i membri o i soci non svolge un compito nell'ambito della psicologia istituzionale, in quanto tale compito non deriva dal suo esame e dalla sua diagnosi della situazione, e nemmeno dal suo giudizio professionale su quello che è effettivamente necessario realizzare all'interno dell'istituzione. L'esperienza mostra, inoltre, che nell'istituzione che è oggetto di studio si deve ricoprire un unico ruolo: non si può, ad esempio, fare lo psicologo istituzionale in un ospedale e anche svolgere, nello stesso posto, un compito di altro tipo (assistenziale, didattico, o di altro genere). L'esercizio di due ruoli diversi nella medesima sede determina una sovrapposizione e una confusione di inquadramenti e di conseguenze il crearsi di situazioni estremamente difficili da valutare e gestire.

Coloro che svolgono funzioni di consulenza possono venire assunti, a contratto, per lo studio di un determinato problema proposto dall'istituzione stessa, senza che ciò sia sufficiente a invalidare il loro carattere di consulenti, in quanto tale indagine viene condotta in seno all'istituzione intesa nella sua globalità e unitarietà, mediante l'esatta valutazione della portata e del significato del problema, dei motivi per cui è stato proposto, e di quelli che sono i suoi termini e i suoi rapporti.

Quello che conta veramente è che la dipendenza economica dello psicologo istituzionale venga determinata in termini tali da non compromettere la sua *totale indipendenza professionale*; tutti i dettagli riguardanti il suo inserimento nell'istituzione devono essere da lui raccolti come indici delle caratteristiche di quest'ultima e delle situazioni che dovrà affrontare. Il fat-

(1) Per "impiegato" si intende qui un lavoratore dipendente che assolve compiti disposti da persone di qualifica superiore senza aver preso parte alla loro programmazione; l'impiegato, in altri termini, esegue soltanto degli ordini.

to di avere uno stipendio fisso mensile e l'obbligo di rispettare degli orari nulla toglie, di per sé, al suo ruolo di consulente o di assistente, che deve però venire sempre chiaramente determinato e in seguito difeso. L'esperienza consiglia di fissare un onorario complessivo per un primo incarico diagnostico, la cui durata deve essere previamente stabilita, e di determinare in seguito gli onorari, le ore giornaliere o settimanali da dedicare all'istituzione, nonché l'orario e i giorni di lavoro, che dovranno poi venire rigorosamente rispettati. Si devono fissare gli onorari in rapporto al numero di persone che prenderanno parte al compito, tenendo conto del tempo che si dovrà dedicare, al di fuori dell'istituzione, allo studio del materiale raccolto o alla stesura di verbali e di relazioni. Appare del tutto inopportuno, e controproducente, stabilire gli onorari in ragione degli utili che il lavoro dello psicologo deve fruttare all'istituzione. È necessario chiarire previamente ogni dettaglio relativo all'inquadramento del compito, ed evitare di dare adito ad ambiguità o a taciti sottointesi, che devono sempre essere apertamente espressi.

Non è utile neppure, dal punto di vista del compito, svolgere degli studi diagnostici impegnandosi a non percepire alcun compenso o a fissare gli onorari a posteriori; questo generalmente ha come conseguenza una svalutazione della funzione dello psicologo o lo mette nella condizione poco vantaggiosa di dover "vendere" la propria consulenza. Quando faccio presente che queste situazioni sono inopportune o addirittura controproducenti, mi riferisco essenzialmente al fatto che compromettono l'indipendenza professionale dello psicologo e, in tal modo, una sua corretta gestione tecnica delle situazioni. Se si deve svolgere gratuitamente un compito, è necessario mettere le cose in chiaro e soprattutto non lasciare che l'istituzione decida della situazione a proprio arbitrio.

Non ho mai visto come favorevole o positivo il fatto che uno psicologo si inserisca in un'istituzione come impiegato - nel significato attribuito a questo termine nella nota a p. 60 - con la segreta intenzione di "convincere" e trasformarsi gradualmente nello psicologo istituzionale di questa. Un simile atteggiamento vizia totalmente l'inquadramento del compito, nel quale rientra anche il problema degli obiettivi dello psicologo e della psicologia istituzionale, che devono venire attentamente considerati.





## Obiettivi dell'istituzione e obiettivi dello psicologo

Ogni istituzione ha i suoi obiettivi specifici e la sua propria organizzazione, mediante la quale tende a soddisfare tali obiettivi. Lo psicologo o gli psicologi devono avere una perfetta conoscenza sia degli uni che dell'altra (fini e mezzi), come punto di partenza per decidere il proprio inserimento in qualità di professionisti nell'istituzione.

Ogni istituzione ha i suoi obiettivi espliciti ed impliciti, cioè, in altre parole, dei contenuti manifesti e dei contenuti latenti. Questi devono essere valutati indipendentemente dagli effetti collaterali che possono prodursi in un'istituzione. La creazione di un'industria, ad esempio, ha come scopo manifesto la produzione di una determinata merce o materia prima, ma il suo contenuto latente può essere il proposito di popolare una regione per ragioni politiche o militari; diverso è il caso in cui la creazione di tale industria abbia come effetto collaterale l'insediamento stabile e l'aumento della popolazione nelle zone vicine. Anche se è vero che l'effetto collaterale può trasformarsi in seguito in contenuto latente, fintanto che ciò non avviene la sua portata è del tutto diversa. Può capitare che coesistano contenuti latenti e contenuti manifesti che si controbilancino e arrivino addirittura a entrare in antitesi; come può succedere che il contenuto latente abbia maggior forza di quello esplicito. Così, per fare un esempio molto semplice, nel reparto di un ospedale il motivo della consultazione, che era in quel caso la disorganizzazione cronica e l'omissione di assistenza ai malati, celava in realtà una situazione conflittuale di questo tipo. Il problema consisteva in parte nel fatto che l'équipe di specialisti, interamente composta da persone molto giovani, aveva innanzitutto propositi od obiettivi di apprendimento, che erano stati totalmente frustrati. Lo psicologo deve sapere che il motivo di una consultazione non è mai il vero problema, ma un sintomo di esso.

Se è vero che è di grande utilità per lo psicologo conoscere gli obiettivi espliciti e impliciti di un'istituzione per definire e portare a termine il suo compito professionale, è altrettanto vero che gli obiettivi latenti o impliciti a volte appaiono unicamente come conseguenza dello studio diagnostico compiuto dallo psicologo stesso.

Oltre ad esaminare questi obiettivi, la loro dinamica e le loro conseguenze, si devono valutare anche le finalità che l'istituzione persegue quando richiede la collaborazione professionale di uno psicologo, e a questo

proposito sono rilevanti tanto gli obiettivi apertamente espressi quanto quelli che rimangono latenti nelle fantasie dell'istituzione, che possono essere d'altronde del tutto inconsci. Un servizio ospedaliero richiede l'assistenza di uno psicologo, ma la sua attività si inceppa completamente e in modo permanente; l'esame della situazione rivela che ciò che principalmente interessa all'istituzione è ostentare un'organizzazione progressista e scientifica di fronte ai servizi ospedalieri rivali, ma l'attività dello psicologo è in realtà temuta.

Questi fatti non invalidano né ostacolano la funzione dello psicologo, ma è proprio in circostanze del genere che è necessario intervenire. Lo psicologo deve sapere che la sua presenza all'interno di un'istituzione provoca ansie di diverso tipo e grado, e che il controllo delle resistenze, delle contraddizioni e delle ambiguità *fa parte, necessariamente, del suo compito*. Deve tenere presente, inoltre, che incontrerà simili resistenze anche in quella parte o in quel settore dell'istituzione che promuove o incoraggia la sua assunzione o il suo inserimento. Quando lo psicologo si trova di fronte a due gruppi opposti, uno che lo accetta e un altro che lo respinge, deve sapere che fanno parte entrambi di una divisione schizoide e non deve parteggiare per nessuno dei due. Un gruppo di psicologi venne assunto da un club, che offrì loro ogni possibilità di lavoro, e organizzò una cena in loro onore nella sede sociale. Gli psicologi furono licenziati "casualmente" in seguito alle elezioni per il rinnovo della commissione direttiva: il ricevimento augurale aveva fatto inconsciamente parte di una strategia elettorale (1).

Perché un'istituzione richieda e accetti la consulenza di uno psicologo istituzionale, deve aver raggiunto un certo grado di maturità e di *insight* riguardo ai suoi problemi o alla sua situazione conflittuale, ma la funzione dello psicologo è anche quella di farle acquisire maggiore consapevolezza delle sue necessità.

Gli obiettivi dell'istituzione che abbiamo considerato presentano, dunque, due diversi aspetti: da un lato ci sono i suoi obiettivi propri (espliciti o impliciti), dall'altro i fini per i quali viene richiesta o accettata l'attività dello psicologo. Oltre a ciò si devono anche valutare gli obiettivi di que-

(1) Non è il caso di spiegare qui i motivi per cui fu un errore accettare l'invito e andare al ricevimento, ma vale la pena richiamare l'attenzione su questo punto.

st'ultimo e *quelli della psicologia istituzionale*. Sappiamo che la finalità che si desidera raggiungere orienta l'azione, rientrando nell'inquadramento del compito. Quanto allo psicologo e ai suoi obiettivi particolari, questi deve decidere riguardo a:

- a) definizione degli obiettivi generali o indiretti del suo compito;
- b) accettazione o meno, da parte sua, degli obiettivi dell'istituzione e/o dei mezzi che questa utilizza per raggiungerli;
- c) diagnosi degli obiettivi particolari, immediati o specifici.

*La definizione degli obiettivi indiretti o generali del compito* coincide pienamente con gli obiettivi della psicologia istituzionale che lo psicologo deve avere perfettamente chiari e riguardo ai quali non deve ammettere nessun tipo di equivoci. In qualunque caso, l'obiettivo dello psicologo nel campo istituzionale è un *obiettivo di psicoigiene*: il conseguimento di una migliore organizzazione e di condizioni volte a promuovere la salute e il benessere di quanti fanno parte dell'istituzione.

Lo psicologo istituzionale si può definire, in questo senso, come un tecnico della relazione interpersonale, cioè come un tecnico dei vincoli umani e - in base a quanto vedremo in seguito - si può anche dire che è il tecnico dell'esplicitazione dell'implicito. Aiuta a comprendere i problemi e tutte le loro possibili variabili, ma *non è lui a decidere, a risolvere o a eseguire*. Il ruolo di assistente o consulente deve essere rigorosamente mantenuto, mentre la soluzione e l'esecuzione vanno lasciate nelle mani degli organismi propri dell'istituzione: lo psicologo non deve fungere *in nessun caso* né da amministratore, né da direttivo, né da esecutivo, e non deve neppure sovrapporsi all'istituzione come un nuovo organismo.

Lo psicologo non è lo specialista dell'alienazione o dello sfruttamento, della sottomissione o della coercizione, e neppure della disumanizzazione. L'essere umano, la sua salute, la sua integrazione e la sua pienezza costituiscono il fine della sua attività professionale, *al quale non deve rinunciare in nessun caso*. La sua funzione non deve nemmeno venire confusa con quella educativa, nel senso comunemente attribuito a questo termine.

Uno psicologo fu chiamato a lavorare in un'istituzione sociale (un club) con i membri più giovani di quest'ultima (un gruppo di ragazzi di età inferiore ai dodici anni), per far sì che essi "migliorassero il loro comportamento": l'esame diagnostico rivelò che verso questo settore convergevano situazioni di conflitto esistenti nel corpo direttivo, per cui lo psicologo fece

in modo che in quella lamentela si individuasse un sintomo e si prendesse in considerazione la vera situazione conflittuale. Agendo altrimenti, lo psicologo avrebbe operato come agente di coercizione, come strumento degli adulti e come fattore di rafforzamento di un sintomo; egli non deve mai fungere da agente di coercizione, neppure se utilizza mezzi psicologici. L'educazione si vale qui, essenzialmente, dell'apprendimento (*learning*) che l'istituzione acquisisce su come vanno affrontate certe situazioni per poter avviare una riflessione su di esse come primo passo verso qualunque soluzione. Lo schema che inizialmente si offre allo psicologo come causa di un problema non è nient'altro, in generale, che un pregiudizio.

*Il secondo punto, quello relativo all'accettazione da parte dello psicologo degli obiettivi dell'istituzione, pone problemi professionali ed etici di primaria importanza e di estrema gravità. In primo luogo, lo psicologo non deve in nessun caso accettare di lavorare in un'istituzione con i cui obiettivi non si trovi d'accordo o entri in conflitto, e questo sia che si tratti degli obiettivi che dei mezzi di cui dispone l'istituzione per conseguirli. In psicologia, l'etica coincide con la tecnica o, in altre parole, l'etica fa parte dell'inquadramento del compito, giacché nessun incarico può venire portato a termine correttamente se lo psicologo rifiuta l'istituzione (sia nei suoi obiettivi che nei suoi mezzi o procedimenti). Se uno psicologo, ad esempio, viene chiamato a esercitare le sue funzioni in un'istituzione cooperativa, egli non deve accettare il compito se rifiuta, per qualunque motivo, il movimento cooperativo. In secondo luogo, lo psicologo non può nemmeno accettare un compito professionale se è troppo coinvolto nell'organizzazione o nel movimento ideologico dell'istituzione. Un'affinità o un'identità ideologica non deve tuttavia essere considerata, in se stessa, una controindicazione assoluta, e la decisione su questo punto dipende dalla capacità dello psicologo di stabilire una certa distanza operativa o strumentale nell'attività professionale, in modo da poterla svolgere operando come psicologo e non come proselitista o come politico (in qualunque dei suoi significati venga inteso questo termine). Non è che gli sia vietato un intervento attivo in qualsiasi movimento ideologico o politico, ma in questo caso egli non deve operare professionalmente in quel settore. Bisogna capire chiaramente che non ha motivo di imporre a se stesso neutralità o passività, ma nel suo compito professionale deve imporsi un inquadramento che gli permetta di lavorare e di operare come psicologo. In terzo luogo, egli non può né deve accettare*

di lavorare in un'istituzione che rifiuta, con il proposito occulto di distorcere i suoi obiettivi o i suoi procedimenti.

*Come terzo punto* - e non il meno importante - bisogna tenere presente che accettare, insieme al lavoro, gli obiettivi di un'istituzione non è che una condizione per l'inquadramento del compito, ma gli obiettivi dell'istituzione *non sono i propri obiettivi professionali*. Lo psicologo ha degli obiettivi ai quali non deve in nessun caso rinunciare. Gli obiettivi particolari, immediati o specifici riguardano determinati aspetti del problema principale, ma studiati e trattati in funzione dell'istituzione intesa nella sua globalità e unitarietà. Lo psicologo non può lavorare contemporaneamente con tutti gli organismi dell'istituzione o con tutti quanti ne fanno parte, e del resto ciò non sarebbe auspicabile; per questo si devono esaminare i "punti d'urgenza" sui quali intervenire in quanto obiettivi immediati. Questa puntualizzazione riguardo agli obiettivi permette di differenziare nettamente, sin dal punto di partenza, lo psicologo che lavora in un'istituzione dallo psicologo che opera nell'ambito della psicologia istituzionale. Il primo svolge un compito di cui è stato incaricato; il secondo analizza la situazione e si propone di agire su quei livelli o quei fattori sui quali ritiene realmente indispensabile per l'istituzione intervenire. Il primo agisce spesso come fattore tranquillizzante ("c'è uno psicologo che lavora qui"), mentre il secondo non accetta tale ruolo ed è fondamentalmente un agente di cambiamento. Il primo è un impiegato; il secondo è un assistente o un consulente che dispone di una totale indipendenza professionale.

Come si può facilmente comprendere, nemmeno gli obiettivi indiretti sono fissi o immutabili, ma possono e devono cambiare man mano che si svolge il compito.

#### Metodo di lavoro nella psicologia istituzionale

Si possono probabilmente enumerare diversi metodi, procedimenti o inquadramenti per il lavoro nell'ambito della psicologia istituzionale. Esponiamo qui quello che giudichiamo più consono ai nostri obiettivi, tralasciando tutto ciò che può derivare dall'obbligo, dall'esigenza o dall'urgenza di ottenere dei risultati pratici immediati, nel senso che non ci interessa praticare

una sorta di empirismo con certe tecniche o regole stereotipate che ci allontanerebbero dai fini da noi perseguiti, che sono quelli della psicoigiene. Eviteremo anche ogni contaminazione messianica che porti a erigere lo psicologo e la psicologia a "salvatori" di qualunque specie.

Nel contempo, riteniamo indispensabile che il fine che ci siamo prefissi nella psicologia istituzionale abbia il carattere di un'indagine scientifica sottoposta a un metodo che dobbiamo rendere sempre più rigoroso. L'obiettivo che vogliamo raggiungere e al quale tendiamo fa parte dell'inquadramento del compito, e il mezzo per conseguirlo è la ricerca. Quello della psicologia istituzionale non è un campo in cui si deve "applicare" la psicologia, ma in cui si devono indagare i fenomeni psicologici che in esso hanno luogo. Nessuna ricerca può venire realizzata se non si hanno degli obiettivi (espliciti o impliciti), ma gli obiettivi costituiscono parte dell'inquadramento, una sorta di sfondo, e dobbiamo attenerci strettamente a tale ricerca.

Il lavoro, in psicologia istituzionale, richiede un'indagine ancora più ampia e approfondita di quella condotta finora, che ci permetta di configurare più chiaramente le tecniche e i criteri da impiegare, così come la natura del problema che dobbiamo affrontare. Tutti i nostri obiettivi, il compito e la ricerca (ricerca sui fatti e sulle tecniche) possono venire raggiunti, a nostro avviso, solo utilizzando il metodo clinico. Possiamo così riassumere tutto quello che tratteremo qui dicendo che riguarda essenzialmente l'impiego del metodo clinico nell'ambito della psicologia istituzionale, e che all'interno del metodo clinico noi seguiamo il metodo dell'inquadramento introdotto dalla tecnica psicoanalitica, adeguato alle esigenze di quest'area e ai problemi che in essa dobbiamo affrontare.

Non intendendo spiegare qui il metodo clinico, ricorderemo che questo è caratterizzato da un'osservazione dettagliata, accurata e completa, condotta all'interno di un inquadramento rigoroso. Tale inquadramento può essere definito come l'insieme delle condizioni in cui si effettua l'osservazione, e consiste nel determinare una serie di variabili o, in altre parole, nell'eliminare una parte di esse o nel fissare un insieme di costanti, cosa che ci serve sia come mezzo di standardizzazione che come sistema di riferimento per quanto è stato osservato.

A questo punto, sarebbe molto interessante e importante poter stabilire le analogie, le differenze e le relazioni fra il metodo clinico e i cosiddetti metodi o procedimenti epidemiologici.

Il modello dell'inquadramento psicoanalitico (setting) si estende alla modalità dell'osservazione che si porta a termine, che non consiste soltanto in un elenco accurato, dettagliato e completo dei fatti, bensì in un'*indagine operativa*, i cui passaggi possono essere così sistematizzati:

- a) osservazione dei fatti e dei loro dettagli, nella continuità o successione in cui essi si presentano;
- b) comprensione del significato dei fatti e del modo in cui sono in relazione fra loro o interagiscono;
- c) i risultati di tale comprensione vengono forniti al momento opportuno sotto forma di interpretazione, di segnalazione o di commento;
- d) l'interpretazione, la segnalazione e il commento sono delle ipotesi che, in quanto tali, costituiscono nuove variabili, i cui effetti portano a una verifica, a una conferma, a una rettifica, e quindi alla formazione di nuove ipotesi. In questo modo si ricomincia il processo con un'interazione costante fra osservazione, comprensione e azione.

Il fatto più rilevante è che è possibile così non soltanto chiarire e rettificare problemi e situazioni, ma anche arrivare gradualmente a una sorta di meta-apprendimento grazie al quale coloro che prendono parte al compito imparano ad osservare e a riflettere sui fatti e a comprenderne il significato, gli effetti e le interazioni. Per lo psicologo stesso non si tratta di una "applicazione" della psicologia - che condurrebbe in breve tempo ad un'attività stereotipata - ma del congiungersi della sua condizione di professionista con quella di ricercatore. L'indagine modifica il ricercatore e l'oggetto di studio, che dopo essere stato modificato viene analizzato anche nella sua nuova condizione. Si crea in tal modo una prassi in cui l'indagine è al tempo stesso un intervento, e l'azione si rivela un'esperienza che arricchisce e si arricchisce con la riflessione e la comprensione.

#### Tecniche dell'inquadramento

Una volta caratterizzato il metodo da seguire (compresi i criteri desunti dall'obiettivo del compito), che è costituito essenzialmente da un inquadramento rigoroso e da un'osservazione operativa, si rende necessario determinare ora la tecnica dell'inquadramento, cioè quell'insieme di opera-



zioni e di condizioni che portano a stabilire l'inquadramento e che costituiscono inoltre una parte di esso. Dopo aver esposto il criterio e la teoria che stanno alla base dell'inquadramento che desideriamo ottenere, possiamo descrivere la sua tecnica sotto forma di regole che commenteremo succintamente.

- a) La prima condizione dell'inquadramento riguarda lo stesso psicologo, il quale non deve discostarsi da quello che chiameremo atteggiamento clinico, che consiste nel raggiungere un determinato grado di dissociazione strumentale che gli consenta, da un lato, di identificarsi con i fatti o le persone e, dall'altro, di mantenere un certo distacco da questi, in maniera da non sentirsi personalmente coinvolto negli eventi che deve studiare e da non abbandonare il suo ruolo specifico. L'atteggiamento clinico fa parte del ruolo dello psicologo, e il fatto di mantenerlo costantemente nello svolgimento del compito è una delle esigenze fondamentali dell'inquadramento;
- b) Si devono stabilire delle relazioni esplicite e chiare in tutto quello che concerne la funzione professionale e che comprende il tempo da dedicare al compito, gli onorari, la dipendenza economica e l'indipendenza professionale, in modo tale da poter essere un assistente o un consulente e non un impiegato.
- c) È indispensabile precisare il carattere del compito professionale da svolgere, evitando nella maniera più assoluta di impegnarsi a soddisfare esigenze (esplicite o implicite) alle quali non si possa ottemperare o che non rientrino nel compito professionale.
- d) Si devono fornire le opportune delucidazioni riguardo al carattere del compito professionale a tutti i gruppi, le sezioni o i livelli in cui si desidera operare, in modo da *ottenere l'accettazione esplicita* del professionista e del compito. Tale accettazione non solo deve essere esplicita, ma deve anche avvenire liberamente, senza alcuna coercizione, ed esclusivamente in seguito ai chiarimenti che sono stati forniti. Non bisogna intraprendere nessun compito con quei gruppi, quelle sezioni o quei livelli dell'istituzione che non abbiano manifestato tale accettazione. Non si deve considerare il tempo impiegato in questo modo come tempo perso, ma pensare che, così facendo, si realizza già parte del compito attraverso la spiegazione e un'informazione ampia e dettagliata, e si raccolgono nel contempo elementi di osservazione sulle caratteristiche del gruppo,

- della sezione o del livello, e delle tensioni, dei conflitti, dei tipi di comunicazione, delle leadership che si sono creati al suo interno.
- e) È necessario stabilire previamente, in modo chiaro e definito, il tipo di informazione da dare relativamente ai risultati, e decidere a quali gruppi e persone tale informazione sarà destinata e in quali situazioni verrà fornita (mai, in ogni caso, al di fuori del contesto istituzionale o del compito professionale). Non si devono accettare imposizioni o suggerimenti riguardo a una frammentazione dell'informazione.
- f) Il segreto professionale e la lealtà vanno rigorosamente mantenuti, nel senso che tutto quanto concerne un gruppo, una sezione o un livello non verrà trattato se non esclusivamente con il gruppo interessato. Si deve discutere in modo aperto e franco tutto quello che può essere reso noto e che la persona, il gruppo o i livelli interessati desiderano o accettano che venga divulgato, rispettando pienamente le loro decisioni; un rapporto psicologico non va presentato fintanto che tutto quello che da esso può risultare non sia stato previamente sottoposto all'elaborazione del gruppo o della sezione a cui si riferisce. Ogni rapporto o interpretazione deve rispettare il ritmo (*timing*) dell'elaborazione dei dati. La dipendenza economica non implica assolutamente che si debba presentare tale rapporto ai dirigenti di un'istituzione se il gruppo di cui esso tratta vi si oppone. Se lo psicologo è costretto, o si è in qualche modo impegnato, a presentare questo rapporto ad altri settori dell'istituzione deve farlo sapere *prima* di cominciare a lavorare con un gruppo o una sezione.
- g) È necessario limitare i contatti extraprofessionali al minimo o, possibilmente, escluderli del tutto; nel caso in cui ciò non fosse possibile, si deve evitare, in tali occasioni, di dare informazioni o fare commenti sul compito in cui si è impegnati o sul suo svolgimento. *La questione dell'informazione non è soltanto un problema etico, bensì al tempo stesso uno strumento tecnico.*
- h) Bisogna essere neutrali ed evitare di prendere partito, professionalmente, a favore di un settore o di una corrente di opinione dell'istituzione.
- i) Ci si deve limitare alla consulenza e all'attività professionale, senza assumere alcuna funzione direttiva, amministrativa o esecutiva. Lo psicologo non dirige, non educa, non decide; aiuta a comprendere i problemi che ci sono e a mettere in discussione le situazioni. *Non si deve trasformare un'istituzione in una clinica del comportamento, né trattare pro-*

- blemi personali individualmente o nell'ambito del gruppo. L'attività psicologica deve essere imperniata sul *compito* o sulla *funzione* che si sta svolgendo e sul modo in cui lo si fa.
- j) Lo psicologo deve condividere la responsabilità nella misura in cui gli effetti di un provvedimento o di un cambiamento dipendono dalla sua consulenza o dal suo intervento, ma evitare di assumersi responsabilità che sono di altri.
- k) Non si devono creare sovrastrutture che subentrino o si sovrappongano alle autorità o ai leader dell'organizzazione formale o informale dell'istituzione. Bisogna tener conto del fatto che le autorità dell'istituzione potrebbero sentirsi compromesse o svalutate al punto da dover ricorrere ad un altro professionista.
- l) Non si deve incoraggiare la dipendenza psicologica (all'interno o all'esterno del gruppo), semmai, al contrario, aiutare a risolverla.
- m) È necessario controllare e circoscrivere rigorosamente l'informazione, ovvero fare in modo che essa non superi i limiti di quello che realmente conosciamo o deduciamo con metodo scientifico. In questo senso, un criterio essenziale è quello del controllo dei caratteri della propria onnipotenza: bisogna evitare di assumere l'atteggiamento o di accettare l'aureola del mago o del "posso tutto". La funzione è quella di uno studio scientifico dei problemi al fine di comunicare ciò di cui si è venuti a conoscenza a un momento dato.
- n) Non si deve prendere come indice di valutazione del compito professionale il progresso dell'istituzione nel conseguimento dei suoi obiettivi, bensì il grado di "comprensione" (*insight*), di indipendenza e di miglioramento delle relazioni, ovvero il progresso compiuto nel raggiungere gli obiettivi della psicologia istituzionale.
- o) L'unica maniera di operare è quella di informare. L'operatività dell'informazione dipende non soltanto dal suo grado di veridicità, ma anche dal *timing* (momento in cui viene fornita) e dalla sua quantificazione (graduazione della stessa). In ultima analisi, non si tratta di informare, ma di *far comprendere* i fattori in gioco; in altri termini, di favorire l'*insight*.
- p) Lo psicologo deve sempre tener conto delle resistenze (esplicite od occulte) presenti anche in coloro che lo accettano apertamente. L'indagine sulla resistenza è una parte fondamentale del compito professionale,

- e nell'effettuarla lo psicologo diviene necessariamente, per questo stesso fatto, un agente di cambiamento, che può incrementare o favorire le resistenze.
- q) Un'istituzione non deve essere considerata sana o normale (1) quando non vi sono conflitti al suo interno, ma quando è in grado di esplicitare i suoi conflitti ed ha i mezzi o la possibilità di applicare le misure adatte per la loro risoluzione.
- r) Non si devono accettare scadenze fisse per quanto riguarda compiti o risultati, se non nel caso di un rapporto diagnostico. Non bisogna accettare nemmeno che ci vengano richieste soluzioni urgenti (che rappresentino un evitamento dell'*insight*).

#### Inserimento dello psicologo nell'istituzione

I contatti e i rapporti che lo psicologo stabilisce con l'istituzione costituiscono, fin dal primo momento, il materiale che egli deve raccogliere e valutare. Questo gli darà la possibilità di conoscere, già dall'inizio, sia le situazioni cruciali dell'istituzione stessa che i fattori negativi e positivi che dovrà affrontare, poiché il modo in cui l'istituzione si pone in relazione con lo psicologo è un indice del grado di *insight* che ha raggiunto riguardo ai suoi problemi, alle difese e alle resistenze a cui ricorre di fronte a questi, agli sforzi compiuti e alle direzioni seguite nel tentativo di risolverli o di nascondersi fino a quel momento.

Convieni che lo psicologo annoti e scriva scrupolosamente tutti i dettagli relativi ai primi contatti e ai primi colloqui, perché lo studio di tale relazione e perfino la sua semplice stesura gli daranno l'opportunità di valutare più attentamente e di prendere in considerazione dettagli che passano facilmente inosservati, ma che sono significativi: tutto ciò gli consentirà di organizzare meglio i passi che dovrà compiere successivamente. Quanto

(1) I termini "salute o normalità" saranno sostituiti più avanti dall'espressione "grado di dinamica", che riteniamo più adeguata per fare riferimento a questi concetti quando parliamo di istituzioni.

meglio lo psicologo saprà utilizzare il metodo clinico e i suoi strumenti, quanto più si sentirà sicuro nel fissare l'inquadramento, tanto più sarà in grado di orientarsi fra le varie alternative di inserimento nel suo campo di lavoro, cosa che rappresenta tuttora una tappa difficile e, generalmente, decisiva nei confronti di tutto l'inquadramento successivo. Da questo punto di vista è opportuno, per lo meno nelle prime fasi del compito, chiedere la supervisione di un collega, che, per il fatto stesso che questi non si trova tanto coinvolto nella situazione, potrà sempre risultare di grande utilità.

I primi contatti che lo psicologo stabilisce con l'istituzione devono essere animati dal proposito ben definito di determinare l'inquadramento del compito, e di individuare le ansie che insorgono di fronte al cambiamento (intensità e qualità, meccanismi di difesa), il grado di accettazione o di rifiuto nei confronti dello psicologo, le dissociazioni fra gruppi che lo accettano e altri che lo rifiutano, le fantasie proiettate su di lui, il grado di realismo e di adeguamento delle aspettative, ecc. Ogni primo contatto conduce già a un'impressione preliminare di carattere diagnostico, per cui è necessario conoscere anche la storia dell'istituzione e, almeno a grandi linee, le sue caratteristiche.

#### “Grado di dinamica” dell'istituzione (1)

Il più alto “grado di dinamica” di un'istituzione non è determinato dall'assenza di conflitti, ma dalla possibilità di esplicitarli, affrontarli e risolverli *nell'ambito istituzionale*, cioè dal grado in cui coloro che operano in quest'area o vi sono coinvolti se ne sono realmente fatti carico nel corso dei loro compiti o delle loro funzioni. Il conflitto è un elemento normale e indispensabile nello sviluppo dell'uomo e in qualunque altra sua manifestazione: la patologia del conflitto è connessa, più che con l'esistenza del conflitto stesso, con l'assenza delle risorse necessarie per risolverlo o dinamizzarlo.

(1) Si veda la nota a p. 72.

La stereotipia è una delle difese istituzionali di fronte al conflitto, ma si trasforma anche in un problema al di là del quale bisogna individuare i conflitti che si cerca di eludere o di evitare. Quello che lo psicologo desidera non è arrivare ad un'assenza di conflitti o tentare una conciliazione fra i loro opposti termini; anche nel caso della stereotipia, la sua funzione è quella di mobilitare i conflitti, cioè di fare in modo che si manifestino.

Lo psicologo è, anche semplicemente grazie alla sua presenza, un agente di cambiamento e un catalizzatore o un depositario di conflitti, e proprio per questo le forze operanti nell'istituzione agiscono in modo da annullare o indebolire le sue funzioni e il suo intervento; una delle modalità più comuni con cui si tenta di farlo, riuscendovi a volte, è quella di relegare lo psicologo in qualche attività stereotipata, ottenendo in questo modo un magico effetto tranquillizzante ("c'è uno psicologo") proprio mentre ci si sottrae alla sua azione o lo si immobilizza. Per questo, il grado e la forma di accettazione o di rifiuto dello psicologo sono indici del grado di dinamica dell'istituzione. In altri casi, si annulla la sua funzione professionale coinvolgendolo e facendolo intervenire personalmente in qualche conflitto o controversia o in una fitta rete di dicerie. In ogni caso, la funzione dello psicologo è quella di riconoscere tutti questi meccanismi e di agire non in funzione di essi, bensì su di essi, nel tentativo di modificarli.

Per tutte queste ragioni, è opportuno che lo psicologo o l'équipe di psicologi istituzionali non appartenga all'istituzione se non per il solo vincolo professionale di assistenza o di consulenza intesa nel senso più stretto del termine; questo gli permetterà di mantenere il distacco necessario per non assumere i ruoli che vengono proiettati su di lui o, in qualche modo, lo aiuterà a farlo. In psicologia istituzionale è impossibile operare contemporaneamente in due ruoli diversi, come assistente e come membro appartenente all'istituzione. Così, ad esempio, in una scuola non conviene lavorare come psicologo istituzionale e al tempo stesso come professore del gruppo docente.

L'inquadramento rigoroso del compito implica che si trasformi il maggior numero possibile di variabili in costanti, in modo tale che il lavoro si svolga entro certi limiti prefissati che diano maggiore sicurezza e servano da schema di riferimento. Questo inquadramento non può essere mantenuto se la stessa persona esercita due ruoli diversi. Quanto più basso è il grado di dinamica che l'istituzione possiede, *tanto più viene pregiudicato l'inquadramento dello psicologo* e tanto più spesso avvengono, quindi, fatti che

tendono a danneggiarlo non come professionista ma come persona. Un indice ancora più basso si ha quando l'inquadramento viene compromesso in maniera latente, del tutto dissociata dalle espressioni manifeste.

Perché un'istituzione ricorra allo psicologo istituzionale deve aver raggiunto un certo grado di *insight* riguardo ai suoi conflitti o al fatto che "sta succedendo qualcosa". Qualora ciò non si verifichi, lo psicologo dovrà desistere da ogni sforzo per inserirsi in essa come consulente o come assistente. Un minimo di *insight* e di collaborazione è indispensabile per un'accettazione attiva dello psicologo (anche se tale accettazione può essere contraddittoria), e in assenza di questa vengono a mancare anche le condizioni essenziali perché egli lavori nell'istituzione, o almeno perché possa farlo con gli strumenti, l'inquadramento e gli obiettivi di cui ci serviamo attualmente.

Il tipo di motivazione che viene data nel richiedere o accettare lo psicologo è uno dei primi elementi che devono essere sottoposti a un'analisi rigorosa, perché generalmente questo costituisce soltanto un sintomo e non il conflitto vero e proprio. Fin dall'inizio ci si può trovare di fronte a conflitti, problemi o dilemmi.

Nel conflitto interagiscono forze contrastanti, e generalmente il conflitto che si dice di avere maschera i conflitti e i problemi reali, che non soltanto si trovano spostati rispetto ai loro oggetti, ma che possono esserlo anche rispetto ai livelli di stratificazione dell'istituzione: il conflitto di un determinato livello si manifesta in un altro. Nel problema sono presenti variabili o alternative, relativamente a una data situazione, che hanno bisogno di essere orientate in qualche direzione; quando gruppi distinti assumono i diversi orientamenti (li incarnano) il problema si trasforma in conflitto. Nel dilemma sono in gioco opzioni inconciliabili che hanno smesso di interagire dinamicamente, come nel caso del conflitto, e non vi è più alcuna possibilità di interazione, ma soltanto di eliminazione. Il dilemma è la forma di difesa estrema nei confronti dei problemi o dei conflitti.

Nel caso del problema, è necessario capire, o confermare, se si tratti di un problema reale o di uno pseudoproblema. Ad esempio, in una clinica venne richiesta la collaborazione di alcuni psicologi per far sì che i pazienti potessero riposare meglio e trascorrere più tranquillamente la giornata. Si trattava di un reparto di chirurgia in cui si rilevava un alto indice di complicazioni post-operatorie di natura psichiatrica che non si giustificavano, da-

ti il tipo e la qualità dell'assistenza medica che vi veniva praticata. Si arrivò alla conclusione che questo "problema" era solamente un sintomo - e pertanto non un problema - e che il problema reale stava in una cattiva gestione del rapporto fra il corpo medico e i familiari dei pazienti; questo creava nei familiari situazioni di estrema ansietà che "si incanalavano" nei pazienti.

I dilemmi sono indici di una cattiva prognosi o dell'estrema difficoltà del compito che deve svolgere lo psicologo, perché mascherano, in ultima analisi, situazioni di grande confusione e ambiguità. L'elemento maggiormente perturbatore e più difficile da trattare non è il conflitto, ma l'ambiguità, che agisce come un ammortizzatore o come un fattore capace di "sfumare" i conflitti. Per poter lavorare è necessario trasformare l'ambiguità in conflitto e i conflitti in problemi.

In modo analogo si può pronosticare un compito estremamente difficile se i conflitti ricadono su oggetti molto personificati individualmente, o se vi è la tendenza a presentarli come conflitti strettamente individuali; o, ancora, quando si tende ripetutamente a risolvere un conflitto segregando o eliminando uno o più individui. In quest'ultimo caso, lo psicologo deve prevedere che i conflitti verranno incanalati verso di lui e che si tenterà di "risolverli" isolandolo dall'istituzione, nel momento in cui l'isolamento sarà diventato il modo automatico per "risolvere" conflitti e problemi.

Ci si potrebbe spingere anche oltre nel classificare i conflitti, e distinguerli in individuali, interni al gruppo, relativi all'intergruppo, ai livelli o ruoli, ai compiti, alla strategia istituzionale, ideologici, ecc., ma non abbiamo ancora conoscenze ed esperienza sufficienti per fare ciò.

### Psicologia delle istituzioni

Il problema dei rapporti fra individuo e società, fra individuo e istituzione è talmente pregno di distorsioni che appare indispensabile cominciare a chiarire alcuni presupposti o pregiudizi che, per la loro grande diffusione, entrano immediatamente in gioco non appena si è annunciato il tema.

Quando si parla di psicologia delle istituzioni non ci si riferisce all'origine psicologica delle istituzioni sociali; né si vuole affermare il carattere soggettivo o negare quello oggettivo di tali istituzioni, che sono soggette a leggi della struttura sociale ed economica della società. Per psicologia delle



istituzioni si intende lo studio dei fattori psicologici che sono in gioco nell'istituzione, per il semplice fatto che di essa fanno parte esseri umani e che l'intervento dell'uomo è necessario alla sua esistenza.

All'interno delle istituzioni si svolge l'intera vita di un essere umano, ma non ci interessa qui sottolineare o studiare il ruolo che queste hanno nella strutturazione della personalità dell'individuo nel corso delle diverse fasi del suo sviluppo, tema che si potrà facilmente trovare esposto in una copiosa bibliografia; e non ci interessa nemmeno analizzare l'origine e la struttura delle istituzioni in relazione con i principali processi di produzione, di distribuzione della ricchezza e di controllo del comportamento degli esseri umani, analisi che riflette un orientamento diverso da quello che intendiamo proporre. Quello che ci preme mettere in evidenza è la dinamica psicologica in base alla quale ogni individuo impegna la propria personalità nelle istituzioni sociali e si comporta nei riguardi di queste come se fossero "precipitati" di rapporti umani e depositarie di parti della sua stessa personalità.

L'istituzione fa parte dell'organizzazione soggettiva della personalità (1), a un punto tale che in certi settori di quest'ultima, potremmo dire, lo schema corporeo include l'istituzione o parte di essa, oppure viceversa.

L'essere umano trova nelle diverse istituzioni un supporto e un appoggio, un elemento di sicurezza, di identità e di inserimento sociale o di appartenenza. Dal punto di vista psicologico, l'istituzione fa parte della sua personalità e la misura, come pure la modalità, in cui ciò avviene sono indicative dei differenti significati e valori che l'istituzione assume per i diversi individui o gruppi che ad essa appartengono. Quanto più una personalità è integrata tanto meno dipende dal supporto che le fornisce una data istituzione; quanto più è immatura, tanto più è dipendente il suo rapporto con l'istituzione e difficile ogni cambiamento od ogni separazione da essa. Un'istituzione, dunque, non rappresenta soltanto uno strumento di organizzazione, di regolazione e di controllo sociale, ma è al tempo stesso uno *strumento di regolazione e di equilibrio della personalità*, e nello stesso modo in cui la personalità ha organizzato dinamicamente le sue difese, una parte

(1) Abbiamo illustrato la differenza fra *subjetivo* e *sujetivo* nell'Appendice alla *Psicologia concreta* di Politzer. Il *sujetivo* si riferisce al soggetto; il *subjetivo* a una parte del *sujetivo*.

di queste si trova cristallizzata nelle istituzioni; in esse hanno luogo i processi di riparazione e anche quelli di difesa contro le ansie psicotiche (nel senso che a questo termine attribuisce M. Klein). In tal modo, sebbene l'istituzione abbia un'esistenza propria, esterna e indipendente dagli esseri umani considerati individualmente, il suo funzionamento viene regolato non solo dalle leggi oggettive della sua propria realtà sociale, ma anche da quanto gli esseri umani proiettano in essa (secondo le leggi della dinamica della personalità).

Uno dei primi problemi che emergono in questo senso è che l'istituzione può essere enormemente limitata nella sua capacità di offrire sicurezza, gratificazione, possibilità di riparazione e di sviluppo efficace della personalità. Questa limitazione può addirittura diventare, a un dato momento e in certe istituzioni, una vera e propria fonte di impoverimento e di stereotipia per l'individuo. Questo, da un punto di vista psicologico, dipende dal fatto che nell'istituzione agiscono le ansie psicotiche degli esseri umani, oppure che essa si è trasformata prevalentemente in un *sistema esterno di controllo di quelle stesse ansie*. Ciò che noi psicologi dobbiamo ottenere è che il compito che svolgiamo in un'istituzione serva da mezzo di arricchimento e di sviluppo della personalità: è questo, in ultima analisi, l'obiettivo fondamentale della psicologia istituzionale.

A questo punto si impone un ulteriore chiarimento per evitare che quanto abbiamo esposto venga inteso nel senso dello psicologismo. Una fonte di infelicità e di distorsione psicologica per gli esseri umani all'interno dell'istituzione è la struttura alienata delle istituzioni stesse e di tutto il sistema di produzione e di distribuzione della ricchezza ad esse collegato. A partire da questa base si delineano le caratteristiche dell'alienazione degli esseri umani. Quello che vogliamo indagare e approfondire è l'azione reciproca che si esplica fra individui e istituzioni, perché un'analisi di questo tipo contribuirà a farci acquisire una maggiore conoscenza della realtà. Un cambiamento istituzionale radicale lascia un margine di libertà tale per cui nell'istituzione interviene comunque quello che gli uomini proiettano su di essa. Ciò che interessa è distinguere fra il funzionamento e gli obiettivi reali di un'istituzione e le soddisfazioni e le compensazioni (normali o nevrotiche) che gli esseri umani ottengono nel suo ambito. È stato provato che gli uomini non cambiano in modo automatico e immediato la loro struttura psicologica in conseguenza di un mutamento istituzionale radicale e che, anzi,

trasmettono all'istituzione le loro caratteristiche psicologiche precedenti, compromettendo e ritardando il cambiamento totale di quest'ultima. I processi psicologici fanno parte della realtà così come ne fanno parte le istituzioni e le cose della natura, e non è possibile ottenere una modifica radicale, se non mediante la conoscenza delle loro leggi peculiari. Per l'interdipendenza dei fenomeni, il cambiamento di una parte si accompagna sempre al cambiamento del tutto, ma un intoppo in una delle sue sottostrutture comporta un intoppo anche nel sistema globale. Una società alienata è tale per la sua struttura globale, ma bisogna considerare come parte di tale struttura anche l'organizzazione psicologica degli esseri umani. Non abbiamo, del resto, nessun punto di contatto con tutte quelle posizioni che mirano a un cambiamento psicologico al solo scopo di garantire l'esistenza e il consolidamento di un mondo umano alienato, con un rafforzamento delle prerogative delle classi abbienti, e non condividiamo nemmeno l'intento mistificatore con cui si adopera la psicologia nelle cosiddette *human relations*.

Ad un mutamento istituzionale non può accompagnarsi uno "sbalzo" nella struttura psicologica degli esseri umani e, d'altra parte, un cambiamento istituzionale radicale può prodursi soltanto in seguito a una presa di coscienza, cioè a una modifica della struttura psicologica. Quello che a noi interessa sapere è fino a che punto gli uomini si sforzino di non cambiare le istituzioni, benché d'altro canto cerchino di cambiarle, considerandole inadeguate o insoddisfacenti. E ci preme molto anche capire fino a che punto gli individui alienati, sottoposti a istituzioni alienate, si chiudano in un circolo vizioso di resistenze al cambiamento. Le cose hanno forza perché in esse sono alienate le forze degli esseri umani. Le istituzioni appaiono depositarie delle ansie psicotiche e costituiscono dei sistemi di difesa o di controllo di fronte a tali ansie; ma non sono soltanto le istituzioni a esercitare questa funzione, bensì anche, in egual misura, l'immagine che l'uomo ha di se stesso e di esse.

Ogni istituzione è il mezzo attraverso il quale gli individui possono arricchirsi o impoverirsi e svuotarsi dal punto di vista umano; quello che comunemente si chiama adattamento non è altro che l'assoggettamento all'alienazione e alla stereotipia istituzionale. Adattamento e integrazione non sono la stessa cosa; nel primo si richiede all'individuo la massima omogeneizzazione, nella seconda egli si inserisce con un determinato ruolo in un ambiente eterogeneo che funziona in modo unitario. Evidentemente, si

confonde con estrema facilità l'integrazione con l'agglutinazione per quanto riguarda gruppi e istituzioni omogeneizzati formati da individui spersonalizzati.

Tutte le istituzioni tendono a vincolare e a uniformare i loro membri a una stereotipia spontanea e facilmente contagiosa. Questa omogeneizzazione si compie in accordo con i livelli dirigenziali, cosicché a questi risulti facilitato l'esercizio del comando. È questa la ragione per cui i conflitti degli strati superiori si incanalano e agiscono nei livelli inferiori; come sempre, la catena si spezza nel punto più debole e il punto più debole è in questo caso il livello o strato maggiormente omogeneizzato e ambiguo, in altri termini, il più dipendente (il più disumanizzato o svuotato).

“L'uomo appartiene all'istituzione” Bisogna cambiare tale precetto con quest'altro: “l'istituzione appartiene all'uomo” *E non si può arrivare a questo risultato soltanto con la psicologia. Ma non si può ottenerlo nemmeno senza di essa.*

Le organizzazioni istituzionali tendono a essere depositarie delle parti più immature della personalità, e precisamente nell'ambito del funzionamento di queste, vale a dire nelle funzioni o forme più stereotipate. Per tale ragione, sono proprio queste ultime ad opporre la massima resistenza al cambiamento, perché ciò comporta, parallelamente a un mutamento nell'istituzione, una modifica della personalità (nella sua parte più immatura, immobilizzata appunto nella routine delle abitudini e dell'automatismo).

Quanta più regressione vi è in un'istituzione, ossia quanto più essa è depositaria delle parti immature della personalità dei suoi componenti, tanto più intensa è la stereotipia che in essa troveremo e tanto maggiore quindi il predominio della partecipazione sull'interazione (1), cioè di ruoli non differenziati e di una struttura simile a quella dei gruppi primari.

(1) Non possiamo spiegare qui questa distinzione, che è stata esaminata in precedenti pubblicazioni quando abbiamo indagato il fenomeno della simbiosi. Diremo soltanto che la partecipazione corrisponde al sincretismo.

Per evitare, anche in questo caso, termini appartenenti all'ambito della medicina o della psicopatologia, denomineremo d'ora in avanti *personalità sincretica* quella che finora abbiamo designato come la parte immatura della personalità (indifferenziata, ambigua, sincretica), che dà luogo ad ansie psicotiche.

## I gruppi nell'istituzione

Si può definire il compito dello psicologo nell'istituzione anche dicendo che *l'inquadramento del suo lavoro è istituzionale, ma la sua tecnica è essenzialmente di gruppo (viene messa in atto all'interno del gruppo e fra gruppi).*

In tal senso, si possono considerare schematicamente tre tipi di istituzioni: quelle che si comportano come gruppi primari e quelle che si comportano come gruppi formalizzati o stereotipati; un terzo tipo, dotato di un grado maggiore di dinamica, è quello che opera come un gruppo secondario senza cadere nella stereotipia. Nel primo caso, l'obiettivo del compito è quello di trasformare i gruppi primari in secondari; nel secondo, il compito consiste nell'elaborare e superare la rigidità che nasconde in realtà la struttura di un gruppo primario fortemente repressa, formalizzata reattivamente.

Nel gruppo primario vi è una forte ambiguità di ruoli e di livelli all'interno dell'istituzione; nel gruppo stereotipato questa ambiguità tende a venire "risolta" o compensata con una forte formalizzazione (come formazione reattiva), il che conduce implicitamente a intense frammentazioni e a difficoltà di comunicazione. Il gruppo primario è un gruppo nel quale predominano le identificazioni proiettive massive (partecipazione), vale a dire una carenza nella differenziazione e nell'identità dei suoi membri; il suo modello è quello del gruppo familiare, che ha una sua continuazione nell'istituzione come *gruppo di forte appartenenza, ma molto debole per quanto riguarda il compito*, che si trova costantemente compromesso da situazioni conflittuali intensamente emotive.

Dobbiamo tenere ben presente che strutture diverse coesistenti nella personalità richiedono istituzioni o gruppi dalle caratteristiche differenti, nei quali ognuna di esse possa venire gratificata, compensata o controllata, e in questo senso l'essere umano ha bisogno tanto di gruppi primari quanto di gruppi secondari. Il gruppo che costituisce il prototipo del gruppo primario è, nella nostra cultura, la famiglia, nella quale vi è una forte deposizione e una gratificazione della personalità sincretica. D'altro canto, e in modo significativamente divergente rispetto alle considerazioni precedenti, il livello più maturo della personalità richiede istituzioni e gruppi in cui possa mettersi alla prova, consolidarsi e arricchirsi. Il grado di dissociazione e con-

traddizione fra queste due strutture della personalità è di solito decisamente rilevante, ed è indicativo del livello di normalità e di plasticità di ogni individuo. Per questo motivo, e per il fatto che non tutte le istituzioni corrispondono allo stesso modello di organizzazione, è necessario studiare le funzioni che nell'istituzione devono essere svolte o controllate dal punto di vista della struttura della personalità.

Del resto, la carenza di informazione e di rapporti interpersonali favorisce la regressione verso gruppi di struttura primaria e quindi anche verso la personalità sincretica.

In questo quadro si può inserire il problema per cui richiese la consulenza di uno psicologo un'impresa che disponeva di considerevoli impianti ricreativi per i suoi impiegati e operai, che erano autorizzati ad accedervi con i loro familiari, ma che nonostante tutte le agevolazioni offerte, non utilizzavano tali strutture. Il problema derivava dal fatto che l'impiegato investiva nell'impresa e nel suo lavoro tutta la parte più matura della personalità che esigeva la formalizzazione dei gruppi secondari, e che non desiderava vedersi totalmente assorbito dall'impresa, ma mantenere ai margini di essa quella parte della sua vita connessa con il gruppo primario. La dissociazione impresa-famiglia coincide perfettamente con la dissociazione della personalità stessa, che richiede tipi diversi di gruppi che siano a loro volta totalmente separati fra loro. Bisogna tenere ben presente che esistono *dissociazioni strumentali* che devono essere rispettate.

Non è opportuno trattare qui la dinamica dei gruppi e delle relazioni fra gruppi, che esulano dal nostro attuale proposito. I gruppi presenti nell'ambito di una stessa istituzione servono per ripartire e tenere sotto controllo le ansie e con esse colpe e persecuzioni, ma non sempre si dimostra vero il presupposto in base al quale un pericolo esterno porta a una maggiore coesione all'interno del gruppo, poiché quando viene superata una determinata soglia e il pericolo esterno sfugge al controllo, il gruppo o l'istituzione nel suo complesso riproducono nella loro stessa struttura la situazione di pericolo, nel tentativo di dominarlo fittiziamente in condizioni più controllabili.

I momenti di tensione provocano una regressione verso il gruppo primario; la stereotipia di gruppo non permette tali regressioni che, se hanno una natura dinamica, *sono positive*. Il gruppo che viene seguito, nell'ambito di un'istituzione, dallo psicologo tende a polarizzare le tensioni di altri

gruppi che non lo sono. Bisogna, d'altra parte, tener conto che possono esistere contemporaneamente, nella stessa istituzione, gruppi e relazioni primari, secondari e stereotipati, che devono essere valutati con cautela.

### L'ospedale come istituzione

L'istituzione ospedaliera ha dimostrato di essere, finora, uno dei campi in cui risulta utilissimo il ricorso alla psicologia istituzionale, ma ciò può essere dovuto semplicemente al fatto che l'ospedale è l'istituzione più direttamente connessa, ora come ora, con una parte dell'attività dello psicologo, e che è uno degli organismi più accessibili a quest'ultimo (benché non sia comunque di facile accesso). Gli obiettivi della psicologia istituzionale, inoltre, appaiono più chiari in un ospedale, dato che questa istituzione è per lo psicologo, meno conflittuale, per quanto riguarda la sua ideologia e i suoi obiettivi. Sta di fatto che la psicologia istituzionale applicata negli ospedali risulta essere, in realtà, un'arma terapeutica molto efficace, nel senso che l'ospedale nel suo complesso (la sua struttura) diviene di per sé un agente psicoterapeutico estremamente valido quanto a profondità e ad ampiezza. E in questo senso si riesce ad organizzare la *psicoterapia a livello istituzionale* e non a livello individuale o di gruppo.

Un compito molto ansiogeno, quale è il quotidiano contatto con i problemi della malattia e della morte, crea necessariamente nell'équipe medica e nel personale ausiliario comportamenti difensivi di vario tipo, fra i quali rivestono per noi particolare interesse quelli che lo psicologo deve affrontare quando svolge il suo compito nell'ambito della psicologia istituzionale. Uno di questi comportamenti si sviluppa secondo le seguenti modalità: molte tensioni esistenti nell'équipe medica, che non vengono esplicitate e risolte a questo livello, sono spostate verso il personale ausiliario o si ripercuotono sui rapporti dei pazienti fra loro e con il personale. Il medico tende ad assumere - come comportamento difensivo - un atteggiamento onnipotente, rischiando spesso di cadere nella tentazione di "fare la parte" del mago. Un tale atteggiamento crea difficoltà di comunicazione fra gli stessi medici e fra questi e il personale ausiliario e i pazienti; viene ad aggiungersi, inoltre, ad una esigenza implicita di dipendenza da parte dei pazienti, rafforzata dalla regressione a cui porta la stessa malattia. Ma nella misura in cui si favorisce

la dipendenza aumentano anche le esigenze e le conseguenti frustrazioni, gli atti di ingratitudine o le situazioni persecutorie che si ripercuotono sui rapporti dei pazienti fra loro e con il personale ausiliario. Una delle richieste implicite che si fanno al paziente è quella di "comportarsi bene" e con essa si intende in realtà incoraggiare la sua dipendenza.

Una situazione del genere, estremamente ansiogena, si accompagna a volte all'impiego alienante ed eccessivo di farmaci, soprattutto sedativi e ipnotici, con cui non si fa nient'altro che mascherare le situazioni di conflitto, provocando frustrazioni in tutti quanti.

Un altro problema istituzionale, come quello del ritmo con cui vengono dimessi i pazienti e utilizzati i posti letto, si ricollega a un bisogno inconscio da parte del medico di trattenere il suo paziente e da parte di quest'ultimo, in rapporto alla sua dipendenza, di essere trattenuto. Si crea una vera e propria simbiosi ospedaliera, dato che la dimissione di ogni paziente costringe il medico a reintroiettare tutto quello che aveva proiettato o depositato in lui (1), con la conseguente mobilitazione delle ansie. E lo stesso avviene con il paziente che, nelle sue condizioni di regressione, si trova ad affrontare tale mobilitazione quando deve reinserirsi nella vita extraospedaliera e addossarsi obblighi e conflitti da cui si era temporaneamente separato nel periodo del ricovero. A questo punto, poter intervenire sui pazienti e sul loro rapporto con la famiglia e con i medici appare di vitale importanza per interrompere questo circuito chiuso.

In risposta alle esigenze sociali, *le istituzioni tendono ad adottare la stessa struttura dei problemi che devono affrontare*. Per questa ragione, nell'ospedale civile, la dissociazione corpo-mente che esiste nei pazienti è presente anche nell'istituzione, cosa che ricordiamo qui perché costituisce una delle fonti della resistenza nei confronti dello psicologo e del suo compito che, in questo contesto, non comporta nient'altro se non un ritorno del rimosso con la conseguente mobilitazione delle ansie.

Nelle istituzioni in cui si assistono i malati mentali questi problemi si acquisiscono ulteriormente. Una delle problematiche sempre presenti, almeno finora, riguarda la forte dissociazione esistente fra gli obiettivi espliciti e

(1) Il medico mantiene proiettate sui suoi pazienti le sue stesse ansie ipocondriache, e questi le accettano in cambio della sicurezza che deriva loro dalla dipendenza.



quelli impliciti dell'istituzione; fra i primi troviamo, evidentemente, il proposito di curare i malati mentali, ma in contraddizione con tale intento l'istituto psichiatrico tende a difendere la società dall'alienato segregandolo, ed è in questo senso che l'istituzione ha la tendenza, nella sua organizzazione globale, a consolidare l'alienazione e la segregazione del malato mentale. In questo caso, come in nessun altro, è del tutto evidente che l'istituzione è portata ad acquisire la stessa struttura e lo stesso significato del problema che si propone di risolvere. *L'ospedale psichiatrico presenta nella sua organizzazione la stessa alienazione dei suoi pazienti*: tende a trattare i malati come cose, con la conseguenza che questi perdono totalmente la loro identità, i contatti sociali si impoveriscono, fino ad arrivare ad un'uniformità caratterizzata da una forte deprivazione sensoriale, che rafforza e consolida l'alienazione dei pazienti.

I pazzi, le prostitute e i delinquenti sono i sintomi di una società perturbata, e le istituzioni tendono a reprimere e a segregare quanto la società stessa, essendo gli strumenti della società. Assumere un atteggiamento diverso significa prendere coscienza o *insight* dei problemi e dei conflitti che, per il fatto stesso di esistere, costituiscono una denuncia nei confronti della società che crea gli alienati, le prostitute e i delinquenti. Si comprende ancora meglio questo fatto se si tiene conto di una delle funzioni fondamentali delle istituzioni sociali: quella di servire da proiezione o depositazione della personalità sincretica. Mobilizzare l'organizzazione di un'istituzione significa dunque mobilizzare le ansie psicotiche che in essa sono concentrate e tenute sotto controllo. Il paziente stesso oppone una notevole resistenza, dato che in un ambito circoscritto e rigido può depositare e controllare meglio la sua personalità sincretica di quanto non possa fare nel mondo più mutevole e dinamico della realtà.

Il fenomeno della deprivazione sensoriale non è, del resto, esclusivo delle istituzioni psichiatriche; lo si troverà con maggiore o minore intensità e sotto varie forme o sembianze in tutte le istituzioni. In esse si tende sempre alla stabilizzazione e la stereotipia, la monotonia, se da un lato adempiono a una delle funzioni psicologiche dell'istituzione, dall'altro portano a un costante e progressivo impoverimento delle relazioni interpersonali. L'ospedalismo è presente dunque, in diverse forme ed espressioni, in tutte le istituzioni. La burocratizzazione deriva dalle stesse cause e dalla stessa dinamica sociale e psicologica. È il fenomeno che, nelle sue linee generali, si

può definire, come fanno Bettelheim e Sylvester, "istituzionalismo psicologico", e del quale l'ospedalismo e la burocratizzazione sono soltanto due aspetti. Questi, in ultima analisi, portano l'individuo all'alienazione o al consolidamento di quest'ultima, all'impovertimento e alla deprivazione di vincoli umani, e privano di ogni significato la sua condizione di uomo.

### L'azienda

L'azienda è l'istituzione che pone i problemi più gravi quanto al chiarimento degli obiettivi e all'accettazione del compito professionale.

Ogni azienda ha come obiettivo fondamentale, in un modo o nell'altro, un incremento della sua produttività (o meglio, degli utili), e dallo psicologo si aspetta, esplicitamente o implicitamente, una gestione dei rapporti umani finalizzata a questo. Lo psicologo non deve in nessun caso farsi agente o promotore della produttività, perché non è questa la sua funzione professionale; il suo fine è la salute e il benessere degli esseri umani, la creazione di vincoli salutari e degni. Tali obiettivi possono portare sia a un aumento che a una diminuzione della produttività - o dei profitti - in modo temporaneo, transitorio o stabile, ma *non è assolutamente questo che determina l'efficacia del suo compito*. Purtroppo ciò può rappresentare un ostacolo insormontabile per il suo lavoro; in tal caso è quest'ultimo che deve essere sacrificato e non i suoi obiettivi professionali.

Non sempre, tuttavia, l'azienda è interessata a un incremento della produttività; in ultima analisi, lo è soltanto quando questo coincide con un aumento degli utili e, in tal senso, vi sono periodi o congiunture economiche in cui ha interesse, al contrario, a diminuire la produttività e si rivolge allo psicologo per selezionare gli impiegati da licenziare o per modificare parzialmente le loro attività, nel qual caso si aspetta che egli non soltanto selezioni, ma "convinca". Comunque sia, lo psicologo deve agire esclusivamente in base ai suoi obiettivi (quelli della psicoigiene), e rifiutare il compito se lo ritiene incompatibile con i suoi propositi.

Vi fu un'occasione in cui venne richiesto l'aiuto di uno psicologo per istruire un gruppo di dirigenti d'azienda su certe tecniche psicologiche. L'obiettivo esplicito era quello di migliorare i rapporti umani all'interno dell'azienda; il fine implicito quello di poter "manipolare" meglio gli impiegati

e gli operai. Lo psicologo accettò l'incarico, ma lo portò a termine in base ai suoi propri obiettivi: lavorò con il gruppo nell'intento di far emergere quelle finalità nascoste e i conflitti che i dirigenti d'azienda avevano riguardo alle loro stesse funzioni, conflitti derivanti essenzialmente dalla duplice pressione a cui erano soggetti, che proveniva, da un lato, dalle esigenze di un aumento degli utili dell'azienda e, dall'altro, dalla loro parziale identificazione con gli interessi e i problemi dei loro impiegati e operai (appartenevano tutti alla classe media).

In un'altra circostanza, venne chiamato uno psicologo perché intervenisse in una situazione caotica che era sfociata nello sciopero degli operai di un'azienda, senza che si riuscisse a capire quali erano i motivi e i propositi che lo avevano provocato, dato che l'azienda pagava stipendi addirittura superiori a quelli concordati. Dapprima egli lavorò esclusivamente con lo staff dirigenziale, ricavando da quella riunione l'analisi della struttura paternalistica della direzione, che agiva in modo estremamente seduttivo nei confronti dei capi operai, smorzando così la loro efficienza; ma questo creava una situazione di grande insoddisfazione e malessere per la mancanza di identità di cui risentivano gli operai che si trovavano così totalmente sottomessi e dipendenti. Il cambiamento si effettuò unicamente su questa struttura paternalistica, il che condusse indirettamente a un'organizzazione sindacale autonoma, in grado di dare agli operai uno statuto ben definito.

Una strategia fondamentale in questo compito è quella di *considerare la persona che ci consulta non soltanto come cliente, ma anche come soggetto su cui intervenire*, in modo che questi chiarisca le sue motivazioni, i suoi obiettivi, le sue contraddizioni e i suoi conflitti, così come la sua stessa maniera di agire e le conseguenze che ne derivano. Non tenere conto di questo aspetto e occuparsi esclusivamente del gruppo assente coinvolge lo psicologo in un'implicita alleanza di carattere utilitaristico, facendogli smarrire via via i suoi obiettivi di tecnico della psicologia.

È innegabile che lo psicologo si trovi di fronte, specialmente in questo campo, a problemi etici molto seri, che non deve eludere; ma è anche indubbio che esistono forti resistenze e pregiudizi che vanno sradicati e che è possibile svolgere un compito in modo tale da non intaccare la dignità umana e professionale. Non è del tutto vero che qualunque attività nell'ambito di imprese industriali o commerciali vada effettivamente e irrimediabilmente contro gli interessi degli operai; ma è certo comunque che questo può avvenire.

nire con estrema facilità e che molto spesso di fatto avviene. L'obiettivo principale delle *Human relations* consiste nell'occuparsi degli esseri umani per l'azienda. Per quanto ci riguarda, il fattore umano viene preso in considerazione nell'azienda, ma per gli individui che ne fanno parte (1).

Ad ogni progresso della psicologia o di ogni suo nuovo campo di applicazione si è guardato e si guarda con grande diffidenza. Ed ora questo si verifica in particolare nei confronti della psicologia istituzionale. Convienne, ad ogni modo, rimandare l'attività in questo settore fintanto che lo psicologo non abbia accumulato esperienza in altri campi meno conflittuali e non si senta più sicuro nell'inquadramento della situazione e nell'utilizzazione delle relative tecniche. È particolarmente interessante osservare che gli avversari del progresso delle scienze naturali sono sempre state le forze sociali conservatrici, per le quali un avanzamento nella conoscenza scientifica della natura comportava cambiamenti che erano loro sfavorevoli. Ma attualmente sono le forze politiche della sinistra a vedere con diffidenza il progresso della ricerca psicologica e della sua applicazione. È anche vero che le forze sociali che finora hanno maggiormente incoraggiato lo sviluppo e l'applicazione della psicologia lo fanno anche con un fine politico che esula dai nostri propositi, perché non è né progressista né umano. Questa situazione, tuttavia, non è irreparabile né insuperabile.

#### Psicologia dell'équipe di psicologi

La psicologia istituzionale deve cominciare sempre col venire applicata allo stesso gruppo che è incaricato del compito nell'ambito di un'istituzione, e questo non soltanto per interesse o convenienza, ma per un'esigenza tecnica del lavoro da svolgere.

(1) Ci sembra utile raccomandare la lettura delle pubblicazioni di Crozier, Friedman, Fraser. A questo proposito, riteniamo importante l'atteggiamento etico e tecnico di E. Jaques, secondo il quale prima di entrare in un'azienda o in una fabbrica per esercitarvi la propria attività come psicologo istituzionale bisogna aver avuto il consenso delle organizzazioni operaie. Questo consenso - che deve essere libero e non ottenuto con la coercizione - non obbliga, d'altronde, gli operai ad essere oggetto di studio; per questo occorre un ulteriore consenso esplicito e imprescindibile.

Come avviene in ogni istituzione, le tensioni provocate dal compito *si riflettono sulle relazioni personali e professionali* fra i componenti dell'équipe, e queste a loro volta si ripercuotono immancabilmente sul compito stesso, in un circolo vizioso che si rafforza permanentemente fra questi due estremi.

È opportuno che vengano bene delimitati le funzioni, gli status, i ruoli, così come le vie di comunicazione e la qualità e la frequenza di queste ultime. Per fare ciò è assolutamente necessario che l'intera équipe - fintantoché non si sia organizzata in maniera stabile e non abbia sperimentato la propria capacità di autoregolarsi - lavori come gruppo operativo sotto la supervisione di un collega che sia totalmente al di fuori del compito. Questa capacità di autoregolarsi che si apprende nel gruppo operativo potrà considerarsi del tutto acquisita quando l'équipe avrà assimilato i modelli del gruppo stesso e sarà in grado di esercitare un'interazione spontanea e positiva, senza bisogno che intervenga un direttore del gruppo. In questo modo, il lavoro di risanamento delle tensioni non deve terminare mai, ma costituire anzi uno dei compiti fondamentali dell'équipe.

Ciò diventa assolutamente indispensabile perché le tensioni che si creano nell'ambito del lavoro istituzionale sono molto forti, e quelle di cui l'équipe non ha fatto "*insight*" agiscono sul gruppo di psicologi in modo tale che i conflitti che si manifestano all'interno di questo hanno la stessa struttura dei conflitti presenti nell'istituzione dei quali non si è acquisito un sufficiente *insight*. Per il loro stesso inquadramento, gli psicologi non possono agire proiettando i loro conflitti e non possono nemmeno instaurare una situazione persecutoria con l'istituzione di cui si devono occupare; ed è per questo che il conflitto esistente nell'istituzione si riproduce facilmente all'interno dell'équipe, che agisce necessariamente come fattore di assorbimento delle tensioni. Questa è una delle cause più spesso riscontrate della sterilizzazione e persino della dissoluzione dell'équipe di psicologi, e del conseguente insuccesso nel compito intrapreso o proposto.

Un altro fatto che si osserva di frequente nell'équipe è la presenza, nell'intragruppo, di tensioni che tendono a produrre una forte coazione ad operare nell'istituzione saltando le tappe dell'organizzazione interna del gruppo e della discussione esauriente dell'ipotesi di lavoro, dell'inquadramento del compito e delle tecniche da utilizzare. L'urgenza di passare alla pratica, come pure quella di produrre risultati evidenti nello svolgimento del compito,

deve essere vista come indice di una situazione di tensione all'interno del gruppo non esplicitata. Ricordiamo che *azione e agito* non sono la stessa cosa: la prima è una parte o un momento di una prassi, che manca nella seconda. Un'altra forma che può assumere il conflitto interno al gruppo è quella di una proliferazione di problemi che esso tende a indagare e a risolvere, venendo disorientato per quanto riguarda il suo compito professionale.

Tutto ciò che avviene all'interno dell'équipe deve essere analizzato a due livelli in interazione: quello dell'équipe in rapporto al compito, e quello del compito da portare a termine.

La lealtà fra i membri e l'assoluto riserbo riguardo ai dati della ricerca, così come il rispetto delle direttive dell'équipe, costituiscono delle premesse fondamentali, e qualunque mancanza in questo senso deve essere esaminata non dal punto di vista personale di chi è incorso in tale inosservanza, bensì in una prospettiva globale (del compito dell'équipe). L'inserimento di nuovi componenti nell'équipe è un problema che riguarda l'intero gruppo, che deve affrontarlo apertamente come parte del suo compito. Qualsiasi resistenza all'inserimento di nuovi membri va attentamente analizzata, così come vanno analizzate la tendenza all'isolamento o all'inclusione troppo facile e frequente di nuovi elementi: queste sono solitamente le modalità con cui un'équipe tende a risolvere magicamente i suoi problemi interni. Bisogna preservare, d'altro canto, ogni nuovo membro dal rischio di diventare un polo di cristallizzazione e di proiezione delle tensioni interne al gruppo; analogamente, l'équipe deve stare attenta a non diventare, essa stessa, il punto focale in cui si proiettano i conflitti istituzionali.

Tutte le fantasie magiche e messianiche dell'équipe devono essere accuratamente analizzate e risolte cosicché il lavoro venga svolto in modo efficiente, corretto e rigoroso dal punto di vista etico e scientifico.

L'interruzione o la cessazione di un compito è un altro dei problemi che vanno scrupolosamente valutati e per i quali è indispensabile mettere a punto una strategia che escluda qualsiasi possibilità di difese nevrotiche, quali la fuga di fronte ad ansie claustrofobiche, o le razionalizzazioni nei confronti dell'imperizia tecnica. Bisogna evitare, altresì, di farsi buttare fuori o espellere dall'istituzione, favorendo inconsciamente una situazione di quel tipo, dato che è più facile tollerare e razionalizzare - in queste condizioni - situazioni persecutorie (di ingratitudine, di immaturità, ecc.) che accettare

la depressione provocata dalla sconfitta e l'*insight* delle cause reali dell'insuccesso. Le sconfitte, i cambiamenti o i fallimenti possono portare alla dissoluzione del gruppo o all'agglutinazione dei suoi membri (regressione).

Se esistono delle regole che devono essere immancabilmente rispettate ed osservate dall'équipe, e che possono servire da guida basilare per la psicoigiene del gruppo stesso, queste si possono così formulare: non permettere che situazioni di tensione o notizie diffuse in sordina rimangano implicite, poiché ogni dissociazione è sempre un focolaio attivo e nascosto di nuove tensioni; in secondo luogo, non lasciare permanentemente in sospeso situazioni e problemi noti, senza che vengano perlomeno affrontati in maniera concreta e realistica. Infine, tutte le possibili chiarificazioni e spiegazioni non vanno fornite in qualunque momento e in qualunque sede, ma nel preciso ambito che l'équipe deve aver istituzionalizzato a tal fine, in modo che le aree dei diversi tipi di compito di cui il gruppo si è incaricato vengano rigorosamente rispettate; inoltre ogni compito portato a termine al di fuori del contesto e del suo ambito determinato deve essere visto come un agito che va esaminato in se stesso come un ulteriore sintomo di conflitti.

In questo senso, le voci che corrono devono essere considerate come un sintomo di rilevanza estrema, giacché - a livello del gruppo di psicologi o della stessa istituzione - rappresenta un chiaro indice di carenze nella comunicazione. Queste si producono a causa di una dispersione schizoide provocata a sua volta dall'ansia connessa allo svolgimento del compito.

### Conclusione

Possiamo riassumere quanto abbiamo esposto in due propositi fondamentali in stretta interrelazione: dobbiamo costruire *una psicologia della prassi e una prassi nella psicologia*. La psicologia istituzionale costituisce un passo avanti su questo cammino.

In tal senso, non dobbiamo sovrapporre l'attività pratica alla prassi o confonderla con essa: la prima è, in se stessa, alienante; la seconda arricchisce il singolo individuo e l'umanità intera.

## BIBLIOGRAFIA

- BARNES H. E., *Social Institutions*, Prentice-Hall, 1964.
- BENNETT A. E. - HARGROVE E. A. - ENGLE B., *Psychiatry in General Hospital.*, Univ. of California Press, 1956.
- BETHEL L. - ATWATER F.S. - SMITH G. H. E. - Stackman H. A., *Organización y dirección industrial*, F.C.E., México, 1961.
- BETTELHEIM B. - SYLVESTER E., *A Therapeutic Milieu*. En: Reed C. F. - Alexander Y E. - Tomikins S. S., "Psychopathology". Harvard University Press, 1958.
- BRIERLEY M., *Theory, practice and public relations*, Int. J. Psa, 24. 119, 1943.
- BROWN F. A. C., *La psicología social en la industria*, F.C.E., MÉXICO, 1958.
- CANDILL W., *The Psychiatric Hospital as a small Society*, Mass. Harvard Univ. Press., Cambridge, 1958.
- CONFÉRENCE DE ROME, *Les relations humaines dans l'industrie*, 1956.
- CROZIOER M., *La fabricación de hombres*, Deucalión, Buenos Aires, 1954.
- FREUD S., *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, 1921, in o.s.f. Vol. IX, Boringhieri, Torino.
- FRIEDMANN G., *Problemas humanos del maquinismo industrial*, Sudamericana, Buenos Aires, 1956.
- FRIEDMANN G. - NAVILLE P., *Traité de sociologie du travail*, A. Colin, Parigi, 1961.
- GILLON J. J. - PLANQUES L., *L'hygiene mentale dans l'entreprise*, Tolosa, Parigi, 1955.
- GRANICK D., *Management of the Industrial Firm in the U.R.S.S.*, Columbia Univ. Press, New York, 1954.
- GREENBLATT M. - LEVINSON D. J. - WILLIAMS R. H., *The patient and the Mental Hospital*, Illinois, Glencoe, The Free Press, 1957.
- GUERRIERO RAMOS A., *Relaciones humanas del trabajo*, Universidad Nacional, Messico.
- GURVITCH G., *Traité de Sociologie*, P.U.F., Parigi, 1960.
- HALLIDAY J. L., *Medicina psicosocial*, Eudeba, Buenos Aires, 1961.
- HARTMANN H., *La aplicación de los conceptos psicoanalíticos a las ciencias sociales*, Psychoanal. Quart., 19, 1950.
- HERTZLER J. O., *Social institutions*, McGraw Hill C., New York, 1929.



- JAQUES E., *Social system as defence against persecutory and depressive anxiety*. In: Klein M., "New Directions in Psychoanalysis", Londra, Tavistock, 1955. Trad. it.: *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva*, in: "Nuove vie della psicoanalisi", Il Saggiatore, Milano, 1966.
- JAQUES E., *Psychoanalysis and the Current Economic Crisis*. En: "Psychoanalysis and Contemporary thought", Londres, Hogarth Press Ltd., 1958.
- JAQUES E., *Disturbances in the capacity to work*, Int. J. Psa. 4. 357, 1960.
- JONES M., *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities*, Tavistock Publications, Londres, 1952.
- JONES M., *The concept of a Therapeutic Community*, In: "Psychopathology", a cura di Reed C.F. - Alexander V. E - Romkins S., Harvard Univ. Press, 1958.
- JONES M., *The Therapeutic Community*, Basic Books, New York, 1953.
- KARN H. W - VON HALLER GILMER B., *Readings in Industrial and Business Psychology*, McGraw-Hill Book Co. Inc., New York, 1952.
- LANTOS B., *Work and the instincts*, Int. J. Psa. 24. 114, 1943.
- LANTOS B., *Metapsychological considerations on the concept of Work*, Int. J. Psa. 33, 4, 1952.
- LIKERT R. - HAYES S. P., *Some applications of Behavioural Research*, Unesco, 1957
- MACIVER R. M. - PAGE C.H., *Sociología*. Tecnos, Madrid.
- MAYO D., *Problemas humanos de una civilización industrial*, Galatea, 1959, Buenos Aires.
- MC. GUIRE J. W., *La conducta empresaria*, Hobbs Sudamericana, Buenos Aires, 1956.
- MEADOWS P., *La tecnología y el orden social*, Universidad Nacional, Messico.
- MENZIES I., *A case study in the functioning of Social systems as a defence against anxiety*, Human relations, 13. 2, 1960.
- NADEL S. F., *Fundamentos de antropología social*, F. C. E., Messico, 1955.
- NOVEY S., *La utilización de las instituciones sociales como una técnica de defensa en las neurosis*, Rev. Urug. Psa, 3, 2-3, 1960.
- PFIFFNER J. M. - SHERWOOD F. P., *Organización administrativa*, Herrero Hnos. S. A., Messico.
- SIMÓN H. A., *El comportamiento administrativo*, Aguilar, Madrid, 1962.
- SIVADON P., *Psychopathologie du travail*, L'evolution Psych, 1952.

- STANTON A. H. - SCHWARTZ M.S., *The Mental Hospital*, Basic Books, New York, 1954.
- TREGOLD R. F., *Les relations humaines dans l'industrie*, Rev. Int. Sc. Sociales, XI. 1. 1956.
- YOUNG P., *Métodos científicos de investigación social*, Univ. Nac., Mexico, 1953.
- ZNANIECKI F., *Organisation sociale et institutions*, In: Gurvitch G., "La sociologie au XXe. Siecle", P.U.F., Parigi, 1947.

### 1.3. LO PSICOLOGO NELLA COMUNITÁ

L'igiene mentale è legata, fin dalle sue origini o dall'inizio della sua storia, alla malattia mentale; e lo stesso avviene con la psicoprofilassi e la psicoigiene. Non si è insistito abbastanza sul ruolo che possono giocare gli psicologi e la psicologia riguardo al problema della salute e della malattia, e non si è neppure differenziato nettamente l'igiene mentale dalla psicoprofilassi e dalla psicoigiene.

Nemmeno i rapporti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità chiari-scono questi aspetti, e lo psicologo e la psicologia vi sono citati soltanto in breve e occasionalmente. Così, ad esempio, il rapporto n.223 dell'anno 1961, intitolato "Preparazione di programmi di igiene mentale", dice: "Fra gli appartenenti al personale dei grandi servizi di igiene mentale figura normalmente lo psicologo clinico. Questo specialista deve conoscere a fondo la teoria e la pratica delle prove di indagine psicologica e dei metodi speciali di educazione. In qualcuno di questi servizi si tende a mettere lo psicologo di fronte ai più difficili problemi psicoterapeutici e il comitato ritiene che in casi del genere è opportuno esigere da questi specialisti una formazione complementare"

A mio giudizio, la psicologia supera ampiamente i problemi della malattia mentale e dell'igiene mentale, ma si pone anche degli obiettivi che sono legittimamente al di fuori del campo della stessa salute pubblica. Ed è di questo aspetto che voglio occuparmi in maniera più specifica, parlando delle funzioni dello psicologo nella comunità.

Si è ripetuto più volte che sia gli psichiatri che gli psicologi devono orientare diversamente il loro impegno professionale. Ecco che cosa bisognerebbe fare: cercare di superare l'organizzazione di un'assistenza individuale e privata destinata essenzialmente alla cura, facendo in modo che l'impegno

o il peso maggiore della propria attività professionale sia concentrato sulla popolazione (la comunità) e non sui singoli individui: promuovere il benessere e non soltanto curare; evitare di prendere in considerazione unicamente, specificamente e prevalentemente fattori patogeni a livello individuale, valutando invece situazioni più generali della comunità; concentrare la propria attenzione, anziché sulla malattia, sulle condizioni quotidiane di vita; invece di creare nuove istituzioni destinate esclusivamente alla cura delle persone ammalate, andare fra la gente e occuparsi delle situazioni di ogni giorno, dei compiti e delle attività quotidiane e ordinarie che svolge la popolazione.

Si può sintetizzare tutto questo dicendo che dobbiamo concentrarci maggiormente sulla gestione e pianificazione delle conoscenze e delle tecniche relative al rapporto interpersonale, che è un fattore patogeno fondamentale della nostra civiltà, e controllare e favorire lo sviluppo della personalità attraverso gli eventi comuni e quotidiani, i modelli di interazione e l'aiuto tecnico di persone chiave o di organismi importanti della comunità.

Tutto ciò richiede un'attività molto complessa e uno sviluppo delle conoscenze e delle tecniche che ancora non possediamo in misura sufficiente, per cui siamo soltanto in grado di passare in rassegna i problemi e le prospettive di tale impostazione. Abbiamo bisogno di conoscere molto meglio la psicologia delle situazioni e della vita quotidiana, così come necessitiamo di teorie psicologiche che non partano specificamente dalla patologia. Abbiamo bisogno, oltre che di rivedere teorie e conoscenze, di ampliare e mettere alla prova le nostre risorse tecniche: tecniche di accesso alla comunità, tecniche di ricerca, tecniche operative, tecniche di gestione delle risorse nell'ambito della comunità. Inoltre, dovremo senz'altro riconsiderare, entro breve termine, i modelli d'azione dei professionisti della cura, ma anche crearne di nuovi per essi e per gli psicologi.

In questo senso, a differenza dello psichiatra, che è un professionista della cura e uno specialista in malattie mentali, lo psicologo non deve situarsi come professionista totalmente nel campo della malattia, che si tratti di cura o di profilassi, di malattia mentale o meno. Nell'ambito dell'igiene mentale e in quello della salute pubblica lo psicologo ha molteplici compiti e funzioni, ma ne ha anche - e non di meno importanti - al di fuori di questi due settori. A questa terza area attribuiamo il nome di "psicoigiene"

## Obiettivi e livelli dell'igiene mentale

Gli obiettivi dell'igiene mentale si sono andati modificando nel corso delle sue diverse tappe storiche. Senza volerne fare qui una rassegna dettagliata, ricorderemo che *la prima tappa* corrisponde a ciò che è stato sintetizzato nella disposizione "fare qualcosa per il malato mentale" e che si riferiva essenzialmente al piano assistenziale. Dopo i primi passi volti ad ottenere un trattamento più umano per il malato mentale, si sono fatti notevoli progressi a livello di istituzioni assistenziali, sia dal punto di vista amministrativo che da quello terapeutico, ottenendo un incremento non soltanto della qualità, ma anche della varietà di questo tipo di istituzioni.

L'esigenza di creare un maggior numero di ospedali è tuttora viva in molti paesi, benché appaia altresì evidente la necessità di un impiego migliore o più razionale di quelli già esistenti, il che implica ricoveri più precoci e brevi, accompagnati da trattamenti più efficaci, l'attivazione del *day-hospital* e l'introduzione di servizi psichiatrici negli ospedali civili. Il punto culminante di questo sviluppo dell'assistenza psichiatrica viene raggiunto con quella che attualmente viene denominata comunità terapeutica, e che consiste essenzialmente nel modificare la struttura istituzionale artificiale e alienata, con i modelli suoi propri, al fine di trasformare l'organizzazione e le relazioni che in essa si sviluppano in agenti positivi per gli esseri umani che ne fanno parte.

In vista della pianificazione dell'assistenza l'informazione corretta sulla morbilità psichiatrica si rivela anche oggi piuttosto scarsa. Il rapporto N. 73 dell'anno 1963 dell'o.m.s. afferma tuttavia: "Non vi è dubbio che nell'Europa occidentale e negli Stati Uniti le persone affette da disturbi psichiatrici occupano il 40% o più del totale dei posti letto disponibili negli ospedali, costituendo un problema di grande portata. Benché si debba riconoscere la necessità di ottenere un minimo di posti letto per malati psichiatrici, questo problema è stato spesso posto in evidenza a scapito di altri servizi costretti a ridurre il numero e la durata dei ricoveri (1).

(1) L. J. SAUL in *Bases de la conducta humana* (Buenos Aires, 1958) dice, riferendosi agli Stati Uniti, che ci sono all'incirca un milione di psicotici, di cui la metà, ossia cinquecentomila, sono ricoverati in istituti. Vi sono grosso modo cinquecentomila posti letto per tutti gli altri malati, comprese le cliniche private, come i sanatori per i tubercolosi e simili. "In

*La seconda tappa* dello sviluppo storico dell'igiene mentale è quella segnata dalla diagnosi precoce, sia per gli adulti che per i bambini: l'individuazione precoce delle malattie mentali può consentire una migliore utilizzazione dei servizi ospedalieri, nonché il conseguimento di più fecondi risultati nei procedimenti terapeutici. Come si può facilmente dedurre, questi due obiettivi sono in stretta correlazione e esigono dallo psichiatra esperienza, conoscenza e un'azione "fuori le mura" (dell'ospedale, n.d.r.), così come consiglia, fra gli altri, il Rapporto n. 73 della O.M.S. quando sostiene che lo psichiatra non deve avere un contatto esclusivo o un'esperienza unica nella psichiatria "dentro le mura", ma deve estendere la propria conoscenza ed esperienza anche ad altri problemi dell'ambito psichiatrico.

Questi due obiettivi dell'igiene mentale richiedono un'ampia partecipazione dello psicologo, non soltanto per quanto riguarda la psicodiagnosi e la psicoterapia, ma anche l'adeguata divulgazione di conoscenze che in-

altre parole, in questo paese esiste all'incirca lo stesso numero di posti letto per gli psicotici che per tutti gli altri malati messi insieme." Sebbene sia difficile calcolare il numero di nevrotici, in base a un calcolo approssimativo se ne contano circa cinque milioni, secondo un dato proveniente dagli esami effettuati dalle autorità militari ai fini delle mobilitazioni. "Un bambino ogni venti che nascono passerà qualche tempo in un istituto per malati mentali. Uno su dieci per un certo periodo sarà inabilitato a causa di sintomi mentali ed emotivi". Lo stesso autore riporta una citazione di Bullis e O'Malley, i quali dicono che "su cento bambini in età scolare negli Stati Uniti, tredici avranno una vita in qualche modo alterata a causa della loro incapacità di raggiungere la maturità emotiva; quattro finiranno in ospedali per malati mentali; uno diventerà un delinquente; otto soffriranno di disturbi emotivi". Tuttavia, questi cinque milioni rappresentano soltanto una piccola parte del problema; a ciò bisogna aggiungere l'alcoolismo, la delinquenza, la criminalità, i suicidi, il divorzio e i disturbi psicosomatici, il che rende il quadro estremamente grave. Così "da un milione e venticinquemila a un milione e mezzo di bambini passa ogni anno per i tribunali dei minori; si valuta che l'incidenza annuale della delinquenza minorile si aggiri intorno ai due milioni e mezzo di ragazzi di età compresa fra i dieci e i diciassette anni; si calcola che tre milioni di bambini abbiano bisogno di aiuto psichiatrico. Circa sette milioni di cittadini hanno precedenti penali; si commettono più di 1.650.000 delitti ogni anno. I divorzi raggiungono una media annuale di circa mezzo milione su un milione e mezzo di matrimoni contratti ogni anno, il che significa che un matrimonio su tre finisce con un divorzio". Per quanto riguarda il nostro paese, vedere il libro di G. Bermann: *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1965.

ducano la comunità a chiedere l'aiuto del medico o dello psicologo e a combattere i pregiudizi sulla malattia mentale; egli deve inoltre essere presente per valutare tutti quei fattori psicologici che intervengono nella dinamica delle istituzioni assistenziali, dei gruppi che ne fanno parte, delle relazioni e tensioni che si creano fra questi, e per considerare gli aspetti psicologici connessi con lo svolgimento dei compiti professionali.

Quanto al suo compito nei confronti del malato o di chi potrebbe diventarlo, lo psicologo è un professionista che opera nel campo dell'igiene mentale come membro di un'équipe o come assistente o consulente; ma rispetto agli organismi che affrontano il problema della malattia mentale, il suo compito appartiene più al campo della psicoigiene, esattamente come nei casi in cui interviene in organismi o istituzioni non assistenziali o non medici. Questo è un aspetto che ci auguriamo possa apparire sempre più chiaro ed esplicito a mano a mano che ci inoltreremo nell'esposizione di questo tema.

*Una terza tappa* - o un terzo obiettivo - dell'igiene mentale riguarda la profilassi o la prevenzione della malattia. Allo psicologo competono gli aspetti psicologici di tale compito, cioè tutto quello che va sotto la denominazione - in senso stretto - di "psicoprofilassi"; questa rientra interamente nell'ambito dell'igiene mentale (nel caso delle malattie mentali), a differenza della psicoigiene, che lo trascende, in quanto smette di ruotare intorno all'asse della malattia mentale (come è il caso dell'igiene mentale). Dobbiamo chiarire, una volta di più, che la "psicoprofilassi" non va intesa come prevenzione o profilassi delle malattie psichiche - il che sarebbe un assurdo - ma deve essere definita come l'impiego delle risorse psicologiche per prevenire le malattie. Come vedremo anche oltre, la psicoprofilassi, in base a questa definizione, è una parte della salute pubblica e dell'igiene in generale, e non solo dell'igiene mentale.

Nel campo della prevenzione o profilassi della malattia mentale dobbiamo distinguere fra prevenzione specifica e non: nella prima, l'obiettivo è quello di combattere una determinata causa o un anello della serie causale, mentre nella seconda non possiamo intervenire su cause specifiche, o perché non esistono o perché non le conosciamo, e dobbiamo prendere in considerazione molteplici situazioni mediche e non. Le prime non rientrano nemmeno, in questo caso, fra le responsabilità esclusive dello psichiatra, ma riguardano medici di ogni specializzazione (ostetrici, epidemiologi,

ecc.). Le situazioni non mediche sono di competenza dello psicologo, sia che questi debba esplicitare un'azione diretta sia che debba fornire la sua consulenza ad altri professionisti (educatori, avvocati, giudici, ecc.) nella valutazione di tutti quei fattori psicologici che perturbano la vita quotidiana nelle sue molteplici manifestazioni e in tutti quei fenomeni che riguardano l'essere umano.

*La quarta tappa storica* dell'igiene mentale è quella corrispondente alla riabilitazione, che consiste nel fornire un aiuto psicologico al soggetto guarito, o parzialmente guarito, perché possa reinserirsi nella comunità e nella famiglia, riducendo l'impatto dei fattori che scatenarono o condizionarono la sua malattia e che potrebbero determinare una sua ricaduta. Nemmeno nella riabilitazione l'intervento dello psicologo rimane circoscritto all'igiene mentale, ma si estende, come si può facilmente comprendere, all'igiene nella sua totalità.

*La quinta tappa* concerne la promozione della salute e si sovrappone, in qualche misura, alla prevenzione non specifica, senza che sia possibile in molti casi (ma questo in realtà non è indispensabile per ora) tracciare un confine netto fra l'una e l'altra. La promozione della salute viene denominata prevenzione positiva, denominazione che non riteniamo adeguata, perché implica che si facciano rientrare la salute e tutti i fenomeni umani nella sfera della medicina e della malattia.

Nella maggior parte delle situazioni risulta chiara la differenza fra prevenzione non specifica e promozione della salute, in quanto la prima è incentrata sulla malattia, mentre la seconda si afferma in modo del tutto indipendente da essa e costituisce il campo specifico della psicoigiene. L'intervento dello psicologo nelle tensioni che si creano in una fabbrica, nella corretta educazione dei bambini o nella preparazione dei giovani alla vita sessuale e affettiva appartiene al campo della psicoigiene e non a quello della psicoprofilassi o dell'igiene mentale. Con la psicoigiene lo psicologo viene a situarsi, da un punto di vista organizzativo e istituzionale, al di fuori dell'igiene mentale e della salute pubblica, ed opera professionalmente in piena autonomia rispetto a quest'ultima e alla medicina assistenziale, malgrado tutti i punti di contatto che il suo compito nell'ambito della psicoigiene ha o può avere con la malattia, che sono tanti quanti possono averne altre professioni che non rientrano nel campo della medicina, dell'igiene o della salute pubblica (come nel caso di insegnanti, architetti, avvocati, ecc.).



La malattia e la medicina non possono costituire gli assi intorno ai quali ruota tutta l'esistenza degli esseri umani, e le distinzioni che tentiamo di stabilire diventano spesso complicate e difficoltose proprio perché conosciamo meglio la malattia e il malato piuttosto che la vita comune e quotidiana e l'essere umano nella sua esistenza reale; è possibile, tuttavia, che entro breve tempo possiamo procedere in senso inverso. E lo stesso va detto per la psicologia, che è ancora, in gran parte, incentrata sulla clinica e sui malati o sul laboratorio e sugli animali, ed è quindi, in entrambi i casi, al di fuori dell'uomo concreto e della vita nella sua realtà quotidiana.

In ogni momento e in ogni comunità la pianificazione deve tenere conto del grado di urgenza di ciascuno di questi obiettivi d'azione ed elaborare determinati criteri di priorità che dipendono, ovviamente, non solo dalla natura dei problemi che si devono affrontare più urgentemente, ma anche dalle risorse umane, economiche e tecniche; in ogni caso, la pianificazione deve contemplare non soltanto le necessità impellenti, ma anche obiettivi di più vasta portata. Questi criteri non hanno trovato ancora una sistematizzazione definitiva e sicuramente la loro formulazione generale non potrà mai perdere il suo carattere relativo. Molina e Adriasola elencano i seguenti indici per valutare le priorità nella pianificazione: gravità del danno, possibilità di evitare il danno, costo in rapporto al danno, rendimento, atteggiamento della comunità.

Caplan (1) accetta una classificazione che differisce in qualche misura dalla precedente, ma che ha anche molti punti di contatto con essa. Questo autore parla di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La prima è volta a ridurre il rischio di malattie mentali; la seconda mira a limitare la durata della malattia, oltre ad occuparsi della diagnosi precoce e del trattamento effettivo; la prevenzione terziaria tende a prevenire postumi e insufficienze così come a favorire il ritorno e il reinserimento del soggetto guarito (parzialmente o completamente) nella comunità.

In realtà, la prevenzione secondaria coincide con il primo e il secondo obiettivo della classificazione precedente, la prevenzione primaria è corri-

(1) CAPLAN G., *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York, 1964. Traduzione spagnola: *Principios de psicología preventiva*, Paidós, Buenos Aires, 1966.

spondente al terzo e al quinto, mentre la prevenzione terziaria coincide totalmente con la riabilitazione. Probabilmente questo schema di Caplan è più vicino alla realtà, ed è più utile dal punto di vista della semplicità e della praticità della classificazione.

Un altro autore, G. S. Stevenson (1), distingue tre tipi di prevenzione, ciascuno dei quali viene sottoposto a ulteriori suddivisioni:

1. *Prevenzione presuntiva*: è basata sulla modifica di una condizione associata o precedente alla malattia che si presume eziologicamente legata ad essa; consiste, per fare un esempio, nell'intervenire sull'introversione in base alla nostra conoscenza della sua relazione con la schizofrenia; anche senza arrivare a presupporre l'esistenza di un rapporto causale fra di esse, possiamo immaginare l'introversione come una situazione intermedia che può portare o meno a quadri più gravi.

2. *Prevenzione relativa*: è così denominata perché in questo caso il disturbo ha già fatto la sua comparsa (nella sua forma o manifestazione meno grave) e non si dovrebbe parlare, a rigore, di prevenzione. Comprende tre modalità: terapeutica, sostitutiva e radicale. Nella prima si porta a termine il trattamento di situazioni o stadi del disturbo meno seri per prevenirne altri di più gravi; in questo modo, intervenendo su insuccessi scolastici è possibile impedire successivi comportamenti delittuosi o sociopatici. La prevenzione sostitutiva consiste nella possibilità di sostituire un dato problema o una data sintomatologia con un'altra meno seria o meno gravosa per il soggetto o per la comunità, come nel caso, ad esempio, di una fobia nei confronti del lavoro alla quale si fa subentrare un rituale che il soggetto può mettere in atto nella sua vita privata: nella clinica osserviamo spesso questo tipo di sostituzione in entrambi i sensi, quello favorevole e quello sfavorevole. La prevenzione preventiva radicale tende alla modificazione delle condizioni generali che, pur non avendo una relazione specifica con l'insorgere della malattia, permettono o hanno permesso l'insorgenza di quest'ultima; prevede misure quali un cambiamento di residenza o di alloggio, l'isolamento, ecc. Si tratta, cioè, di effettuare un mutamento nelle condizioni generali di vita per

funzionale. La prima si riferisce a un dato spazio in cui avvengono gli esseri umani; la seconda riguarda gli aspetti che le manifestazioni del grado di coscienza, di interrelazione, di unità. Una comunità è un

(1) STEVENSON G. S., *The prevention of personality disorders*, in "Personality and Behavior Disorders", cap. 35, Mc V. Hunt, Ronald Press, New York, 1944.

evitare o eludere dei fattori di perturbazione che si considerano prevalentemente esterni.

3. *Prevenzione assoluta*: consiste nell'annullamento delle cause e nell'applicazione di misure scientifiche, e include due modalità: razionale ed empirica. La prima si basa sull'eliminazione di cause scientificamente dimostrate, mentre la seconda è fondata su conoscenze di cui non è stata scientificamente provata l'esattezza, ma di cui si conosce empiricamente il beneficio che ne può in qualche modo derivare.

Qualunque sia la discussione o il commento che suscita quest'ultima classificazione, è certo che può costituire uno schema utile per affrontare problemi di questa portata ed estensione, e del resto gran parte delle indicazioni di Stevenson corrisponde a quello che realmente si osserva nella pratica quotidiana.

#### Costellazione multifattoriale

La promozione della salute (nell'ambito della salute pubblica e dell'igiene mentale), così come la psicoprofilassi e la psicoigiene, ha la sua sfera d'azione in seno alla comunità stessa, in tutti gli aspetti riguardanti le condizioni e il genere di vita di quest'ultima. Si cerca di intervenire su una struttura tanto complessa da costituire una vera e propria costellazione multifattoriale formata da tutte le attività, istituzioni, norme e interazioni operanti in una comunità.

Questa costellazione multifattoriale include problemi di carattere economico, sociale e culturale, come quelli relativi all'alloggio, al lavoro, alla disoccupazione, all'alimentazione, ecc., e la soddisfazione di questi bisogni, così come il controllo delle condizioni sanitarie, rientrano tra le competenze della salute pubblica e della psicoigiene; quest'ultima, in modo particolare, ha il compito di prendere in esame tutti i fattori psicologici impliciti nel mancato appagamento di tali bisogni o nella promozione delle condizioni necessarie per soddisfarli nella misura richiesta.

Per quanto riguarda il problema dell'alimentazione, ad esempio, è compito della salute pubblica controllare il tipo di alimenti e il loro approvvigionamento, nonché la loro qualità o la loro carenza ed altri aspetti analoghi; ma è di competenza dello psicologo considerare le abitudini alimentari, i

pregiudizi, i cambiamenti di tali abitudini, gli atteggiamenti di fronte alla negazione o all'ignoranza dei problemi, così come gli compete operare in seno agli organismi specifici che si occupano dell'alimentazione.

Come è comprensibile, questo è un compito molto vasto di cui solo l'esperienza potrà via via chiarire e definire meglio i termini e le tecniche. Di tutto ciò, almeno per quanto concerne la psicoigiene, siamo per ora appena agli inizi. Al di fuori del campo della salute pubblica e dell'igiene mentale, lo psicologo ha un altro vasto terreno di lavoro che richiede una conoscenza della comunità, delle sue caratteristiche generali e specifiche; siamo in grado, in qualche misura, di delineare un minimo di strategia per tale attività, che comprende diversi aspetti:

1. Lavoro dello psicologo in seno alla comunità considerata nella sua totalità, come consulente dei pubblici poteri, degli organismi direttivi, delle persone chiave, ecc.
2. Lavoro in diverse istituzioni della comunità: famiglie, fabbriche, scuole, club, carceri, ecc.
3. Intervento nelle varie tappe dello sviluppo della personalità: infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità, vecchiaia.
4. Intervento nei periodi di cambiamento nel corso dello sviluppo della personalità: nascita, svezzamento, pubertà, ecc.
5. Assistenza ed osservazione nei momenti significativi dell'esistenza in quanto esperienze di trasformazione: matrimonio, gravidanza, divorzio, adozione, pensionamento, lutti, scelta della professione, ecc.
6. Periodi critici della vita considerati come momenti in cui si affronta una particolare problematica: cambiamenti, immigrazione, malattie, rovesci economici, incidenti, ecc.

Pur essendo sovrapposti i diversi punti di questa classificazione, essa può risultare utile come punto di partenza per orientare lo psicologo nei molteplici aspetti del suo compito nell'ambito della psicoigiene della comunità.

Un minimo di esperienza in questo senso ci segnala l'opportunità di separare la psicoigiene dalla salute pubblica e dall'igiene mentale, perché, come ho già detto, la psicoigiene non è incentrata sulla malattia, ma sulle condizioni abituali e quotidiane di vita nelle situazioni reali in cui queste si verificano, e considera le opzioni e i problemi ad esse relativi in se stessi e in funzione degli esseri umani che vi intervengono. Se in teoria ciò può apparire superfluo, questa distinzione è di grande importanza quanto alle

tecniche, all'inquadramento, all'atteggiamento e agli obiettivi. Anche l'attenzione rivolta dallo psicologo ai fattori psicologici impliciti negli organismi e nelle tecniche della salute pubblica appartiene al campo della psicoigiene, perché in questo caso egli non considera l'obiettivo della salute pubblica (la malattia), ma gli organismi e la loro struttura, e il compito portato a termine nelle suddette istituzioni o in settori che ne fanno parte.

Oltre a cercare di chiarire la differenza che intercorre fra il lavoro svolto dallo psicologo nella salute pubblica e quello esercitato al di fuori di tale ambito (nella psicoigiene), dobbiamo anche sottolineare che egli non interviene soltanto nell'area dell'igiene mentale, ma in quella dell'igiene nella sua globalità, cioè al di fuori del problema delle malattie mentali. In nessuna delle sue attività lo psicologo può situarsi come ausiliario della medicina. Anche in tutto quello che concerne la malattia (mentale o meno), di cui è il medico ad avere la responsabilità e la direzione, lo psicologo opera in qualità di professionista appartenente a un'équipe, di assistente o consulente per i problemi psicologici, o di professionista indipendente che svolge qualcuno dei compiti a lui specifici, per i quali ha una precisa responsabilità professionale (gruppi di riabilitazione, gruppi familiari, terapia psicologica, ecc.)

In sintesi, la psicoigiene travalica il campo dell'igiene; quest'ultima è imperniata su tutto quanto riguarda la malattia (mentale o meno), e ad averne la responsabilità e la direzione fondamentale è il medico, con cui lo psicologo può collaborare in veste di professionista totalmente responsabile di quello che fa, del modo in cui lo fa, o di quello che smette di fare. La psicoigiene, invece, ha per oggetto la gestione delle risorse psicologiche per far fronte ai problemi attinenti alle condizioni e alle situazioni in cui si svolge la vita della comunità considerata in se stessa e non in riferimento alla malattia.

Uno sforzo interessante in tal senso è stato compiuto da un gruppo di psicologi messicani costituito da G. Cohen De Govia, P. Rivadeneyra Neyra, J. Fonseca, R. Avendaño, L. Carrizosa e J. Ballesteros Monroy, i quali nella rivista messicana "Higiene", della Società Messicana di Igiene, hanno pubblicato una serie di studi introducendo la denominazione di *psicologia sanitaria* per l'"azione volta all'applicazione della psicologia sociale come teoria, metodo e pratica per la focalizzazione dei problemi inerenti alla salute pubblica nella realtà psicologica". In un altro paragrafo affermano: "L'ambito teorico in cui opera la psicologia sanitaria permette di spiegare

che è la prospettiva multidimensionale dei modi di vita umani che si manifestano nel piccolo gruppo, all'interno del quale si producono relazioni specifiche conoscibili mediante il metodo psicosociale, a permettere un'azione integrale e unitaria diretta a favorire la socializzazione di persone e gruppi"

Il compito intrapreso e l'impostazione data ci sembrano apprezzabili e importanti, ma non siamo d'accordo sul termine di "psicologia sanitaria", che, in ogni caso, sarebbe giusto applicare soltanto al lavoro dello psicologo nella salute pubblica; preferiamo insistere sulla distinzione terminologica che abbiamo stabilito fra igiene mentale, psicoprofilassi e psicoigiene. D'altra parte, questi autori restringono la definizione riferendola all'azione all'interno di piccoli gruppi, mentre nella denominazione di psicoigiene dobbiamo includere anche - come aspetti non meno importanti - le istituzioni e la comunità. Le differenze da me segnalate fra il pensiero di questi autori ed il nostro non sono incolmabili, poiché i loro lavori sono animati dallo stesso spirito con cui sviluppiamo qui la nostra posizione.

#### Lo psicologo e la terapia

A parte la controversia attuale, e che potrebbe esistere anche in futuro, riguardo al problema dell'esercizio della psicoterapia da parte dello psicologo, il suo intervento nelle problematiche di carattere terapeutico abbraccia un campo più vasto di questo.

In quanto al primo di questi problemi, abbiamo più volte sostenuto che lo psicologo che abbia acquisito una preparazione sufficiente deve essere legalmente autorizzato all'esercizio della psicoterapia, nelle condizioni in cui questa potrà venire opportunamente regolamentata (ed è urgente farlo), fermo restando ad ogni modo che non si deve iniziare nessun trattamento psicoterapeutico senza tener conto dell'esame medico previamente compiuto e dell'indicazione che ne è derivata. Benché si tratti di un problema urgente, quello che l'esperienza ci mostra come ancora più impellente, attualmente, è la necessità di non effettuare nessuna diagnosi medica e nessun intervento terapeutico (chirurgico o meno) senza l'assistenza di uno psicologo fintanto che il medico non sia abilitato a farlo per proprio conto. Ed è evidente che l'insegnamento della medicina in molti dei nostri istituti universitari non contempla quest'esigenza neppure per i futuri medici.

Al di fuori della psicoterapia, intesa in termini tradizionali, lo psicologo può intervenire in una serie di problemi inerenti alla pratica medica, fra i quali i più urgenti sono, ad esempio: la preparazione emotiva dei pazienti che devono subire un intervento chirurgico, soprattutto se si tratta di un'operazione mutilante; nel caso di incidenti, per individuare e correggere tendenze suicide o autolesionistiche; in gruppi di epilettici, di diabetici, di obesi, di ipertesi, ecc., per i quali, anche se il trattamento a cui sono sottoposti è prevalentemente medico, lo psicologo può aiutare a modificare modelli di comportamento strettamente connessi con la malattia o con la sua terapia, come l'inibizione sociale dell'epilettico, le trasgressioni alla dieta dei diabetici e degli obesi, le abitudini di vita dell'iperteso; e in tutti questi casi lo psicologo può intervenire sia direttamente sui pazienti che sulle persone che vivono con loro.

### Punti focali per il trattamento e la prevenzione

Benché non corrisponda totalmente a quanto abbiamo fin qui esposto, riproduciamo il grafico di Blain (1), che mostra una classificazione della popolazione e delle unità istituzionali in relazione alla pianificazione nel campo della salute mentale. Secondo questo autore, gli sforzi della prevenzione primaria vengono applicati nelle fasce I, II e III, mentre le misure della prevenzione secondaria sono adottate nella fascia IV

*I. Fascia (Periodo prenatale e nascita).* Include tutta la popolazione nel periodo prenatale, ossia tutti i bambini in gestazione, fino al momento della nascita, comprendendo le eredità genetiche, lo sviluppo fetale e le reazioni al parto. Si estende anche a tutti i neonati che nella maggior parte dei casi sono sani, ma hanno subito lievi alterazioni di carattere genetico o traumi alla nascita.

*II. Fascia (Vita normale).* Comprende tutti i soggetti della Zona I che crescono ed esplicano normalmente le loro funzioni nell'ambiente sociale

(1) BLAIN D., *The organization of psychiatry in the United States*, in "American Handbook of Psychiatry", cap. 100, a cura di S. Arieti, Basic Books, New York, 1959.

durante la prima e la seconda infanzia, l'adolescenza, la vita adulta, la mezza età (maturità) e la vecchiaia. Essi agiscono sotto l'influsso dell'alimentazione, del clima, dell'ambiente familiare, scolastico, religioso e di lavoro. Il corso del loro sviluppo è relativamente soddisfacente, e nella maggioranza dei casi si destreggiano fra gli alti e bassi della vita senza la necessità di un aiuto esterno. Rimangono nella II fascia, eccetto quando hanno bisogno di aiuto per soddisfare particolare esigenze.

*III. Fascia (Area di problemi).* Raggruppa le persone che si trovano in una situazione particolare, che ricorrono agli enti pubblici creati dalla società per la loro protezione e il loro adattamento. In questa fascia troviamo gli istituti per la salute, l'educazione e il benessere; i medici di famiglia, gli ospedali, gli istituti di pubblica assistenza, le organizzazioni specializzate per bambini invalidi, gli orfanotrofi, le case per anziani, le infermiere a domicilio, gli insegnanti delle classi differenziali, i poliziotti, i tribunali, ecc. Qui troviamo anche persone che hanno attraversato un periodo di *stress* con i conseguenti problemi emotivi, che sono di carattere secondario se i loro particolari bisogni possono venire individuati. Una volta eliminato lo *stress*, possono ritornare nella II fascia.

*IV Fascia (Malattia mentale).* Comprende tutti i malati mentali e coloro che presentano disturbi di origine sconosciuta o che hanno sviluppato risposte emotive di tale entità a situazioni di *stress* da non poter essere curati né nella II né nella III fascia. Necessitano di servizi clinici (consultazioni, diagnosi e trattamenti).

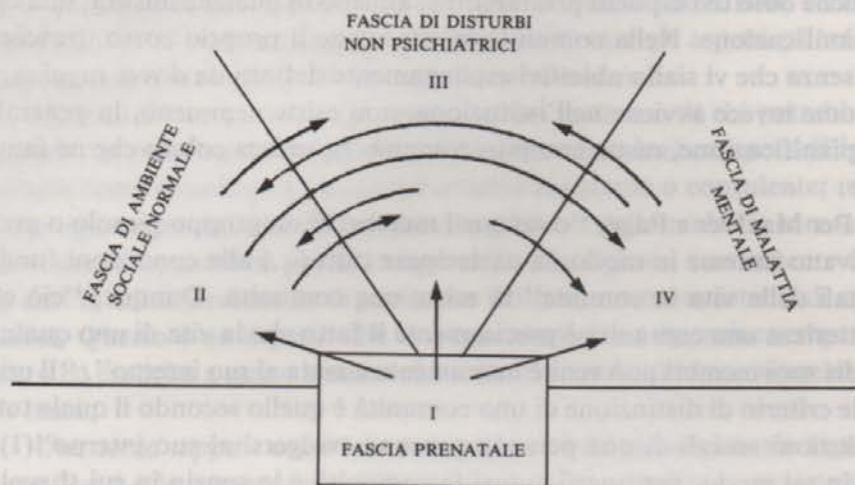
### Comunità

Una comunità viene definita come un gruppo di persone che vivono insieme, in uno stesso luogo, legati da determinati vincoli e funzioni, o inseriti in un'organizzazione comune. Ciò significa che nel concetto di comunità intervengono due caratteristiche fondamentali: quella geografica e quella funzionale. La prima si riferisce a un dato spazio in cui si svolge la vita degli esseri umani; la seconda riguarda gli aspetti che le conferiscono un certo grado di coesione, di interrelazione, di unità. Una comunità si differenzia da un'istituzione per il fatto che in quest'ultima, malgrado presenti la caratteristica della limitazione dello spazio geografico, gli esseri umani non

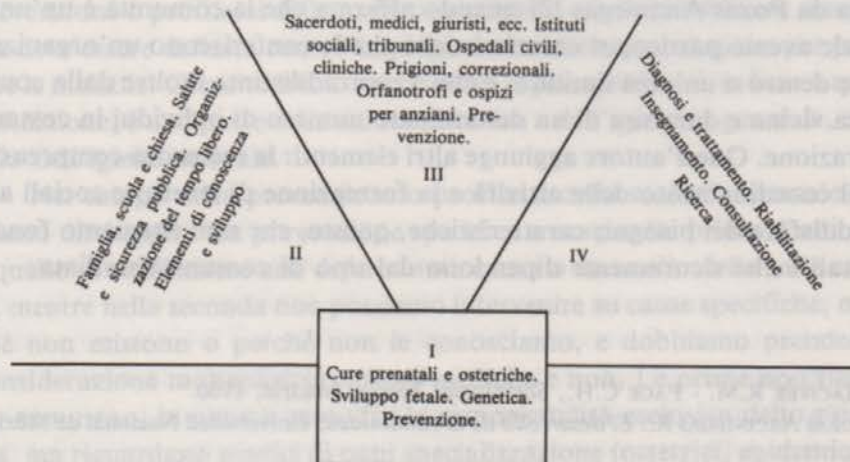


## DIAGRAMMA DI D. BLAIN

### CLASSIFICAZIONE PER FASCE: POPOLAZIONE



### CLASSIFICAZIONE PER FASCE: SERVIZI



trascorrono la loro vita, ma svolgono soltanto una funzione nell'ambito di essa: nell'istituzione gli individui esercitano funzioni e compiti che li uniscono, stabilendo norme e legami di ogni tipo. D'altra parte, l'istituzione ha anche obiettivi espliciti prestabiliti e, almeno in qualche misura, una certa pianificazione. Nella comunità la vita segue il proprio corso, trascorre cioè senza che vi siano obiettivi esplicitamente definiti da dover raggiungere, come invece avviene nell'istituzione; non esiste nemmeno, in generale, una pianificazione, né un compito comune che unisca coloro che ne fanno parte.

Per MacIver e Page, "ovunque i membri di un gruppo piccolo o grande vivano insieme in modo da partecipare tutti (...) alle condizioni fondamentali della vita in comune" là esiste una comunità. Dunque, "ciò che caratterizza una comunità è precisamente il fatto che la vita di uno qualunque dei suoi membri può venire interamente vissuta al suo interno" "Il principale criterio di distinzione di una comunità è quello secondo il quale tutte le relazioni sociali di una persona possono svolgersi al suo interno"(1).

In tal modo, per questi autori la comunità è lo spazio in cui si svolge la vita di una società caratterizzato dall'esistenza di un certo grado di coesione sociale. La situazione geografica o lo spazio vitale non sono sufficienti, in se stessi, a creare una comunità; in questa il grado di coesione, il sentimento comunitario, possono anche mancare, e MacIver studia i fattori che include nel concetto di sentimento comunitario e i tratti che lo caratterizzano. Con ogni probabilità, la definizione più semplice ed esatta è quella proposta da Pozas Arciniegas (2) quando afferma che la comunità è un'unità sociale avente particolari caratteristiche che le conferiscono un'organizzazione dentro a un'area limitata, e che è contraddistinta inoltre dalla convivenza vicina e duratura di un determinato numero di individui in costante interazione. Quest'autore aggiunge altri elementi: la reciproca comprensione, il coordinamento delle attività e la formazione di strutture sociali atte a soddisfare dei bisogni; caratteristiche, queste, che non riteniamo fondamentali e che sicuramente dipendono dal tipo di comunità studiata.

(1) MACIVER R.M. PAGE C.H., *Sociología*, Tecros, Madrid, 1960.

(2) POZAS ARCINIEGAS R.: *El desarrollo de la comunidad*, Universidad Nacional de México, 1964.

Bisogna tenere presente che anche la delimitazione di una comunità è sempre un fatto relativo e dipende da numerosi fattori, dato che l'estensione dell'area territoriale e l'entità della popolazione a cui si applica il concetto di comunità, e che vengono assunte come unità, possono essere molto variabili: possiamo infatti denominare "comunità" una parte di una città o diverse sue parti fra le quali esista un qualche nesso, un'intera città, un'intera regione, una comunità nazionale o una comunità internazionale. Benché questo sia un concetto piuttosto relativo, risulta utilissimo, in quanto permette di lavorare con unità tecnicamente più accessibili dal punto di vista psicologico. Non dobbiamo dimenticare che una comunità è soltanto una parte di una società globale, e noi non possediamo ancora le risorse tecniche sufficienti per poter studiare in maniera relativamente rigorosa la psicologia di un'intera società, mentre possiamo tentare di farlo nel caso di una comunità.

### Obiettivi

Sebbene i nostri obiettivi siano quelli della psicoigiene, ci troviamo in una fase in cui abbiamo ancora molto bisogno della ricerca, ed è questo il fine essenziale a cui dobbiamo tendere ora, dato che le nostre conoscenze psicologiche sulla comunità sono totalmente insufficienti, e lo stesso potremmo dire dei nostri strumenti di lavoro; comunque sia, questo è il compito che dobbiamo intraprendere, con tutti i rischi di errori e di confusioni che ogni indagine implica. Intendiamo, con ciò, sottolineare in particolare che desidereremmo saperci del tutto liberi da propositi come quello di ottenere il cambiamento, lo sviluppo o il progresso di una comunità. In realtà, il movimento spontaneo di una comunità ha più "saggezza" di tutte le conoscenze che possediamo attualmente per tentare di raggiungere questi obiettivi messi a fuoco da un'angolazione psicologica.

Ritengo che, per il momento, l'accesso dello psicologo a una comunità debba avere come fine lo studio della sua struttura, della sua organizzazione, dei suoi problemi, del suo modo di vita, delle norme che la reggono, dei suoi bisogni e della maniera per soddisfarli.

L'obiettivo fondamentale della nostra ricerca, cioè lo studio di una comunità con propositi o finalità di psicoigiene di più vasta portata, ci obbliga a fornire per tale analisi delle disposizioni assolutamente chiare, dato che

queste costituiscono l'inquadramento del nostro compito, ossia le costanti con le quali dobbiamo lavorare. Già sappiamo, ad ogni modo, che non potremo mai realizzare una ricerca libera da presupposti, da finalità o da obiettivi, ma il fatto importante di questa impostazione è che man mano che ci addentriamo nello studio della comunità prendiamo coscienza di obiettivi o fini impliciti, che di fatto esistono, ma senza che ne siamo, del tutto o in parte, consapevoli. Vogliamo saperci liberi dall'urgenza di ottenere benefici immediati o miglioramenti e cambiamenti all'interno della comunità, perché questa urgenza di risultati pratici ci allontana dalla possibilità di soddisfare il nostro bisogno di conoscenze scientifiche, per lo meno ora, dato il grado della nostra attuale ignoranza.

Comunque sia, il nostro studio non è nemmeno una raccolta passiva di dati, poiché anche qui - così come abbiamo proposto di fare per la psicologia istituzionale - lavoriamo con il metodo clinico e, in accordo con esso, nella misura in cui comprendiamo determinati livelli o situazioni della comunità, cerchiamo di fare sí che questa prenda coscienza o conoscenza dei suoi problemi, e di evidenziare le fughe o le negazioni di fronte ai problemi reali. Quello che ci interessa è favorire la comprensione dei problemi e degli obiettivi che sono già operanti in seno alla comunità e, soprattutto, aiutare i suoi membri a prendere coscienza delle loro attitudini e delle loro potenzialità come esseri umani.

Se esaminiamo qualcuna delle pubblicazioni più comuni sul lavoro comunitario ci imbattiamo spesso in certe correnti messianiche o "salvatrici" che, in fondo, non fanno altro, in molti casi, che spezzare l'organizzazione e la dinamica di una comunità, introducendo in quest'ultima modelli o interessi che legittimamente non le appartengono, allo scopo di soddisfare determinate esigenze che non vanno direttamente a suo vantaggio o che non rispettano lo sviluppo che le è peculiare.

È importante segnalare la relazione fra il lavoro dello psicologo nella comunità e l'assistenza sociale, e anche il suo rapporto con quelli che vengono denominati servizi per la comunità; a tale riguardo, le differenze con quanto abbiamo esposto sono facilmente avvertibili se riportiamo alcuni dei principali concetti relativi a queste discipline. S. V. Sierra, in *Introducción*

(1) Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1963.

a la *Asistencia Social* (1), afferma: "In accordo con l'impostazione terminologica che abbiamo appena dato, l'assistenza sociale deve essere definita come la disciplina o la scienza normativa che si occupa di stabilire i principi, le norme e le procedure per aiutare gli individui, i gruppi e le comunità a risolvere i loro problemi e le loro difficoltà. L'assistenza sociale è soprattutto *indagine e riflessione* sui fatti, ma non a scopo di pura 'conoscenza' (scienza pura), bensì con l'intento fondamentale di 'fare', *applicando* tali conoscenze alle situazioni reali che costituiscono il suo principio e il suo fine (scienza normativa)". Questa autrice riporta una definizione di padre Swithum Bowers, direttore della Scuola di Benessere Sociale dell'Università di Ottawa, che descrive l'assistenza sociale come la "disciplina professionale che applica clinicamente la conoscenza dei rapporti umani per mezzo di una pratica perfezionata in materia di relazioni interpersonali, individuali o di gruppo, al fine di ottenere un adattamento sociale più soddisfacente". La commissione di esperti delle Nazioni Unite definisce il servizio sociale come una "attività organizzata che ha per oggetto di contribuire a un reciproco adattamento fra l'individuo e il suo ambiente sociale" e "questo obiettivo si raggiunge mediante l'impiego di tecniche e metodi destinati a far sì che gli individui, i gruppi e le comunità possano soddisfare i loro bisogni e risolvere i loro problemi di adattamento a un tipo di società che è soggetta a un processo di evoluzione, e per mezzo di un'azione di cooperazione volta al miglioramento delle condizioni economiche e sociali"

M.H. de Bousquet, in *Le Service Social* (1), cita la definizione data da Mary Richmond, fondatrice della prima scuola di assistenza sociale negli Stati Uniti, la quale afferma che il servizio sociale è "l'arte di fare diverse cose per diverse persone, con il concorso di queste, cooperando con loro, per riuscire a migliorare nel contempo la loro situazione e quella della società (...) Il servizio sociale desidera servire gli uomini nella loro pienezza di esseri umani e a tal fine ricerca i metodi atti a sviluppare il senso di responsabilità, favorendo la reintegrazione consapevole e individuale degli uomini fra loro e nel loro ambiente sociale" L'autrice del libro mette in rilievo che nelle definizioni di assistenza sociale si trovano due nozioni fondamentali, quella di equilibrio e sviluppo dell'individuo e quella di aggiustamen-

(1) Presses Universitaires de France, Parigi, 1965.

to, cioè di adattamento, che sono intimamente connesse. In questo senso la principale differenza fra il servizio sociale e il lavoro dello psicologo nella comunità sta nel fatto che quest'ultimo si propone essenzialmente di indagare la dinamica psicologica di una comunità nelle situazioni concrete e reali in cui si svolge la vita, e si limita ad intervenire quando si tratta di chiarire i problemi, operando come assistente o consulente, aiutando ad acquisire un certo insight riguardo alle situazioni e agendo esclusivamente attraverso procedimenti e tecniche psicologici.

I servizi per la comunità sono organismi molto più eterogenei, che operano assai più sulla base di un certo proselitismo che di una sistematizzazione scientifica sia dell'indagine che del compito. Secondo una delle definizioni di "servizio per la comunità" questo consisterebbe in "un'attività pianificata, approvata dai membri e organizzata in modo da fornire alla comunità un servizio sanitario, ricreativo, educativo o culturale. L'organizzazione presuppone una certa responsabilità amministrativa, finanziaria e generalmente volontaria" (A.I.H. Trecker) (1). Questo libro riporta anche gli esempi di diverse organizzazioni e dei loro obiettivi, e il citarne qualcuno è sufficiente a mettere in luce le differenze fra questo tipo di servizio e il lavoro dello psicologo nella comunità. Così, un ex presidente della sezione nazionale delle attività di servizio per la comunità della Legione Americana di Ausilio dice: "La parola 'servizio' ha molteplici significati. Può indicare un comportamento che contribuisce al bene altrui (la realizzazione di un lavoro per il beneficio di altri), un qualunque risultato di un compito che possa produrre o meno un bene tangibile, oppure può comportare, spiritualmente, un servizio assimilabile a quello delle opere di bontà e di amore (...). La Legione Americana di Ausilio non potrebbe proporsi un fine migliore che quello di prestare un servizio illimitato a tutti e ad ognuno"

Un'altra organizzazione, il Club degli Ottimisti, afferma: "la Confraternita degli Ottimisti si identifica intimamente con l'idea di servire le comunità; le Sorelle Ottimiste vengono riconosciute come donne disposte a sacrificarsi per soddisfare i bisogni delle comunità. Come appare evidente, il servizio è il vincolo che unisce più strettamente le Sorelle Ottimiste di ogni parte".

(1) TRECKER A.I.H., *Manual de proyectos de servicio de comunidad*, Omeba, Buenos Aires, 1964.

Un altro organismo, la Camera Giovanile del Commercio, che è la maggiore organizzazione mondiale di uomini giovani e conta più di duecentomila membri, offre una guida in questioni civiche a più di tremilasettecento comunità del paese. Citeremo le loro stesse parole: "I solleciti ed entusiasti membri della Camera Giovanile sono spesso chiamati 'candele di automobile' Nei processi di avanzamento delle comunità sono questi gli uomini che riescono a far sì che il popolo e le risorse collaborino per il miglioramento della comunità. Con la loro fede e la loro volontà di lavorare accendono la scintilla che provoca l'azione necessaria perché le cose funzionino (...). In ultima analisi, il reale miglioramento di una comunità deve essere opera di cittadini consapevoli, interessati e attivi"

Nel libro di Trecker è contenuto l'elenco dei vari tipi di progetti a carico dei servizi per la comunità; si tratta di organizzazioni che hanno la facoltà di raccogliere denaro per consegnarlo a singoli o ad agenzie autorizzate a distribuirlo e utilizzarlo con fini specifici o generali; i membri di tali organizzazioni hanno la possibilità di prestare servizi volontari ad agenzie e istituzioni; i mezzi, le attrezzature, le provvigioni o altri beni possono essere forniti a singoli o a gruppi per aiutarli a cominciare o a continuare la loro attività; e le *combinazioni* di questi sforzi possono svilupparsi in modo da adattarsi a condizioni e a circostanze variabili.

D. González, in *Proceso del Servicio Social de comunidad* (1), dice che il Servizio Sociale nelle comunità è attualmente conosciuto sotto il nome di "organizzazione e sviluppo della comunità" In un rapporto delle Nazioni Unite riguardante questo tema, si afferma: "L'espressione *sviluppo della comunità* è entrata nell'uso internazionale a designare quei processi in virtù dei quali gli sforzi di una popolazione si sommano a quelli del suo governo per migliorare le condizioni economiche, sociali e culturali delle comunità, inserire queste ultime nella vita del paese e permettere loro di contribuire pienamente al progresso nazionale. In questo insieme di processi intervengono, pertanto, due elementi essenziali: la partecipazione della popolazione agli sforzi per migliorare il suo livello di vita, che dipende per quanto possibile dalla sua stessa iniziativa, e un'offerta di servizi tecnici e di altro

(1) Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1963.

genere effettuata in maniera tale da stimolare l'iniziativa, lo sforzo individuale e l'aiuto reciproco, e da aumentare la loro efficacia. Lo sviluppo della comunità trova la sua espressione nei programmi volti ad ottenere una grande varietà di miglioramenti concreti"

In questo senso, nel libro di C.F. Ware, *Organización de la Comunidad para el Bienestar Social* (Unión Panamericana, Washington) si parla molto più frequentemente di "servizio sociale" che di "organizzazione della comunità", giacché questa autrice afferma che "i principi di qualsiasi tipo di servizio sociale sono basati sul concetto fondamentale della dignità dell'essere umano, in qualunque circostanza, e sulla sua capacità di rendersi responsabile delle proprie decisioni e della propria condotta. Si fondano anche sul concetto cristiano e democratico del rispetto per l'individuo a cui si deve dare la possibilità di sviluppare la propria personalità e i propri talenti. Si presume che sia attraverso una vita responsabile che l'individuo raggiunge il suo sviluppo potenziale"

Questa autrice è molto più chiara ancora sulle implicazioni politiche di tali atteggiamenti e obiettivi, quando a pagina 5 dello stesso libro dice: "Inoltre, i membri della professione del servizio sociale e altri leader sanno che se il popolo non riceve aiuto professionale per risolvere i suoi problemi in modo costruttivo esiste il grave pericolo che individui ambiziosi utilizzino l'inquietudine popolare per i loro fini personali, o che un popolo frustrato si trasformi in un popolo disordinato"

Anche se l'assistenza sociale e l'organizzazione della comunità non sempre sono così nettamente sovrapposte, quello che ci interessa comunque sottolineare sono le differenze che intercorrono fra queste attività e professioni e il lavoro e le funzioni dello psicologo nell'ambito della comunità (1). Perché questo punto risulti ancora più comprensibile faremo una breve sintesi delle disposizioni che abbiamo adottato per un lavoro di psicoigiene in una comunità, organizzato come attività pratica per gli studenti del corso di Igiene mentale.

Queste disposizioni sono state discusse, commentate e assimilate da tutti i membri della cattedra, come pure dagli allievi, e costituiscono una parte

(1) È utile, in questo senso, il libro di T.R. Batten, *Las comunidades y su desarrollo*, F.C.E., Messico, 1964.



importante del compito (il suo inquadramento), cosicché ogni qualvolta non sono state rigorosamente rispettate si è analizzata tale trasgressione come un difetto tecnico, cercando inoltre di descriverne le conseguenze (1). Citeremo alcune disposizioni che riteniamo di capitale importanza.

*In primo luogo*, abbiamo bisogno dell'autorizzazione delle autorità della comunità e non dobbiamo assolutamente cercare di nascondere i nostri obiettivi o assumerci incarichi che non potremmo portare a termine. Questa richiesta di autorizzazione è già di per sé un compito fondamentale, assolvendo il quale raccogliamo dati di estrema importanza e chiariamo via via non soltanto quelli che sono i nostri obiettivi, ma anche la funzione delle autorità interpellate; la nostra istanza inoltre induce queste ultime a prendere coscienza della possibilità di agire attivamente come esseri umani. L'autorizzazione che si deve prospettare e richiedere avrà comunque un carattere precario, nel senso che le autorità avranno la facoltà di revocarla o limitarla.

*Un secondo aspetto* che abbiamo considerato di grande rilevanza è quello della lealtà e dell'impegno a mantenere e a rispettare la privacy, ossia a non trasferire dati da un gruppo all'altro e a trattare unicamente le situazioni presenti che si verificano in un momento determinato. *In terzo luogo*, benché sia implicito in quanto abbiamo precedentemente osservato, ricordiamo che un'altra delle condizioni fondamentali è la veridicità, e con questo intendiamo dire che non dobbiamo incorrere mai in simulazioni o menzogne né andare al di là di quello che realmente desideriamo o ci proponiamo.

*Un'altra regola* molto importante - che non è stato facile osservare - è quella di non incoraggiare la dipendenza o, in altri termini, di non diventare un'associazione di beneficenza, nel senso che non ci compete fare per la comunità cose che non rientrano nella nostra funzione di psicologi, nei nostri metodi e nelle nostre tecniche. Non incoraggiare la dipendenza signi-

(1) Per tutte le attività svolte nell'ambito della Cattedra, sia per la sua organizzazione che per la discussione e la puntualizzazione dei nuovi problemi a cui dovevamo far fronte e per la realizzazione dei lavori pratici, ho contato sulla valida collaborazione del mio assistente, il dr. Abraam Sonis, del dr. Armando Bauleo, direttore dei lavori pratici, e degli assistenti Diana María Averbuj, Teresa Calvo, María Rosa Glasserman, Estela Noemi Daichman de Schujman, Fanny Levinton de Baranchuk e Nidia Dora Neira Mangano e dei loro viceassistenti, Beatriz Adela Castillo, Rebeca Cohen, Reina Cheja, Ana María Lopez Day e Nora Raquel Cuchuk.

fica, implicitamente, incrementare l'indipendenza della comunità e dei suoi membri, operando esclusivamente come assistenti e lasciando alla comunità la facoltà di seguire o meno i nostri chiarimenti e le nostre interpretazioni.

*Una norma da tenere presente* insieme alle precedenti è quella secondo la quale l'équipe di psicologi non deve agire in nessun caso per conto proprio, cioè diventare un organismo autonomo che opera liberamente, anche se a beneficio della comunità. Noi dobbiamo soltanto fornire la nostra assistenza, e sta alla comunità assimilarla o meno.

*Un'altra disposizione* ci impone di impegnarci a non pubblicare nessun rapporto che non sia stato previamente visto, discusso e approvato dalle persone coinvolte in tale studio o, per lo meno, dalle autorità della comunità. Con queste direttive si raggiunge anche lo scopo di non favorire partitismi di nessuna natura, qualunque sia l'accezione che questo termine può avere.

Con la nostra metodologia e le nostre tecniche ci proponiamo anche di non "psicologizzare" la comunità, vale a dire di non spingerla ad apprendere e a utilizzare termini psicologici, ma, al contrario, di far sì che il suo contatto con gli psicologi possa costituire un'esperienza di apprendimento e, in qualche modo, di *insight*. Dobbiamo evitare in tutti i modi di introdurre modelli che corrispondano alle nostre modalità di vita, e cercare invece di comprendere i modelli degli altri, in questo caso quelli della comunità. In base alla nostra esperienza i membri della comunità si dispongono ad ascoltare le lezioni di psicologia come se si trattasse di una divulgazione di conoscenze, ma questa è una tentazione in cui bisogna cercare di non cadere, che si giustifica con il fatto che, così facendo, il compito ne risulterebbe semplificato (e sarebbe pure una tergiversazione).

I primi contatti stabiliti con la comunità hanno comportato la necessità di sopprimere e modificare una grandissima quantità di pregiudizi, come quello secondo il quale si presume che a noi interessi in modo particolare la gente malata, oppure che abbiamo scelto una determinata comunità perché è malata o più malata di altre, o perché presenta un numero maggiore di problemi legati alla delinquenza, alla prostituzione o a qualunque altro "vizio"

## La comunità tipo

La tipologia più frequente, o meglio i termini che vediamo più comunemente applicati per definire o caratterizzare una comunità sono quelli di integrazione e di disintegrazione, e nella bibliografia compare spesso la relazione fra lo sviluppo economico, sociale e tecnologico e la soppressione di antichi modelli e norme, cosa che segna il passaggio di una comunità da integrata a disintegrata.

In base a una classificazione fatta da Redfield, fondata sulla distinzione che aveva introdotto Tonnies fra comunità e società, si possono individuare una società di tipo contadino e una società urbana.

Le caratteristiche di una comunità *folk* sono quelle di un'organizzazione molto arcaica: piccola, isolata, analfabeta, con un profondo senso della solidarietà di gruppo, e una produzione di tipo primitivo, destinata fondamentalmente all'autoconsumo. In essa gli individui sono molto simili e la mobilità è limitata o nulla, le norme o i valori sono ben consolidati e vi è un forte sentimento di appartenenza. È il tipo di comunità primitiva, che ha dato luogo nel corso del suo sviluppo alla nostra attuale società urbana, sulle cui caratteristiche si sono soffermati molti autori, ponendo l'accento sulla disgregazione, la sconnessione, l'individualismo, la forte mobilità, la scomparsa del sentimento di appartenenza, le nuove forme di organizzazione e la formazione di sottogruppi.

L'intero processo è legato allo sviluppo economico e tecnologico e nel libro di Scott e Lynton (1) pubblicato dall'Unesco si può trovare una sintesi esauriente di questo tema, che è evidentemente connesso con il concetto di anomia di Durkheim o con quello di alienazione di Marx.

Anche senza voler scindere il tipo di comunità dall'organizzazione dei suoi mezzi di produzione e dallo sviluppo tecnologico, abbiamo giudicato queste classificazioni soddisfacenti come punto di partenza, ma del tutto insufficienti per giungere a una categorizzazione delle complesse condizioni che osserviamo in ogni comunità e specialmente in quella che abbiamo studiato. Queste lacune dei sistemi di classificazione appaiono molto evidenti

(1) SCOTT J. - LYNTON R.P., *Le progrès technique et l'intégration sociale*, Unesco, 1953.

a tutti, persino agli autori che li hanno proposti, ma costituiscono in ogni caso dei punti di partenza che dovremo perfezionare ulteriormente. D'altra parte, non solo esiste continuità fra questi diversi tipi di organizzazione della comunità, ma essi possono anche coesistere nella stessa comunità come strutture sovrapposte.

Noi abbiamo preferito, considerandolo più conveniente e più corretto, presupporre la coesistenza di tre tipi di strutture nella stessa comunità e caratterizzare quest'ultima non soltanto in base al grado di predominio di una delle tre, ma anche all'interrelazione dinamica che queste hanno acquisito od hanno in una medesima comunità. Per fare ciò ci siamo basati sulla nostra stessa esperienza di studio della comunità, ma anche su quello che già sapevamo grazie alle indagini condotte su gruppi e istituzioni.

Non credo che in questo caso si tratti di una trasposizione da un ambito all'altro, cioè di una sovrapposizione o di un tentativo di comprendere la struttura della comunità mediante categorie che corrispondono ai gruppi, agli individui o alle istituzioni. Al contrario, ritengo che non vi sia alcuna trasposizione, ossia che i quattro ambiti esaminati costituiscano un solo fenomeno e non abbiano fra di loro rapporti di interazione o di natura causali, ma presentino un'unità strutturale e, di conseguenza, le stesse organizzazioni e le stesse strutture, dal momento che non sono quattro fenomeni distinti, bensì un'unica struttura che noi abbiamo diviso o frammentato, non soltanto nelle nostre categorie scientifiche, ma nelle nostre stesse modalità di vita (1).

Credo che convenga lavorare con tre categorie di analisi e che spesso si sovrapponga erroneamente il concetto di comunità di tipo contadino a quello di comunità integrata. *Noi proponiamo di distinguere fra coesione, dissociazione e integrazione.* Dal punto di vista storico, la nostra società alienata o disintegrata proviene da una comunità coesiva; quest'ultima corrisponde alla società *folk* di Redfield, mentre la seconda corrisponde alle nostre attuali società industrializzate. La differenza fondamentale fra l'una e l'altra sta nel fatto che nella prima l'identità è di gruppo e comunitaria, mentre

(1) Di questo problema penso di occuparmi in altra sede, in un libro che tratterà delle relazioni fra alienazione, psicologia e psicopatologia, realizzato a seguito di un corso con lo stesso titolo, tenuto nella Scuola Privata di Psichiatria Sociale nel secondo semestre del 1965.

nella seconda si è sviluppata l'individualità. La comunità integrata è quella in cui si è raggiunta da poco la personificazione, che consiste ancora, in gran parte, in un'aspirazione e non in una conquista ormai effettiva.

Sebbene queste tre categorie di analisi possano essere applicate allo sviluppo storico delle comunità, e servano a caratterizzare ogni comunità nella sua totalità, è altrettanto vero che costituiscono una tipologia in qualche modo forzata, perché non vi è nessuna comunità che corrisponda completamente ad uno di questi tre tipi. Anzi, in realtà avviene - lo abbiamo constatato - che queste tre organizzazioni coesistano sia nella comunità che nelle istituzioni, nei gruppi e nello stesso individuo, e quello che ci interessa in una data comunità è riuscire a individuare quali livelli, quali organizzazioni, sottogruppi o classi sociali funzionino con caratteristiche di coesione, di disintegrazione o di integrazione. Un altro aspetto interessante o importante nell'analisi di una comunità è la possibilità di individuare e comprendere le interrelazioni fra questi tipi diversi di sottostrutture. Non possiamo continuare a sviluppare qui questa teoria che proponiamo per l'analisi della comunità, perché trascende, va oltre la comunità stessa, e abbraccia sia il processo alienante che l'unità strutturale dei quattro ambiti, e non soltanto la struttura della comunità. Questo è il tema che intendiamo trattare nella nuova pubblicazione che abbiamo annunciato, nella quale cercheremo di sviluppare e precisare in modo più rigoroso tali concetti.

Coesione, disintegrazione e integrazione sono tre tipi di strutture che troviamo sia nell'organizzazione della personalità che in quella dei gruppi, delle istituzioni e della comunità, e certamente abbiamo bisogno di tutte e tre per mantenere uno sviluppo abbastanza equilibrato o, per lo meno, non totalmente caotico. Un aspetto importante e che vogliamo sottolineare riguarda il fatto che le strutture relativamente integrate e quelle disintegrate (nei quattro ambiti) si trovano fortemente sfasate o separate rispetto alle strutture di coesione, cosa che ci ha permesso di studiare e comprendere meglio la comunità da un punto di vista psicologico (1).

(1) Sulla comunità studiata e le conclusioni cui si è giunti pubblicheremo un ulteriore rapporto.

#### 1.4. GRUPPO FAMILIARE E PSICOIGIENE

In ogni programma di igiene mentale e di psicoigiene la famiglia occupa un posto chiave, sia come istituzione sociale che come gruppo. Voglio includere ora, in questo tema così vasto, alcune considerazioni relative alla struttura e alla dinamica del gruppo familiare.

Una fondamentale tesi implicita su cui poggia questa esposizione è quella secondo la quale la motivazione e l'eziologia non possono essere considerate come fattori, nel senso elementarista in cui si procede nelle scienze naturali e per buona parte ancora nella psicologia; i disturbi mentali sono momenti esagerati, isolati e stereotipati della dinamica familiare, del movimento, del corso dello sviluppo e della trasformazione del gruppo nel suo complesso, e quello che si è sempre ritenuto uno studio delle motivazioni o dell'eziologia intesi come fattori non costituisce nient'altro che una caratterizzazione e un isolamento di momenti più significativi dell'insieme della dinamica del gruppo familiare. Accetto anche come assolutamente corretta, per il mio obiettivo, la distinzione che ha stabilito Cooley fra gruppi primari e gruppi secondari, ipotizzando inoltre che la differenza fra l'uno e l'altro tipo stia nei meccanismi di proiezione in gioco e nei risultati di tale proiezione. Nei gruppi secondari, questa è una proiezione discriminata di oggetti interni o di parti dell'Io, mentre il gruppo familiare (gruppo primario) è caratterizzato - oltre che da quanto ha stabilito Cooley stesso - dal fatto che i meccanismi di proiezione si instaurano con caratteristiche *massive* e che l'identificazione derivante da queste proiezioni massive è tale da far funzionare il gruppo primario, la famiglia nel caso specifico, a un livello di organizzazione che gli psicologi, e fra essi Wallon, hanno definito *sincretismo primitivo*. La caratterizzazione fondamentale di questa *identificazione proiettiva massiva, incrociata e molteplice* fra i membri del gruppo familiare configura quello che chiamiamo *gruppo di partecipazione*. Ho preso

dall'antropologia quest'ultimo concetto, così come lo formula essenzialmente Lévy-Bruhl, intendendo che la partecipazione implica che l'identità possa essere soltanto di gruppo. In altri termini, e in accordo con indagini realizzate con il metodo della psicoanalisi clinica, diciamo che la famiglia è caratterizzata fondamentalmente dall'instaurarsi di *una simbiosi* e che in essa interviene, si concentra, *la parte psicotica della personalità* di tutti i suoi membri.

Per parte psicotica della personalità intendiamo quella parte della personalità che è rimasta ai livelli più immaturi e regressivi, contraddistinti principalmente da una *manca di discriminazione* fra Io e non Io, fra oggetto interno e depositario; in tal modo, la simbiosi è il fenomeno clinico peculiare del gruppo familiare; il sincretismo è uno dei suoi attributi, mentre la partecipazione è il fenomeno dinamico fondamentale o "meccanismo" attraverso il quale si stabilisce o si mantiene il sincretismo della simbiosi familiare.

La dinamica del gruppo familiare è caratterizzata dal fatto che la famiglia è il ricettacolo, il depositario della parte meno differenziata, meno discriminata della personalità, e i tratti della cultura contemporanea derivano sia da questo fattore che da una profonda dissociazione concomitante fra l'intra e l'extragruppo familiare; in tal modo, è possibile che in quest'ultimo (grazie al primo fenomeno già segnalato) un soggetto agisca con la parte più adattata, più discriminata, più evoluta della sua personalità.

In sintesi, possiamo dire che nel gruppo secondario vi è *interazione* (proiezione-introiezione) e si agisce in funzione di reciproche e discriminate interiorizzazioni; si tratta di persone che formano un gruppo. In quello primario è il gruppo stesso che, nel migliore dei casi, formerà delle persone. In esso non vi è interazione bensì *partecipazione*: l'identificazione proiettiva è massiva e il gruppo costituisce un unico sistema; non vi è proiezione-introiezione, ma soltanto identificazione proiettiva, nella quale ogni membro è solo parte di una totalità e non configura in se stesso un tutto né un'unità psicologica. Come vedremo, l'instaurarsi dell'introeiezione-proiezione denota un progresso nell'individualizzazione. Un gruppo familiare sano è quello in cui si svolge quest'ultimo processo (di discriminazione, differenziazione e personificazione). Dobbiamo tener conto che i due sistemi (interazione e partecipazione) coesistono, potendo alternarsi in momenti diversi, e che la nostra esposizione è resa schematica per semplificare.

I disturbi (normali o anomali) non dipendono solo dalla dinamica dell'intragruppo familiare, ma anche da quella dell'extragruppo e dalle relazioni fra i due. Esistono turbamenti o disturbi della famiglia che appaiono come una conseguenza della dinamica intrinseca dell'intragruppo, come nel caso di cambiamenti dovuti a cause diverse, fra cui la morte di uno dei suoi membri, l'allontanamento, il matrimonio, la nascita di nuovi membri, eccetera. Ma dobbiamo anche considerare che un mutamento nell'extragruppo, un cambiamento che abbia luogo nella parte più discriminata e nel settore più maturo dell'attività della personalità può far sì che il disturbo non compaia là dove inizialmente si è originato, ma all'interno del gruppo familiare.

Voglio soffermarmi anche, prima di proseguire, su altre caratteristiche fondamentali del gruppo simbiotico (gruppo familiare). Oltre a quelle descritte da Cooley - rapporto faccia a faccia, rapporto profondamente emotivo, eccetera - la simbiosi del gruppo familiare può assumere due forme essenziali ed estreme. Essa è, in se stessa, una struttura che resiste molto bene ai cambiamenti dell'intragruppo e dell'extragruppo; vi si producono *polarizzazioni estreme* che sostituiscono la vera divisione schizoide così come fu studiata dalla scuola di Melanie Klein e dai suoi allievi Bion e Rosenfeld. Il tipo più primitivo di relazione simbiotica nel gruppo familiare è rappresentato da quello che abbiamo chiamato *gruppo agglutinato*. Su questo punto concordiamo con alcune vecchie indagini condotte da Mme. Minkowsky sul gruppo familiare di pazienti epilettici, le cui conclusioni abbiamo potuto corroborare con la nostra stessa esperienza clinica. Questo gruppo agglutinato funziona come un tutto in cui i ruoli (non le persone) si giocano in un interscambio di relazioni e compensazioni dipendenti; l'identità è di gruppo mentre quella individuale è carente, o meglio non vi è alcun indice di individuazione in base al quale i singoli possano agire come esseri indipendenti capaci di riconoscere gli altri componenti della famiglia come individui distinti da sé. Si tratta, per utilizzare una terminologia più psicoanalitica, di una vera e propria *organizzazione narcisistica*, ossia del predominio di una struttura non discriminata (mancanza di discriminazione fra mondo interno e mondo esterno, fra Io e non-Io). Tuttavia, nella simbiosi questo predominio dell'organizzazione indiscriminata non avviene unicamente nella sfera individuale di ogni soggetto, ma la proiezione del mondo interno sul mondo esterno ha luogo in maniera tale da impedire qualunque discriminazione fra oggetto interno e depositario; ciascun membro



del gruppo è parte del mondo interno, che non è dentro a ogni soggetto, bensì nell'ambiente esterno o in un ambiente indiviso. Le idee che espongono qui trovano essenzialmente il loro fondamento, come ho detto, in indagini cliniche condotte sul fenomeno della simbiosi e nella constatazione del fatto che l'individuo, quando viene al mondo, non è un'unità chiusa che deve gradualmente aprirsi, ma vi è in lui, fin dalla nascita e anche prima di quel momento, un sincretismo, una mancanza di discriminazione fra Io e non-Io; non esiste ancora, cioè, né mondo interno né mondo esterno, ma un tutto indiscriminato (indiviso) dal quale essi dovranno gradualmente differenziarsi, perché soltanto allora si instaurerà nel soggetto un mondo interno, distinto da quello esterno. All'inizio non vi è, dunque, né proiezione né introiezione. Queste diventano operanti solo dopo che si è stabilita una certa discriminazione nell'organizzazione o struttura sincretica indifferenziata. Ciò vuol dire che il processo che si sviluppa nella dinamica familiare non è di progressiva connessione fra i membri della famiglia, ma di graduale distacco e individuazione. Nel gruppo agglutinato la differenziazione e la discriminazione, l'individuazione e la personificazione non sono state raggiunte oppure permangono ai loro livelli più primitivi.

Per evidenziare le ripercussioni di questo fatto, conseguenza dell'inversione dei termini dello sviluppo genetico, mi riferirò sommariamente al conflitto edipico e alla relazione incestuosa. Classicamente, il conflitto di Edipo si configura come un rapporto del bambino con il padre e la madre, ma, in accordo con l'impostazione da noi proposta, devono essere valutati in modo particolare quelli che si è convenuto di chiamare i livelli pregenitali del conflitto edipico. In realtà, in questo sincretismo primitivo predomina la relazione del bambino con la madre, ma egli non si differenzia ancora da quest'ultima, né la distingue dal tutto, dal resto del mondo esterno. Viene compiuto il primo passo quando il bambino fa una piccola discriminazione fra se stesso e sua madre, e fra questa e tutto quello che è non madre; è allora che si stabilisce il conflitto edipico come una relazione triangolare. Il conflitto edipico è quindi una delle vicissitudini della fusione-discriminazione del livello dell'organizzazione sincretica. Quella che viene chiamata scena primaria altro non è che questa fusione primitiva, che in tal modo non si produce attraverso l'unione della madre con il padre e il conseguente abbandono del bambino, bensì con una mancanza, un ritorno o una regressione a quel livello così primitivo in cui vi è fusione, o meglio

non vi è ancora discriminazione, fra madre e non madre, ma esiste già un piccolo abbozzo di discriminazione fra il bambino e sua madre. In questo gruppo agglutinato, l'aggressività gioca un ruolo primario, perché è lo strumento attraverso il quale ciascun membro tende ad affermarsi reattivamente e a non sentirsi completamente fuso in un gruppo indiscriminato e sincretico. Lo stesso avviene con il problema dell'incesto. L'incesto comporta un pericolo di fusione, di smarrimento dei limiti certamente già raggiunti da un individuo rispetto al resto del gruppo, cosicché l'orrore che suscita e l'ostilità o l'aggressione si uniscono come due strumenti essenziali grazie ai quali si stabilisce una distanza e si mantengono i piccoli abbozzi di discriminazione. La dinamica fondamentale si snoda lungo due linee direttrici: da una parte, vi è la lotta contro la fusione; ma, dall'altra, il soggetto ha bisogno di mantenere a quel livello il suo vincolo con il gruppo familiare, perché in esso viene essenzialmente controllata la parte psicotica della sua personalità, che altrimenti correrebbe il rischio di dissoluzione, di dispersione, di disorganizzazione psicotica (schizofrenica). Tutta la dinamica di questo gruppo agglutinato può essere intesa anche come un'alternanza fra claustrofobia e agorafobia.

L'altro tipo estremo di gruppo familiare è quello che possiamo definire schizoide o disperso, nel quale ciascuno dei componenti, o parte di essi, incorpora il gruppo indiscriminato come oggetto interno e stabilisce la simbiosi con il gruppo dentro di sé; a quel punto, per una formazione reattiva in cui viene utilizzato l'orrore dell'incesto e l'ostilità o l'aggressione, il gruppo si disperde, o si bloccano le relazioni emotive, che diventano fredde e distanti. È, ad ogni modo, una forma di difesa di fronte alla fusione e alla perdita di identità. Attraverso questa dispersione o dissociazione schizoide si conserva un minimo di identità (individuazione); l'indipendenza è, in tal caso, una forma di isolamento reattivo e non una buona risoluzione della dipendenza simbiotica. L'individuo appartiene al gruppo, non tanto in senso direttamente fisico quanto perché agisce in funzione del gruppo, o seguendo i suoi modelli o ricorrendo a formazioni reattive contro di esso.

Se mettiamo in relazione tutto ciò con il comportamento dei membri del gruppo nell'extragruppo familiare possiamo anche avvertire una differenza in questo senso: il componente di un gruppo familiare agglutinato assolve tutte le sue funzioni in stretto collegamento con quest'ultimo, e i suoi legami o rapporti più maturi o integrati sono abbastanza ridotti con l'ex-

tragruppo, perché il massimo di identità e di protezione lo trova svolgendo le sue attività e le sue funzioni emotive e non emotive all'interno del gruppo familiare o in stretta connessione con gli altri membri di questo, che molto spesso non si riduce alla famiglia tipo, ma include un gran numero di altri componenti del nucleo, legati fra loro da differenti gradi di parentela e non soltanto dal vincolo coniugale o parentale, come nel caso della famiglia tipo. Nel gruppo schizoide o disperso, invece, avviene il contrario, vale a dire che le attività fondamentali il soggetto le svolge nell'extragruppo, molto spesso con un livello elevato di adattamento e di maturazione, a volte solo di adattamento razionale o intellettuale, ma, in ogni caso, prevalgono le relazioni con l'extragruppo o extrafamiliari e non intrafamiliari, come nel caso precedente.

In base a quanto abbiamo detto, la funzione istituzionale della famiglia è quella di servire da serbatoio, controllo e protezione per la soddisfazione della parte più immatura, primitiva o narcisistica della personalità, ma al tempo stesso, grazie all'instaurarsi di una buona relazione simbiotica all'interno del gruppo familiare (relazione simbiotica normale e necessaria), quest'ultimo, nella sua dinamica normale, permette lo sviluppo delle parti più adatte o mature della personalità nell'extragruppo. Potremmo dire schematicamente riguardo alla dinamica del gruppo familiare, che la patologia si instaura essenzialmente nei seguenti casi: 1) quando la simbiosi non funziona come situazione che offre sicurezza all'interno del gruppo familiare e si trasforma in una simbiosi patologica, caratterizzata da un rafforzamento della partecipazione e da un assorbimento dell'individuo tale da non permettere lo stabilirsi di un clivaggio fra l'intra e l'extragruppo e da non consentire quindi l'instaurarsi di relazioni nell'extragruppo e il sufficiente sviluppo dell'identità personale; 2) anche in un altro caso la simbiosi è patologica, ma viene introiettata, cosicché il soggetto può raggiungere un certo grado di sviluppo dell'identità, della personalità e dei rapporti con l'extragruppo, ma a prezzo di una forte dissociazione rispetto a tutta la sua vita emotiva e affettiva, che viene a trovarsi allora gravemente deficitaria. Da questi due fatti si possono dedurre le manifestazioni o i disturbi mentali connessi con la dinamica del gruppo familiare:

1) *Simbiosi normale*: deposito familiare della parte più psicotica. Clivaggio intra-extragruppo, ma interazione fra di essi che consente lo sviluppo e l'individuazione nell'intragruppo e nell'extragruppo. Una simbiosi di grup-

- po non è *sempre* normale. Passa attraverso stadi come il 2 e il 3 (reversibili).
- 2) *Simbiosi patologica*: assorbimento massivo dell'individuo nell'intragruppo. Relazione più normale nell'extragruppo, ma di carattere essenzialmente intellettuale o razionale. a) Forte clivaggio intra-extragruppo, senza interazione fra di essi. Lo sviluppo avviene soltanto nella parte della personalità legata all'extragruppo. b) Assenza di clivaggio fra l'intra e l'extragruppo: mancanza globale di sviluppo della personalità.
- 3) *Autismo*: introiezione del gruppo familiare come nucleo; forte dipendenza da esso. Blocco nell'intra e nell'extragruppo, o sviluppo nell'ambito di quest'ultimo di relazioni schizoidi, distanti, fredde, razionali. Il contatto può essere compensato da un'attività maniacale, controfobica o psicopatica.

In sintesi, la simbiosi e l'autismo sono tappe della dinamica familiare, sia che si tratti di stadi transitori che di stereotipie patologiche. Tralasciamo lo studio più dettagliato delle vicende dinamiche normali e patologiche di ciascuna di queste organizzazioni.

Fra queste due diverse strutture del gruppo familiare - agglutinata e dispersa - vi sono altri tipi di gruppo la cui caratteristica è quella di ricorrere a meccanismi connessi con questi due, ma che si collocano in una posizione intermedia; ci riferiamo fondamentalmente alle relazioni o manifestazioni sia *psicopatiche* che *ipocondriache*. Nella psicopatia si tratta di una fuga dalla fusione claustrofobica di un gruppo patologicamente agglutinato. Questo aspetto si potrebbe esaminare e caratterizzare specialmente nello studio dello sviluppo degli adolescenti, nei quali sono molto frequenti le manifestazioni psicopatiche, che appaiono come una reazione alla fusione e alla dipendenza dal gruppo agglutinato, cioè nei confronti di una simbiosi estrema e patologica. Le reazioni ipocondriache, analogamente alle malattie psicosomatiche, hanno lo stesso valore delle manifestazioni psicopatiche. Tuttavia, è di radicale importanza anche il fatto che non possiamo tracciare una linea di demarcazione molto rigida fra normalità e patologia in tutto ciò che riguarda la dinamica del gruppo familiare; momenti normali e momenti patologici sono in interazione dialettica e possiamo parlare di normalità e patologia soltanto di fronte a una relativa stabilità o a una configurazione stereotipata di determinati meccanismi, strutture e organizzazioni della *Gestalt* familiare. Vogliamo dire con questo che *normalmente* compaiono queste manifestazioni (psicopatiche, ipocondriache o psicosomatiche) in qualun-

que gruppo familiare, in momenti diversi in cui deve affrontare cambiamenti di struttura, di tipo sia intrafamiliare che extrafamiliare; in questo modo tanto le manifestazioni psicopatiche che la reazione ipocondriaca e la malattia psicosomatica possono essere *momenti di passaggio* verso una maggiore discriminazione fra Io e non Io, fra mondo interno ed esterno, fra il soggetto, l'individuo, e i suoi simili dentro e fuori del gruppo familiare.

La patologia più importante del gruppo familiare, tuttavia, non insorge nei casi che abbiamo appena elencato o, per lo meno, non sono queste le principali situazioni che spingono a consultare lo psichiatra o lo psicoanalista. Quello che il gruppo percepisce fundamentalmente come una situazione patologica è la discordanza, il disaccordo, fra le esigenze di una parte del gruppo in cui i diversi segmenti della personalità si sono ormai consolidati, e un'altra parte che tende a evolvere, a stabilizzare, a discriminare, a sviluppare forse una maggiore identità individuale; in questi casi, allora, si crea un divario, che viene avvertito dal gruppo familiare, dalla parte più stabilizzata (stereotipata) di esso. In tal modo, quando consulta lo psicoterapeuta, il gruppo familiare chiama in causa l'agente di cambiamento, con l'idea che la cura consista nel riportare questo fattore alla stereotipia precedente perché smetta di "disturbare". Dalla comprensione di questi elementi derivano delle direttive fondamentali per la ricerca e, soprattutto, per l'assistenza al gruppo familiare (terapeutica e psicoprofilattica). Occorre tenere presente che, così come il gruppo familiare è il depositario della parte più immatura o simbiotica della personalità, allo stesso modo è il gruppo che tende maggiormente alla stereotipia, avendo bisogno di tenere molto bene sotto controllo la parte psicotica della personalità, perché la sua parte più discriminata e adattata si possa sviluppare in qualche misura nell'extragruppo. La stereotipia maggiore si riscontra in quei casi di gruppo familiare che abbiamo chiamato "il circolo di ferro", in cui vi è un rafforzamento della dipendenza o partecipazione simbiotica e dell'identità di gruppo, e una vita extrafamiliare pressoché inesistente; non c'è uno scambio dinamico dei ruoli, ma un quadro stereotipato in cui essi sono estremamente fissi. In casi del genere, in cui i ruoli sono molto rigidi e vengono rigorosamente mantenuti, la patologia di solito è più seria (suicidio, psicosi, eccetera), ma può anche darsi che si verifichino fenomeni o eventi che il gruppo familiare non è in grado di identificare direttamente come patologici: ci riferiamo alla frequenza degli incidenti, alla ripetizione compulsiva di interventi chirurgici,

alla persistenza di lutti non elaborati che pesano enormemente sull'intero gruppo. Ma in generale si producono fenomeni più chiaramente patologici e manifesti, come crisi epilettiche o disorganizzazioni psicopatiche, episodi di mania o di malinconia.

Quando il supporto narcisistico dell'endogruppo (la simbiosi familiare) viene a mancare, è possibile che insorga una disorganizzazione psicotica, che può stabilizzarsi o stereotiparsi come psicosi oppure risolversi con il ripristino di una relazione simbiotica con l'endogruppo (con lo stesso o con un altro), ma che può anche costituire l'*occasione di un apprendimento*, di una discriminazione. Questi sono i casi studiati da French e Kassanin, e successivamente anche da noi, nei quali la disorganizzazione psicotica serve da vero e proprio apprendimento, dal momento che *rompe il sincretismo primitivo* e permette una discriminazione, o quanto meno può permetterla, se si agisce terapeuticamente in maniera efficace o se si presentano spontaneamente le condizioni favorevoli.

Voglio fare cenno ora ad un altro livello in cui può funzionare il gruppo familiare, mediante lo sviluppo o l'introduzione nell'intragruppo di modelli più discriminati, appresi o assimilati nelle interrelazioni con l'extragruppo. In questi casi, il clivaggio fra l'intra e l'extragruppo è meno categorico e consente una certa interrelazione, oppure la simbiosi del gruppo familiare è molto più normale e permette quindi, in una certa misura, lo sviluppo o la personificazione dei suoi componenti. Allora, quello che fenomenologicamente compare innanzitutto non è l'agglutinazione o la dispersione dei casi precedenti, ma sono dei meccanismi nevrotici: ossessivi, fobici, paranoidei o isterici. Tuttavia, al di là di tutti questi meccanismi di organizzazione nevrotica del comportamento e della relazione nell'intragruppo, si potranno individuare, più o meno facilmente, i livelli psicotici sottostanti che tentano di venire elaborati attraverso tali meccanismi nevrotici. Qui ci troviamo di fronte a una struttura di gruppo già evoluta, in cui la *discriminazione* permette l'insorgenza di *difese nevrotiche* e pertanto l'interazione (anziché la partecipazione).

Quanto al problema del *cambiamento* come situazione normale conflittuale, perturbatrice o eziologica, voglio segnalare che esso deriva da cause connesse non con l'extragruppo, ma con la natura stessa - con la dinamica - del fenomeno psicologico, riguarda cioè la natura intima o intrinseca delle dinamiche del gruppo familiare. In tal modo, quelli che isoliamo come fat-

tori eziologici o causali sono soltanto momenti delle molteplici relazioni che si stabiliscono o si sono stabilite nella dinamica del gruppo familiare.

Le situazioni di cambiamento possono provocare *tre tipi di ansie: confusionale, paranoide e depressiva*. Tuttavia l'ansia caratteristica del gruppo primario (simbiotico) è quella confusionale. È soltanto con l'introduzione della discriminazione, dell'interazione (proiettiva-introiettiva), che può comparire, oltre all'ansia paranoide e a quella depressiva, anche il *conflitto*, che esige una discriminazione previa perché vi sia contraddizione. Nei livelli simbiotici esiste soltanto l'*ambiguità* e, comunque sia, il conflitto insorge fra questa ambiguità e il livello più integrato e maturo.

Voglio accennare per sommi capi al metodo e alla tecnica che utilizziamo nell'indagine sul gruppo familiare. Abbiamo constatato che il metodo clinico, cioè l'osservazione rigorosa, metodica, prolungata, intensiva e approfondita della dinamica familiare (1) è il procedimento di gran lunga migliore. Desidero, tuttavia, sottolineare in modo particolare che il metodo clinico non consiste solamente in questo, ma anche in un *inquadramento rigoroso* dell'osservazione; ciò significa che è necessario stabilire un certo numero di costanti che devono rimanere fisse, fra le quali troviamo il luogo, il tempo, la durata dei colloqui e il ruolo dell'osservatore, fattori che in nessun caso devono cadere nell'ambiguità per evitare che l'osservazione diventi caotica al punto da non consentire di trarre conclusioni valide. L'altro aspetto che voglio porre in rilievo del metodo clinico, nel modo in cui viene da noi utilizzato, riguarda l'osservazione, che non si effettua esclusivamente come tale, ma anche come *indagine operativa*; ciò vuol dire che dobbiamo introdurre, o che introduciamo, indicazioni e interpretazioni della dinamica familiare hic et nunc, e ognuna di queste configura delle *ipotesi*, che vengono sottoposte a verifica e convalidate o rettifiche sulla base dei riscontri ottenuti grazie all'introduzione di ognuna di tali ipotesi sotto forma di nuova variabile. Riteniamo molto importante - e prestiamo particolare attenzione a questo aspetto - fare sì che ogni indicazione o interpretazione non si riferisca alla sfera individuale dei membri della famiglia, ma all'inte-

(1) Non escludo assolutamente altri metodi o tecniche, ma credo, comunque, che le tecniche sperimentali debbano lavorare in stretta collaborazione con il metodo clinico.

razione, all'interscambio di ruoli che avviene hic et nunc fra di essi e con il terapeuta, che agisce come *osservatore partecipante*, in modo da poter giocare i ruoli senza assumerli. Per fare ciò egli deve lavorare a partire da una divisione schizoide strumentale che gli permetta, in parte, di vivere empaticamente i fenomeni che accadono hic et nunc, ma al tempo stesso di avere e mantenere una parte dell'Io in funzione di osservatore e al di fuori delle oscillazioni della dinamica dell'interrelazione che si stabilisce fra i membri del gruppo familiare e fra questi e l'osservatore partecipante o terapeuta.

Com'è facile comprendere, tutta questa sistematica del metodo clinico deriva principalmente da quella da noi seguita per inserire l'osservazione, l'indagine e la terapia dell'inquadramento del metodo clinico, così come viene utilizzato nella psicoanalisi clinica.

Attribuiamo particolare importanza, nel compito di osservazione e di indagine, ai livelli preverbali di comunicazione, cioè non soltanto al significato del contenuto verbale esplicito di interrelazione, ma anche a quello del contenuto implicito o preverbale. E sottolineiamo questo punto perché il nostro orientamento fondamentale riguarda l'osservazione e l'indagine dei livelli psicotici e, come abbiamo già segnalato in precedenti lavori sulla psicoanalisi clinica, la simbiosi è essenzialmente una *relazione muta*, cioè deve essere intenzionalmente individuata e resa manifesta, perché si presenta in forma implicita; in altri termini, serve come inquadramento, come insieme di costanti alla dinamica del gruppo familiare, ma se non interveniamo su di essa perdiamo di vista i fattori più importanti della relazione e della dinamica familiare, e non possiamo nemmeno agire efficacemente con validi risultati. In sintesi, potremmo dire che nella tecnica da noi seguita ci orientiamo in base ai seguenti obiettivi: 1) trasformare la partecipazione in interazione, il che equivale a 2) introdurre la divisione schizoide al posto della fusione e dell'ambiguità, e 3) trasformare le confusioni in conflitti.

Desidero segnalare inoltre, benché non mi sia possibile ora sviluppare questo punto, che la caratterizzazione della dinamica del gruppo familiare in termini di *strutture di comportamento* è uno degli strumenti più validi e fecondi che abbiamo individuato sinora; il concetto di struttura di comportamento si ricollega alla teoria delle relazioni oggettuali e anche a quella della comunicazione. Dei fondamenti di tale concezione ci siamo occupati in altri lavori e non possiamo soffermarci ora a spiegarli in maniera più dettagliata.



## Conclusioni

Mi preme sottolineare ancora una volta che ho trovato particolarmente disturbante e paralizzante nei confronti della ricerca l'impiego degli schemi causalisti, monocausalisti e unidirezionali, ai quali ci ha abituato il meccanicismo con cui sono state strutturate le scienze della natura. Inoltre, il fatto fondamentale che ci ha permesso di vedere con maggiore chiarezza un gran numero di problemi del gruppo familiare è il radicale cambiamento di impostazione che abbiamo segnalato all'inizio: la convinzione che l'individuo non nasca come un ente isolato che si pone gradualmente in relazione con gli altri, ma si trovi immerso, al momento della nascita, in un'interrelazione massiva globale, in un'organizzazione sincretica. In altre parole, non sono gli individui a formare i gruppi, ma, al contrario, sono i gruppi che formano gli individui e, a volte, le persone. Il concetto di simbiosi e quello di simbiosi patologica (in cui sono compresi i fenomeni di partecipazione, sincretismo, identificazione proiettiva massiva) si rivelano strumenti concettuali e categoriali che caratterizzano fatti clinici estremamente importanti per la comprensione della dinamica del gruppo familiare, sia nei suoi fenomeni normali che nelle sue manifestazioni patologiche.

## 1.5. PROSPETTIVE DELLA PSICOANALISI E DELLA PSICOIGIENE

Attualmente per quanto riguarda il problema della salute e della malattia mentale, ci troviamo di fronte a quella che si potrebbe definire, senza esagerazione, una *situazione di emergenza* e di fronte alla necessità di elaborare e applicare dei piani di vasta portata sociale (in termini di estensione e profondità) nel campo dell'igiene mentale e della salute pubblica. La quantità e la molteplicità dei fatti e dei fenomeni che dovremmo affrontare e risolvere sono incalcolabili, poiché dobbiamo tener conto non soltanto dei malati mentali (in senso stretto), ma anche dei comportamenti antisociali e dei disturbi conflittuali di ogni tipo, e questo non solo dal punto di vista della terapia, ma essenzialmente da quello della profilassi. In sintesi, i problemi attualmente sono i seguenti:

- 1) necessità di migliorare e diffondere l'assistenza ai malati mentali;
- 2) necessità di far fronte alle esigenze della diagnosi precoce e della riabilitazione;
- 3) necessità di intervenire in situazioni che, senza essere delle malattie mentali, migliorerebbero grazie all'aiuto professionale dello psicoanalista, dello psicologo e dello psichiatra;
- 4) decisa limitazione, a livello sociale, dei numerosi procedimenti che sono, in primo luogo, di indole terapeutica e non preventiva;
- 5) drastica riduzione dei numerosi procedimenti a carattere individuale (o tutt'al più di gruppo), con i quali possiamo curare soltanto una piccola percentuale di individui;
- 6) per la loro particolare natura, la maggior parte delle malattie mentali esigono che, nella profilassi, si prendano in considerazione o si eliminino non tanto delle cause specifiche, ma una complessa costellazione multifattoriale di carattere sociale (educazione, rapporto madre-figlio, lavoro, alimentazione, situazione abitativa, ecc.), per cui il problema da affrontare si fa estremamente complicato.

7) in sintesi: il problema è sociale e i nostri strumenti sono individuali (o tutt'al più di gruppo); noi focalizziamo la nostra attenzione innanzitutto sulla malattia, mentre quello di cui ci dobbiamo occupare è la profilassi e la promozione del benessere e della salute.

Il compito è immane, e di fronte ad esso si è avvertita una certa urgenza, che può essere espressa con questa semplice direttiva: *formare un maggior numero di psichiatri e di psicoterapeuti*. E questa preoccupazione ci ha indirettamente contagiati facendoci sentire in qualche modo l'urgenza di formare un maggior numero di psicoanalisti. In sintesi, la filosofia che sta alla base di questa impostazione, ovvero il suo presupposto fondamentale, è la volontà di affrontare l'incremento delle malattie mentali con un aumento del numero di psichiatri e psicoterapeuti (1).

Questi sono i punti su cui desidero ora soffermarmi, dato che mi occupo già da tempo di questo problema, che ho trattato in diverse occasioni, in particolare nel corso di due seminari realizzati con dei laureati in psicologia presso la Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires, e nella recente inaugurazione della Cattedra di Igiene Mentale di cui sono stato nominato titolare. Noi psicoanalisti non ci siamo occupati sistematicamente di questo tema, ma credo che certi presupposti possano influire su di noi, in un modo o nell'altro, come veri e propri pregiudizi. Uno di questi potrebbe consistere in un certo proselitismo, in base al quale si tenderebbe a formare un numero sempre maggiore di psicoanalisti e a trasformare in psicoanalista qualunque giovane medico che inizi la sua analisi per ragioni terapeutiche. D'altro canto è anche vero che sono gli psicoanalisti coloro che hanno affrontato meglio questo problema (Caplan, Lindemann, Dawler, Erikson, ecc.).

Il fatto che si possa mettere in dubbio che le malattie mentali siano realmente aumentate non invalida assolutamente le nostre considerazioni, poiché è evidente in ogni caso che ci troviamo nella necessità di svolgere un compito immane, dal nostro punto di vista di professionisti della psicologia

(1) Il primo rapporto del Comitato di esperti riuniti dall'O.M.S. (9/1953) dice che "i problemi dell'igiene mentale nel mondo non potranno mai essere adeguatamente risolti con metodi terapeutici"

e della psicoanalisi, sia per il reale aumento delle malattie mentali, sia per il fatto che non ci interessano unicamente e specificamente queste ultime (bensì le condizioni psicologiche di promozione della salute e del benessere) sia perché le nostre conoscenze sull'influenza dei fattori psicologici ed emotivi sono oggi nettamente superiori a quelle che avevamo fino a poco tempo addietro. In altri termini, il problema può essere formulato succintamente in questo modo:

1) abbiamo delle conoscenze psicologiche, desunte in particolare dalla ricerca psicoanalitica, che sappiamo essere molto utili per migliorare la vita degli esseri umani;

2) tuttavia, come applicarle in modo che siano di aiuto all'intera comunità o a buona parte di essa?

Come si vede il problema non è più in sostanza quello della malattia mentale, ma piuttosto quello della *promozione della salute*, cioè della psicoprofilassi al suo livello più elevato. Il problema consiste nell'elaborazione di una strategia adeguata, che ci consenta di applicare e utilizzare le nostre conoscenze su più vasta scala.

Tralascio qui di esporre una quantità di problemi e di definizioni preliminari che ho già chiarito in una precedente pubblicazione (1), come, ad esempio, quello che si deve intendere per salute mentale e per psicoigiene, la relazione che esiste fra queste e la salute pubblica, e altre questioni analoghe di estrema importanza. Desidero fare ora alcune considerazioni sull'ipotesi a cui ho accennato in precedenza e che viene sostenuta o seguita implicitamente: possiamo avviare un corso di studi sulle malattie mentali e cercare di aumentare in eguale misura il numero di psichiatri, psicoterapeuti e psicoanalisti? È questa la soluzione al problema della malattia e della salute mentale?

### Psicoanalisi clinica

La psicoanalisi viene definita al tempo stesso come terapia, come teoria e come indagine, tre aspetti strettamente legati o addirittura inscindibili:

(1) BLEGER J., *Lo psicologo clinico e l'igiene mentale*. Cfr. p. 37.

possiamo curare scientificamente soltanto mediante una tecnica adeguata e in base ad una teoria relativa sia alla tecnica che alla malattia e ai processi psicologici; inoltre possiamo curare soltanto nella misura in cui indagiamo su quello che avviene nei nostri pazienti. Alcuni autori hanno detto che, in psicoanalisi, la cura è un *by product* dell'indagine. Tuttavia, dobbiamo riconoscere che il valore sociale della psicoanalisi in quanto terapia è abbastanza limitato, pur tenendo conto dei cambiamenti che ogni paziente può provocare in altre persone con le quali intrattenga relazioni di diverso tipo. Quando affermo il limite sociale della psicoanalisi come terapia mi riferisco esclusivamente al fatto che è utopistico pretendere di formare un numero di psicoanalisti tale da permettere all'intera popolazione di sottoporsi a un trattamento psicoanalitico (1). La psicoanalisi è la terapia psicologica più razionale, profonda ed efficace, ma - per il tempo che richiede - non possiamo pretendere che costituisca un procedimento valido per risolvere i problemi della malattia e della salute mentale su scala sociale, come appare necessario fare ora.

Per completare il discorso, aggiungo che l'importanza sociale della psicoanalisi deriva essenzialmente del fatto che essa costituisce un *metodo di indagine* dei fenomeni psicologici che, in quanto tale, apporta valide conoscenze sulle leggi psicologiche che regolano la dinamica sia della salute che della malattia, e ci consente anche di comprendere e valutare gli effetti di determinati eventi sulla formazione e sull'evoluzione della personalità. Benché, come ho affermato, l'indagine sia inscindibile dalla terapia e dalla teoria, dicendo che l'importanza sociale della psicoanalisi dipende fondamentalmente dalla sua capacità di apportare conoscenze derivanti dall'indagine non voglio dire che si possa procedere a un'indagine in assenza di un obiettivo terapeutico, quanto piuttosto che i risultati di tale indagine sono infinitamente più importanti, da un punto di vista sociale, del numero di persone che sono in grado di curare uno o tutti gli psicoanalisti. *La psicoanalisi clinica non può assolutamente risolvere, da sola, il problema della salute mentale* in misura così estesa come lo richiede la situazione attuale;

(1) In *Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale* (O.S.F. Vol. X, Boringhieri, Torino), Freud prospettò la possibilità della preparazione analitica dei pedagogisti e di "un esercito ausiliario di *social workers*"

pertanto il presupposto in base al quale si dovrebbe formare un maggior numero di psicoanalisti per affrontare il problema della malattia e della salute mentale è del tutto insostenibile, falso e inconsistente (1).

Tuttavia, l'indagine della psicoanalisi clinica apporta risultati e conoscenze estremamente validi, che sono appunto quelli che possono e devono essere applicati su vasta scala e con grande profitto nei programmi di igiene mentale.

La psicoanalisi clinica è, a mio avviso, un metodo di laboratorio, la cui enorme efficacia come procedimento di indagine si fonda sull'esigenza di una rigorosa sistematizzazione della tecnica, basata essenzialmente - quest'ultima - sulla determinazione di un setting che consiste in una riduzione delle variabili (fissazione di costanti) e in un certo controllo delle variabili in gioco in ogni momento. Non ha senso, ora come ora, studiare le relazioni e le differenze esistenti fra la psicoanalisi clinica e il metodo sperimentale, ma ritengo opportuno segnalare che con quest'ultimo essa ha in comune una condizione fondamentale: la riduzione delle variabili si ottiene mediante la costruzione di una situazione artificiale in cui - per una certa schematizzazione dei fenomeni - è possibile effettuare una osservazione rigorosa di una situazione semplificata. La psicoanalisi clinica tuttavia costituisce, a rigore, una variante del metodo clinico; o meglio, con la tecnica psicoanalitica si perfeziona il metodo clinico in una misura in cui non è mai stato possibile farlo mediante altre tecniche. In realtà, quanto più l'indagine psicoanalitica rimarrà - in quanto indagine - nel campo del transfert, tanto più presenterà caratteristiche proprie del metodo sperimentale.

Benché quanto si è detto sulla psicoanalisi in quanto tecnica di indagine possa essere efficacemente ampliato, per maggior chiarezza ci sembra preferibile limitarci qui ai fatti che accreditano il criterio da noi sostenuto: a nessuna tecnica di indagine (propria del metodo clinico o di quello sperimentale), nell'ambito di nessuna disciplina scientifica, si chiede di risolvere un problema sul piano sociale. L'unica cosa che ci si aspetta è che apporti delle conoscenze sulle quali si possa fondare una pianificazione scientifica di portata sociale. Il fatto di riconoscere i limiti sociali di un procedimento di laboratorio non va a discredito di alcuna tecnica, perché ciò significa-

(1) Lo stesso vale per gli psichiatri e gli psicoterapeuti.

rebbe per l'appunto mettere in discussione le condizioni fondamentali in cui risulta possibile portare a termine un'indagine di laboratorio. Allo stesso modo, se teniamo conto di quello che realmente accade, dobbiamo affermare che non si può assolutamente pretendere che la psicoanalisi clinica risolva il problema della malattia e della salute mentale. *Il suo valore e la sua importanza sociale derivano dal fatto che apporta delle conoscenze relative alla materia su cui si indaga, nelle particolari condizioni in cui si effettua tale indagine.*

In questo modo, sono le conoscenze che una tecnica fornisce che possono venire impiegate su una scala sociale significativa. Lo stesso accade con la psicoanalisi clinica. I suoi apporti possono essere utilizzati in seno a due strategie della salute pubblica: nell'ambito amministrativo e in quello delle relazioni interpersonali (1). Nel primo caso si interviene mediante un'azione di governo o un'altra azione di carattere amministrativo, esercitando un certo influsso su leggi, statuti, regolamenti, costumi, allo scopo di aiutare a risolvere o a evitare tensioni di vario genere, attraverso trasformazioni di carattere culturale. In questo senso lo psicoanalista, operando in veste di esperto, può prestare la propria consulenza agli organi amministrativi, governativi, o di altro tipo, per tutto ciò che riguarda la salute e che dipende in qualche misura dall'influenza dei fattori psicologici, sia ai fini di un miglioramento che per prevenire danni o pregiudizi. Così, ad esempio, si possono utilizzare le conoscenze relative al rapporto madre-figlio e agli effetti nocivi di lunghe separazioni nel caso in cui si intenda organizzare un servizio ospedaliero o un istituto di istruzione. Caplan cita, al riguardo, diverse esperienze realizzate in Israele, in Gran Bretagna e a Boston; fra queste vi è quella di Bowlby, che riuscì a influire sulla politica del Ministero della Sanità inglese, il quale nel 1952 impartì delle direttive a tutti gli ospedali perché permettessero, o addirittura incoraggiassero, le visite quotidiane dei genitori ai bambini ricoverati. Nel 1960, circa l'80 - 90% delle istituzioni aveva adottato questo provvedimento, e negli ultimi otto anni l'incidenza della separazione madre-figlio in Inghilterra risultò drasticamente ridotta.

L'intervento amministrativo è volto a ridurre l'incidenza di situazioni traumatiche, o a incrementare la soddisfazione di bisogni psicologici.

(1) CAPLAN G., *An approach to community Mental Health*, Tavistock Publications, 1961.

Sul piano delle relazioni interpersonali, le conoscenze dell'indagine psicoanalitica possono essere efficacemente utilizzate in diversi modi: nelle tecniche psicoterapeutiche di più breve durata (ipnoanalisi, narcoanalisi, ecc.); nelle tecniche di gruppo (in tutte le loro varianti), e soprattutto in una nuova prospettiva, estremamente promettente e densa di sviluppi, attraverso quello che viene denominato psicologia istituzionale, psicologia della comunità e psicologia dei periodi di crisi (1).

Non possiamo soffermarci più a lungo su questi temi, per approfondire i quali il lettore può ricorrere alla bibliografia specifica ad essi relativa. Quello che ora ci interessa, infatti, è enunciare e commentare genericamente le prospettive sociali dell'utilizzazione delle conoscenze attinte dall'indagine psicoanalitica (2).

### Tre forme di psicoanalisi

Finora ci siamo occupati qui esclusivamente della *psicoanalisi clinica* (del suo valore e della sua importanza in relazione ai problemi della salute e dell'igiene mentale), ma dobbiamo far cenno anche alla *psicoanalisi applicata*, la cui origine e il cui sviluppo risalgono allo stesso Freud.

La denominazione di "psicoanalisi applicata" non è del tutto corretta, poiché non si tratta unicamente dell'applicazione della psicoanalisi, ma di un *vero e proprio procedimento di indagine*. Per corroborare le nostre affermazioni basti ricordare gli studi di Freud sulla Gradiva di Jensen, su Mi-

(1) LINDEMANN E. - DAWEA L.G., *The Use of Psychoanalytic Constructs in Preventive Psychiatry*, in "The Psychoanalytic Study of the child", Vol. III, Int. Univ. Press Inc., New York, 1952. LINDEMANN E., *The Nature of Mental Health Work as a Professional Pursuit*, in STROTHER C.R., "Psychology and Mental Health", American Psychological Ass., 1956. ERIKSON E.H., *Growth and Crises of the Health Personality*, Cap. XXI di KLUCKHON C. e MURRAY H.E., "Personality in Nature, Society and Culture", A. Knopf, New York, 1956.

(2) CAPLAN G., op. cit. e anche *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York, 1964. *Prevention of Mental Disorders in Children*, Tavistock Publications, 1961. *Research and development in Community Mental Health*, Harvard School of Public Health. *Working Papers in Community Mental Health*, Harvard Medical School.



chelangelo, su Mosè, sul caso Schreber, sul pittore Christoph Haizmann, su Dostoievskj, ecc.; e anche, in un altro senso, studi come *Totem e tabù*. La psicoanalisi applicata riduce la complessità dei fenomeni allo stesso modo della psicoanalisi clinica, ma in una direzione ben definita: attenuando l'impatto diretto della relazione transferale-controtransferale, in maniera che alcuni problemi (come quelli legati alla psicosi) possano venire prima esaminati in maniera più approfondita con il procedimento della psicoanalisi applicata.

Lo studio di opere letterarie e artistiche non è il solo campo in cui è possibile utilizzare la psicoanalisi applicata, in quanto il suo impiego può risultare utile anche nel caso di manifestazioni culturali, di comportamenti o attività di vario genere (lo spettatore, l'artista, l'inventore, ecc.), come pure nello studio di modelli culturali e in quello dell'interazione individuo-società (Kardiner, Erikson, ecc.). Sarebbe auspicabile anche che la psicoanalisi applicata trovasse l'autore capace sia di sistematizzare la sua metodologia che di gettare i suoi fondamenti teorici, categorizzando i dati osservabili. In questo senso ci rimane ancora un lungo cammino da percorrere, di indubbia, enorme utilità. In ogni caso, la psicoanalisi applicata non è affatto indipendente dalla psicoanalisi clinica, ed è auspicabile che l'interazione e il reciproco arricchimento che vi sono stati finora continuino senza interruzione.

I risultati della psicoanalisi applicata presentano gli stessi vantaggi e gli stessi limiti sociali di quelli della psicoanalisi clinica: non possiamo aspettarci da essi un beneficio immediato e diretto sulla salute mentale dell'intera comunità, ma i loro apporti possono essere indirizzati in tal senso, come nel caso della psicoanalisi clinica.

Finora ho considerato soltanto le due varianti principali e tradizionali della psicoanalisi: quella clinica e quella applicata. Vi è però un terzo tipo di psicoanalisi che voglio ora segnalare in relazione al tema di fondo che mi interessa sviluppare in questo capitolo, e che può essere considerato una variante della psicoanalisi applicata. Lo denominiamo *psicoanalisi operativa*.

La sua fondamentale caratteristica è quella di essere una psicoanalisi applicata, cioè di venire praticata *al di fuori del contesto* in cui opera la psicoanalisi clinica; ma presenta anche alcuni aspetti particolari che la differenziano dalla psicoanalisi applicata e a cui desidero accennare ora:

a) si utilizza in situazioni correnti della vita umana, in qualsiasi attività o

istituzione in cui intervengano esseri umani, ossia nella realtà viva e concreta (educazione, lavoro, gioco, ecc.) e in situazioni di *crisi normali* che necessariamente attraversa l'essere umano (cambiamenti di residenza, di stato civile, di impiego, paternità, morte di familiari, ecc.), oltre che nelle normali crisi dello sviluppo (1);

- b) si indagano, come nella psicoanalisi applicata, i dinamismi e le motivazioni psicologiche inconscie, ma *si utilizza tale indagine* per apportare delle modifiche sulla base della comprensione di quanto avviene, del come e perché avviene;
- c) questo intervento (operazione) si effettua attraverso molteplici procedimenti, interpretando le relazioni, il compito, le procedure, l'organizzazione, l'istituzione, la comunicazione, ecc., per arrivare a modificare le situazioni, l'organizzazione o le relazioni interpersonali in funzione dell'indagine compiuta e delle conclusioni a cui si è giunti. Quando si apporta una modifica o si dà un'interpretazione, lo si fa a titolo di ipotesi, che viene in seguito confermata o rettificata grazie alla continuità dell'osservazione. Come si vede, questo non consiste in un'operazione unica, ma in una reiterazione feconda dello stesso circuito di *osservazione-intervento-osservazione*. L'ideale sarebbe arrivare a un proto-apprendimento, cioè a fare in modo che gli esseri umani siano in grado di riconoscere quello che accade in un momento determinato, sappiano rifletterci, individuarne le motivazioni e agire in accordo con tali conoscenze, senza soccombere immediatamente all'ansia e ricorrere a meccanismi di difesa perturbatori;
- d) abbiamo cercato di sistematizzare il setting (la strategia e la tecnica) della psicoanalisi operativa in un recente lavoro sulla psicologia istituzionale (2), fondato sulle esperienze compiute principalmente in base agli apporti di E. Pichon-Rivière (3), per cui non ci addentreremo ora nel

(1) I lavori di Lindemann, già citati, trattano il tema delle crisi nella strategia dell'igiene mentale, raccogliendo anche gli apporti di Caplan e della sua scuola.

(2) BLEGER J., *Psicologia istituzionale*, Cfr. pag....

(3) PICHON-RIVIÈRE E. BLEGER J. - LIBERMAN D. - ROLLA E., *Tecnica dei gruppi operativi*, in: "Il processo grupale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale", Libreria Editrice Lauretana, Loreto 1986.

suo esame dettagliato che ci allontanerebbe moltissimo dal tema centrale che stiamo trattando; segnaleremo anche, al riguardo, i lavori di capitale importanza di E. Jaques (1). Allo stesso modo, tutta la psicologia e la psicoterapia di gruppo di ispirazione psicoanalitica deve essere considerata una variante della psicoanalisi operativa. Uno dei prossimi passi da compiere nel cammino della psicologia di gruppo è quello della sua utilizzazione fuori dal consultorio, cioè nelle situazioni e istituzioni della vita reale e quotidiana.

La psicoanalisi operativa apre prospettive di straordinaria rilevanza nel campo dell'igiene mentale e in quello della psicoprofilassi, in quanto permette di utilizzare la psicoanalisi su scala sociale. La psicoanalisi operativa non è una psicoanalisi nuova e diversa; è una strategia volta all'utilizzazione delle conoscenze psicoanalitiche.

#### Lo psicoanalista nell'ospedale

Anche questo è un tema che, per vari motivi, richiede una certa cautela, poiché l'esperienza ci mostra che quando uno psicoanalista lavora in un ospedale quello che *non dovrebbe fare* è accettare di iniziare al suo interno un trattamento psicoanalitico con pazienti ricoverati in quello stesso ospedale. Quando ciò avviene, lo psicoanalista si trova ben presto oberato di lavoro e allora "insegna" la tecnica psicoanalitica agli altri colleghi del reparto o dell'ospedale, cosicché entro breve tempo l'intero reparto opera sulla base della terapia psicoanalitica, che in questo modo viene un poco improvvisata. Ne deriva come conseguenza che lo psicoanalista e il medico che lavorano in quel reparto si demoralizzano perché sono oppressi da un'enorme mole di lavoro, col risultato che l'attività ospedaliera si disorganizza e lo psicoanalista e i colleghi smettono, dopo poco tempo, di lavorare in quell'ospedale. Ritengo che quando lo psicoanalista presta la propria attività

(1) JACQUES E., *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva*, in Klein M. - Rivière J., "Nuove vie della psicoanalisi", Il Saggiatore Milano, 1966.

JONES M., *The therapeutic Community*, Basic Book, New York, 1953.

RODRIGUÉ E., *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. Eudeba, Buenos Aires, 1965.

in ambito ospedaliero debba fare quello di cui parlavamo prima: insegnare ai colleghi a vedere le cose in una prospettiva psicoanalitica, a utilizzare le conoscenze dinamiche, in maniera che possano farne uso nel quadro di altre tecniche terapeutiche, nelle loro relazioni di gruppo oppure nella stessa organizzazione istituzionale, nel reparto o nell'ospedale, così come nel lavoro comunitario e in altre sfere dell'attività di medici, psichiatri, psicologi, infermiere, assistenti sociali. L'esperienza - benché ancora estremamente limitata - mostra che lo psicoanalista è molto più utile in un ospedale quando costituisce dei gruppi operativi o di insegnamento (con colleghi, psicologi, infermieri, assistenti sociali) che quando si dispone a svolgere un compito assistenziale mediante la psicoanalisi individuale o una terapia di gruppo con dei malati e i loro familiari.

*mentale. Organismi nazionali e internazionali. Principali pubblicazioni e fonti bibliografiche.*

2. Salute pubblica e igiene mentale. Gestione sanitaria. Medicina curativa, preventiva e sociale. Prevenzione primaria, secondaria e terziaria. (Cagliari).
3. Obiettivi dell'igiene mentale: terapeutica, diagnosi precoce, profilassi, riabilitazione e promozione della salute. Ambiti. Stato attuale della salute mentale.
4. Salute e sviluppo economico-sociale. Sottosviluppo: i suoi caratteri costitutivi. Patologia del sottosviluppo: i suoi indici. Sottosviluppo regionale.
5. Salute e popolazione: crescita e mobilità. Ciclo demografico del sottosviluppo. Natalità e mortalità. Mortalità infantile. La Repubblica Argentina e la sua popolazione. Immigrazione, Mobilità, Industrializzazione e urbanizzazione. Patologia urbana e rurale. Modo di vita: la sua relazione con la salute. Il problema delle malattie croniche.
6. Alimentazione, livello di vita e salute. Politiche alimentari. La cattiva alimentazione e le sue cause. Fame nascosta. Sottosalimentazione.

\*Questo insegnamento forma una parte del corso di laurea in Psicologia (adottando il vecchio) della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Buenos Aires, ed una parte integrante della programmazione più generale degli altri insegnamenti del ciclo (psicologia evolutiva, psicopatologia, clinica adulti, clinica bambini, ecc.). In questo senso l'insegnamento di Igiene mentale presuppone l'utilizzo delle conoscenze acquisite attraverso lo studio delle altre discipline.

## 1.6 PROGRAMMA DEL CORSO DI IGIENE MENTALE\*

(Secondo quadrimestre del 1965)

1. Igiene e igiene mentale. Psichiatria sociale. Storia e concezione. Psicoigiene come branca dell'igiene mentale. Organismi nazionali e internazionali. Principali pubblicazioni e fonti bibliografiche.
2. Salute pubblica e igiene mentale. Gestione sanitaria. Medicina curativa, preventiva e sociale. Prevenzione primaria, secondaria e terziaria, (Caplan).
3. Obiettivi dell'igiene mentale: terapeutica, diagnosi precoce, profilassi, riabilitazione e promozione della salute. Ambiti. Stato attuale della salute mentale.
4. Salute e sviluppo economico-sociale. Sottosviluppo: i suoi caratteri costitutivi. Patologia del sottosviluppo: i suoi indici. Sottosviluppo regionale.
5. Salute e popolazione: crescita e mobilità. Ciclo demografico del sottosviluppo. Natalità e mortalità. Mortalità infantile. La Repubblica Argentina e la sua popolazione. Immigrazione. Mobilità. Industrializzazione e urbanizzazione. Patologia urbana e rurale. Modo di vita: la sua relazione con la salute. Il problema delle malattie croniche.
6. Alimentazione, livello di vita e salute. Politica alimentare. La cattiva alimentazione e le sue cause. Fame nascosta. Sottoalimentazione.

\* Questo insegnamento formava parte del corso di laurea in Psicologia (orientamento clinico) della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Buenos Aires, ed era parte integrante della programmazione più generale degli altri insegnamenti (ad es: psicologia evolutiva, psicopatologia, clinica adulti, clinica bambini, ecc.). In questo senso l'insegnamento di igiene mentale presuppone l'utilizzo delle conoscenze acquisite attraverso lo studio delle altre discipline.

- 7 Lavoro. Le funzioni psicologiche del lavoro. Mutamenti tecnologici e salute. Lavoro e salute mentale. Automazione. Produttività, razionalizzazione e ottimizzazione del lavoro. Taylorismo, fordismo, stacanoismo. Il problema dei rapporti umani.
8. Psicosociologia del cambiamento. Psicosociologia dei conflitti e delle tensioni. Salute e tensione. Tensione dei gruppi e degli intergruppi. Tensioni internazionali e salute. Pregiudizi e stereotipi. Resistenza al cambiamento.
9. Istituzioni. Concezione. Classificazione. Fattori psicologici nella dinamica dell'istituzione. Organizzazione formale e informale. Gruppi e comunicazione. Posizion di leadership. Conflitti. Obiettivi dell'istituzione, struttura e funzioni. Istituzionalismo. Ospedalismo.
10. Comunità. Il suo sviluppo e il suo studio. Principi dell'organizzazione della comunità: concezione, metodi, risorse, programmi e tecniche.
11. Strumenti, metodi e tecniche dell'igiene mentale e della psicoigiene. Statistica. Metodo epidemiologico. Relazioni fra indagine e azione. Metodo operativo. Teoria dei giochi. Decisioni. Tecniche di gruppo. Valutazione. Pianificazione e programmazione a breve e a lungo termine.
12. Educazione e salute pubblica. Educazione nei programmi sanitari. Obiettivi, metodi, motivazioni, pregiudizi, stereotipi.
13. Priorità nei problemi dell'igiene mentale. Campi di attività dello psicologo. Equipos di lavoro: formazione, dinamica, ruoli e conflitti. Problemi derivanti dall'inserimento dello psicologo nei programmi di psicoigiene e salute pubblica.
14. Ambiti di azione dello psicologo al di fuori degli organismi della salute pubblica. Promozione del benessere sociale. Il suo lavoro nelle istituzioni sanitarie e non sanitarie. Lo psicologo nell'ambito del lavoro istituzionale e comunitario. Lavoro istituzionale e all'interno delle istituzioni. Inquadramento del compito.
15. Lo psicologo e i problemi dello sviluppo normale e patologico: infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità, vecchiaia, senilità. Crisi dello sviluppo. Simbiosi madre-figlio. Problemi dello svago e del tempo libero.
16. Lo psicologo nei momenti critici: gravidanza, parto, matrimonio, divorzio, morte. Conflitti familiari.
17. Lo psicologo e i problemi del disadattamento sociale: alcoolismo, suicidio, delinquenza. Crisi sociali. Disorganizzazione e panico collettivo.

## PROGRAMMA DEL CORSO

18. Lo psicologo e la malattia. Malattie acute e croniche. Conseguenze. Malattie mentali e istituzioni che se ne occupano. Lo psicologo nella terapia. Psicoterapia individuale e di gruppo. Terapia occupazionale. Legislazione nazionale.

José Bleger

Docente ordinario

## BIBLIOGRAFIA DETTAGLIATA DEL PROGRAMMA DI IGIENE MENTALE

### 1. IGIENE E IGIENE MENTALE

- BLEGER J., *El psicólogo clínico y la higiene mental*, Acta Psiquiátrica y Psicológica America Latina 8-4-1962, Trad. it. cfr. p. 37 del presente volume.
- BROMBERG W., *La mente del hombre*, J. Gil. Buenos Aires, 1940.
- INGENIEROS J., *La locura en la Argentina*, L. J. Rosso, Buenos Aires.
- LEMKAU P.V., *Igiene Mental*, F. C. E., Messico.
- WORTIS J., *La psiquiatría soviética*, Ed. Ateneo, Buenos Aires.
- ZILLBOORG G., *Historia de la psicología médica*, Hachette, Buenos Aires, 1945.
- BERMANN G., *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires, 1965.

### 2. SALUTE PUBBLICA E IGIENE MENTALE

- GALDSTON IAGO, *The Meaning of Social Medicine*, Harvard University Press, 1954.
- HANLON J., *Elementos de administración sanitaria. Oficina Sanitaria Panamericana*, Publicaciones Técnicas, Washington, 1961; Cap. 1: *La filosofía de salud pública*.
- MOLINA G. - ADRIASOLA E., *Principios de administración sanitaria*, San Juan de Puerto Rico, 1961.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Metodología de planificación de un programa integrado de salud para áreas rurales*, Informes Técnicos N° 83; 1954.
- SIGERIST H., *Landmarks in the History of Hygiene*, Oxford University Press, 1956.

### 3. LIVELLI DI IGIENE MENTALE

FELIX R. H., *The Role of Psychology in the Mental Health Effort*, In Strother C. R., "Psychology and Mental Health", American Psychological Association, 1956, (Capitolo II).

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto 31. *Actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental*.

RODMAN H. - GARNEY CLARK E., *Preventive Medicine for the Doctor in the Community*.

MOLINA G. - ADRIASOLA E., *Principios de Administración Sanitaria*, (Prologo e Cap. 2 e 3).

### 4. SALUTE E SVILUPPO ECONOMICO-SOCIALE

FURTADO C., *Desarrollo y subdesarrollo*, Eudeba, Buenos Aires, 1964.

HERSCHEL F.J. - CIBOTTI R., *Concepto y finalidad del desarrollo económico*, Revista de Desarrollo Económico, N° 1, Buenos Aires, 1961.

JAGUARIBE H., *Desarrollo económico y desarrollo Político*, Eudeba, Buenos Aires, 1964; Cap. I: *El desarrollo como proceso*, pp. 11-24.

GONZÁLEZ N., *¿Qué es una economía subdesarrollada?* Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, N° I, enero-marzo 1961.

MOLINA G., *Indicadores de salubridad, economía y cultura*, Revista de Salud Pública, La Plata, N° 3/4, 1963.

### 5. SALUTE E POPOLAZIONE

C.E.P.A.L., *La situación demográfica en América Latina*, Boletín Económico de América Latina, Vol. VI, N° 2, ottobre 1961.

CHIOZZA E., *Ideas sobre una política demográfica*, Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, N° 4; ottobre-dicembre 1961.

DIFRIERI H., *Algunas características y tendencias regionales de la población argentina*, Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, N°4; ottobre-dicembre 1962.

HEVEL J. V., *Habitat y vivienda*, Eudeba, Buenos Aires, 1961, cap.: "La habitación" e conclusione: "Hacia una solución tecnológica."

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Informa técnico N° 225, *Higiene de la vivienda*, 1961.



## PROGRAMMA DEL CORSO

- SONIS S., *Salud, medicina y desarrollo económico-social*, Eudeba, Buenos Aires, 1964. Cap. II: "Población"; Cap. IV: "Vivienda"; Cap. V: "Urbanización"
- UNESCO, *Aspectos sociales del desarrollo económico en América latina*, 1962.
- NACIONES UNIDAS, *Los problemas sociales de la urbanización en las regiones de economía insuficientemente desarrollada*, Antología seleccionada por G. Germani y J. Graciarena, Departamento sociología, 1961.

## 6. ALIMENTAZIONE

- CASTRO J., *Geopolítica del hambre*, Raigal, Buenos Aires.
- CASTRO J., *El libro negro del Hambre*, Eudeba, Buenos Aires, 1964.
- C.E.P.A.L., *Una política agrícola para acelerar el desarrollo económico de América latina*, Boletín de la Cepal, Vol. VI, N° 2, ott. 1961, pp. 1-12.
- F.A.O., *Lo sviluppo economico mediante la produzione di alimenti*, 1962.
- MASSEYEFF R., *El hambre*, Eudeba, Buenos Aires, 1962.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo*, Serie de Estudios Básicos N° 12, 1963.
- SONIS A.: *Salud, medicina y desarrollo económico-social*, cap. III, Eudeba, Buenos Aires.

## 7 LAVORO.

- BROWN J.A.C., *La psicología en la industria*, Fondo de Cultura Económica, Mexico, 1958, cap. 9: "Frustración", Sommario e Conclusioni.
- FLOYD W. F. - WELFORD. A. T., e coll., *Fatiga y trabajo*, Eudeba, Buenos Aires, 1964.
- FRIEDMANN G., *Problemas humanos del maquinismo industrial*, Sudamericana, Buenos Aires, 1956.
- MAYO E., *Problemas humanos en una civilización industrial*, Galatea-Nueva Visión, Buenos Aires, 1959.
- POLLOCK F., *Las consecuencias económicas y sociales de la automatización*, in "La revolución de los robots", pp. 55-99, Eudeba, Buenos Aires, 1961.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Problemas de la higiene del trabajo en la agricultura*, Cuarto rapporto del Comitato Misto O.I.T./O.M.S. di Igiene del Lavoro; Serie di Rapporti Tecnici N° 246.

- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 135, *Higiene del Trabajo*, 1957.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 183, *Problemas de Salud Mental que plantea la automatización*, 1959.
- WEBER A., *La dominación del tiempo libre*, in "La revolución de los robots". Eudeba, Buenos Aires, pp. 137-155.
- GUERREIRO RAMOS A., *Relaciones Humanas del trabajo*, Univ. Nac. de México.

## 8- PSICOLOGIA DEL CAMBIAMENTO

- COSTA PINTO L. A., *La sociología del cambio y el cambio de la sociología*, Eudeba, Buenos Aires, 1963. Cap. VII: Problemas, tensiones y crisis sociales.
- MEDINA ECHAVARRIA J., *Consideraciones sociológicas sobre el desarrollo económico*, Solar Hachette, Buenos Aires, 1964. Parte III: Hacia la nueva sociedad.
- MEAD M., *Sociétés, Traditions et Technologie*, Unesco, 1953
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 152, *Los problemas de Salud mental que plantea la utilización de la energía con fines pacíficos*, 1958.
- OPPENHEIMER R., *Ciencia y entendimiento común*, Galatea, Buenos Aires, 1957. Cap. I: pp. 9-22. Cap. VI: pp. 87-99.
- RUSSELL B., *Ciencias, filosofía y política*, Cap. VII: Psicología y política"
- STERN B. J., *Los progresos de la sociedad y la medicina*, Americalee, Buenos Aires, 1944.
- BERNARD J., *La sociología del conflicto*, Universidad de México.

## 9. ISTITUZIONI.

- BLEGER J., *Psicología institucional* (Dipartimento psicología). Trad. it.: cfr. p. 51 del presente volume.
- JAQUES E., *Social sistem as defence against persecutory and depressive anxiety*, In: Klein, M. - Rivière J.: "New Directions in Psychoanalysis" Trad. it.: *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva*, in "Nuove vie della psicoanalisi", Il Saggiatore, Milano, 1966.

YOUNG G., *Métodos científicos de investigación social*, México, 1953. (Cap. 16).

## 10. COMUNITÀ

ARONOVICI C., *La constitución de la comunidad*, Eudeba, Buenos Aires, 1965.

CAPLAN G., *Principles of Preventive Psychiatry*. (Cap. 6 e 7).

ONU, *Aspectos de los programas de desarrollo de la comunidad que guardan relación con la administración pública*. New York, 1960.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Rapporto tecnico N° 177: Psiquiatría social y actitudes de la comunidad*, 1951.

POZAS ARCINIEGAS R., *El desarrollo de la comunidad*, Univ. Nac. de México, Messico, 1964.

SCOTT J. - LYNTON R. P., *Le progrès technique e l'integration sociale*, Cap. I. "Les discordances de la société industrielle" Cap. III. "Processus du mairtien et de la formation des communautes: étude de deux cas particuliers", Unesco, 1953.

YOUNG P., *Métodos científicos de investigación social*. Messico, 1953. (Cap. 17 e 18).

## 11. STRUMENTI, METODI E TECNICHE

ARONOVICI C., *La construcción de la comunidad*, Cap. 15: "Indagación e invèstigación", Eudeba, Buenos Aires, 1965.

BRADFORD HILL A., *Principios de Estadística Médica*, cap. 15, Buenos Aires, 1957.

EDDISON R. T., *Applications sociales de la recherche operationelle. Science et société*. Impact. IV 2. 1953.

HORWITZ J., *El uso del método epidemiológico en psiquiatría*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 1, N° 6.

LIU TSUNGYI - STANDLEY C., *Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría*, Cuadernos de Salud Pública. N° 16-196.

LUNDBERG G., *Técnica de la investigación social*, Fondo de Cultura Económica, Messico.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Rapporto tecnico N° 185, Epidemiología de los trastornos mentales*.

REID D. D., *Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales*. Cuadernos de Salud Pública, N° 2, 1964.

YOUNG P., *Métodos científicos de investigación social*.

STERN E., *La psicoterapia en la actualidad*. Eudeba, Buenos Aires.

## 12. EDUCAZIONE E SALUTE PUBBLICA

HAVIGHURST R., *La sociedad y la educación en América latina*. Eudeba, Buenos Aires, 1962.

MODEIRA R., *Educación y desarrollo*, Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, gennaio-marzo 1961, N° 1.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 58, *Infancia físicamente disminuída*.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 177. *Psiquiatría social y actitudes de la colectividad*.

REISSIG L., *Educación y desarrollo económico*, Losada, Buenos Aires, 1961.

REISSIG L., *Problemas Educativos en América Latina*, Eudeba, Buenos Aires, 1963.

ROMERO BREST G., *Proposiciones para el planteamiento integral de la educación*, Revista de la Univ. de Buenos Aires, Año VI, N° 4, ottobre-dicembre 1961.

WALL W. D., *Education and Mental Health*. Unesco, 1955.

UNESCO, *Nuevas tendencias de la educación de adultos*, H. M. Hely. 1962.

UNESCO, *Educación y documentos de educación N° 19*.

## 13. PRIORITÀ NEI PROBLEMI DI IGIENE MENTALE

MOLINA-ADRIASOLA, *Principios de Administración Sanitaria*. (Cap. II).

BLEGER J., *El psicólogo clínico y la higiene mental*. Acta Psiquiátrica y Psicológica America Latina, 8.4.1962. Trad. it.: a p. 37 del presente volume.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Rapporto tecnico N° 9*. Comitato di Esperti della Salute Mentale.

## 14. AMBITI D'AZIONE DELLO PSICOLOGO

BLEGER J., *Psicología institucional*. Pubbl. del Dip. di Psicologia della Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires a p. 51 del presente volume.

## PROGRAMMA DEL CORSO

CAPLAN G., *Principles of Preventive Psychiatry*: "Un programa de prevención primaria" e Capítulos 6 e 7

### 15. PROBLEMI DELLO SVILUPPO

LEMKAU P. M., *Higiene mental*. Fondo de Cultura Económica. (Parte 2ª). Messico.

YOUNG K., *Personality and Problems of Adjustment*. Routledge Kegan Paul Ltd.

CUADERNO DE SALUD PÚBLICA N° 24: *El cuidado del niño en las guarderías*. ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 171. *Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez*.

BOWLBY, *Cuidados materiales y salud mental*. Organizzazione Mondiale della Sanità.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 70, *Adopción*.

UNESCO, *Nuevas tendencias de las organizaciones de la juventud* (N° 33).

### 16. LO PSICOLOGO NELLE CRISI

YOUNG K., *Personality and Problems of Adjustment*.

CAPLAN G., *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York. (Appendice B per il conflitto familiare). 1964. *Crisi*: Idem.

LINDEMANN E., *The Nature of Mental Health Works as a Professional Pursuit*. In: Strother C. R., "Psychology and Mental Health", (Appendice A).

### 17. LO PSICOLOGO E I PROBLEMI DI DISADATTAMENTO SOCIALE

GIBLINS T. C., *Tendencias actuales de la delincuencia juvenil*, Cuadernos de Salud Pública N° 5. 1964.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 131. *Asistencia médica y social a los toxicómanos*, 1957

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto Tecnico N° 42: *Higiene mental*. Alcolismo, 1953-54.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Rapporto Tecnico N° 9*. Comitato di Esperti della Salute Mentale.

- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 248. *El peligro de las radiaciones en relación con otros riesgos para la salud*.
- REPORT OF THE NARCOTICS CONFERENCE AT UNIVERSITY OF CALIFORNIA, *Contradictions in addiction*, 1963. *Public Health Reports*. Agosto 1963. Vol. 78 - N° 5.
- REPORT OF THE COMMITTEE ON MALADJUSTED CHILDREN, Ministry of Education. Londra, 1958. Cap. IV *The Nature, Symptoms and Causes of Maladjustment*.
- SYKES G., *El crimen y la sociedad*, Paidós, Buenos Aires, 1963.
- ZAMORANO M. - MUÑOZOGA C., *Crimen y alcohol*, Universidad de Chile, 1963.
- ZOLLA E., *Antropología negativa*, Sur, Buenos Aires, 1961.
- ZOLLA E.; *Las regresiones en la droga*, Buenos Aires.

## 18. LO PSICOLOGO E LA MALATTIA

- BLEGER J., *El psicólogo clínico y la higiene mental*, Acta Psiquiátrica y Psicológica America Latina, 8.4.1962. Trad. it.: a p. 37 del presente volume.
- HARPER R. A., *36 sistemas de psicoterapia*. (Cap. VI y IX).
- JONES M., *The Concept of a Therapeutic Community*. In: "Psychopathology" A cura di Reed - Alexander - Tomkins. Harvard Univ. Press, 1958.
- LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE PSICOTERAPIA (Publicación del Dep. de psicología de la Fac. de Fil. y Letras de Buenos Aires.)
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 134. *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental*, 1957.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 73. *El hospital psiquiátrico en la comunidad*, 1953.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 177, *Psiquiatría social y actitudes de la colectividad*, 1959.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ Rapporto tecnico N° 5. *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental*.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Rapporto tecnico N° 31. *Actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental*.
- RODRIGUÉ E., *Biografía de una comunidad terapéutica*. Eudeba, Buenos Aires, 1965.
- STERN E., *La psicoterapia en la actualidad*. Eudeba (Cap. X).

## Capitolo 2°:

JOSÉ BLEGER

### GRUPPI E ISTITUZIONI

1. Igiene e igiene mentale. *Conoscenza e prevenzione*. Principali pubblicazioni e testi illustrati.
2. Igiene pubblica e igiene mentale. *Conoscenza e prevenzione*. Strategie generali, preventive e sociali. Prevenzione primaria, secondaria e terziaria. (Capitolo).
3. Ubicuità dell'igiene mentale: teragnosia, diagnosi precoce, profilassi, riabilitazione e promozione dell'igiene. *Aspetti*. Stato attuale della salute mentale.
4. Salute e sviluppo socioeconomico. *Sottosviluppo*: i suoi caratteri costitutivi. *Psicologia del sottosviluppo*: i suoi indici. *Sottosviluppo regionale*.
5. Salute e popolazione: crescita e stabilità. *Ciclo demografico del sottosviluppo*. *Natalità e mortalità*. *Mortalità infantile*. *La Repubblica Argentina e la sua popolazione*. *Immigrazione*. *Monarca*. *Industrializzazione e urbanizzazione*. *Patologia urbana e rurale*. *Modo di vita*: la sua relazione con la salute. *Il problema delle malattie croniche*.
6. *Alimentazione, livello di vita e salute*. *Politica alimentare*. *La cattiva alimentazione e le sue cause*. *Fame nascosta*. *Sottocollimazione*.

\* Questo insegnamento formava parte del corso di laurea in Psicologia (specializzazioni clinica e della Famiglia e Psicologia) dell'Università di Buenos Aires, ed era parte integrante della programmazione più generale degli altri insegnamenti del corso (psicologia evolutiva, psicopatologia, clinica adulti, clinica bambini, ecc.). In questo senso l'insegnamento di igiene mentale presuppone l'utilizzo delle conoscenze acquisite attraverso lo studio delle altre discipline.

JOSÉ BLEGER

## 2.1 GRUPPI OPERATIVI NELL'INSEGNAMENTO\*

Il gruppo operativo, secondo la definizione che ne ha dato l'iniziatore del metodo, Enrique J. Pichon-Rivière, "è un insieme di persone con un obiettivo comune", che tentano di raggiungere operando in équipe. A una struttura di équipe si arriva soltanto attraverso un'attività costante: gran parte del lavoro di un gruppo operativo consiste, in sintesi, nell'imparare ad operare come équipe.

Nel campo dell'insegnamento, il gruppo si esercita all'apprendimento, cosa che ottiene soltanto cercando di imparare, cioè operando. Il gruppo operativo ha propositi, problemi, istanze e conflitti che devono essere presi in considerazione ed analizzati dal gruppo stesso, a mano a mano che emergono; verranno esaminati in rapporto al compito e agli obiettivi che ci si è prefissi. Attraverso la loro attività, gli esseri umani entrano in determinate relazioni fra loro e con le cose, relazioni che vanno al di là del semplice vincolo tecnico che li lega al compito da svolgere, e questo insieme di elementi, soggettivi e relazionali, costituisce il fattore umano più specifico del compito stesso.

Nell'insegnamento il gruppo operativo lavora su un argomento generico di studio scelto in precedenza ma, nel trattarlo, sviscera anche i diversi aspetti del fattore umano. Benché il gruppo si applichi concretamente a una

\* Conferenza tenuta nel 1961 presso l'Associazione Argentina di Psicologia e Psicoterapia di Gruppo. Ne è comparsa una sintesi nella "Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo", 1, 2, 1961. È stata utilizzata inoltre, in copie ciclostilate, dal corpo docente della Facoltà di Medicina di Montevideo e della Scuola di Psicologia dell'Università dell'Avana.



data attività, il fattore umano riveste un'importanza fondamentale, poiché costituisce lo "strumento per eccellenza" Non vi è infatti nessuno strumento che funzioni senza l'uomo.

Noi ci opponiamo alla vecchia illusione, tanto diffusa, secondo la quale si svolge meglio un compito quando si prescinde dai cosiddetti fattori soggettivi e lo si considera unicamente da un punto di vista "oggettivo" Al contrario, sosteniamo, e non solo a parole ma anche con la nostra attività pratica, che si può portare a termine un compito con la massima efficacia soltanto se vi si include sistematicamente l'essere umano nella sua intenzione. D'altronde, in questo modo non si fa altro che accettare i fatti così come sono: si include l'essere umano nella teoria e nella gestione operativa del compito perché in effetti ne faceva già parte. Ma questa posizione è "disalienante", nel senso che mira all'integrazione fra le varie parti e a fare in modo che il compito non comporti l'alienazione. Nella sfera dell'umano si raggiunge la massima obiettività soltanto se si prende in considerazione l'individuo (compresi i fattori soggettivi), cioè se si osservano le cose nella loro realtà, per comprenderle e riuscire a far sì che si svolgano nella maniera migliore. Queste considerazioni non sono affatto estranee al tema che stiamo trattando: basti pensare che fra gli strumenti sociali di alienazione figura ai primi posti l'insegnamento e il modo, disumanizzato e disumanizzante, in cui generalmente viene impartito.

Ho redatto la presente relazione sulla base dell'"Experiencia Rosario" e dell'attività realizzata dai gruppi operativi della Scuola Privata di Psichiatria (che funziona ormai da tre anni) e nell'ambito delle cattedre di diverse facoltà (1).

Gli argomenti che cercherò di sviluppare, sebbene non necessariamente in quest'ordine, sono i seguenti:

- a) come avviene l'apprendimento nei gruppi operativi;
- b) perché si procede in questo modo;
- c) l'esperienza fatta a tale proposito;
- d) che cosa si può dire, in generale, sull'apprendimento in rapporto all'esperienza compiuta con i gruppi operativi.

(1) E. PICHON-RIVIÈRE - J. BLEGER - D. LIBERMAN - E. ROLLA, *Técnica de los grupos operativos*, Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 6, p. 32, 1960. Trad. it. in "Il processo gruppale. Dalla Psicoanalisi alla Psicologia sociale", Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985.

## Insegnamento e/o apprendimento

Stiamo parlando di gruppi di insegnamento o di gruppi di apprendimento? In realtà, di entrambe le cose, e questo è uno dei punti fondamentali della nostra concezione. Insegnamento e apprendimento costituiscono due momenti dialettici inseparabili, parti integranti di un unico processo in perenne movimento, e ciò non soltanto per il fatto che quando c'è qualcuno che impara deve necessariamente esserci qualcun altro che insegna, ma anche in base al principio secondo il quale non è possibile insegnare correttamente se non si apprende nel momento stesso in cui si insegna. Questo processo di interazione deve ristabilirsi pienamente nell'attività del gruppo operativo.

Nell'impostazione tradizionale, vi è un individuo o un gruppo che insegna e un altro che impara. Tale dissociazione deve essere eliminata, benché questo crei per forza di cose una certa ansia, provocata dal cambiamento e dall'abbandono di un comportamento stereotipato. Per gli esseri umani le norme sono, di fatto, delle regole di condotta e ogni tipo di comportamento corrisponde sempre a un ruolo. Il fatto di mantenere e ripetere gli stessi comportamenti e le stesse norme, in modo rituale, permette di non dover affrontare cambiamenti o cose nuove e, in tal modo, di evitare l'ansia. Ma il prezzo che si paga per questa sicurezza e questa tranquillità è la paralisi dell'insegnamento e dell'apprendimento, e la trasformazione di questi strumenti nell'esatto contrario di ciò che dovrebbero essere, ossia in un mezzo di alienazione dell'essere umano.

Nell'ambito di una cattedra o di un'équipe di lavoro, il semplice fatto di considerare la necessità di un'interazione fra insegnamento e apprendimento minaccia di rompere gli stereotipi e provoca l'insorgenza di ansie. Lo stesso accade quando si tenta di apportare qualche cambiamento in certe classi magistrali stereotipate e in quei corsi in cui "tutto va bene" e si ripetono sempre le stesse cose. La reazione che ne deriva porta a un blocco, a una vera e propria nevrosi del *learning* e, di conseguenza, a una distorsione dell'apprendimento da parte degli studenti. Non si può pensare di organizzare l'insegnamento in gruppi operativi senza che il personale docente rientri nello stesso processo dialettico degli studenti, senza dinamizzare e relativizzare i ruoli e senza rendere possibile un reale e costruttivo scambio fra insegnanti e studenti. Il corpo docente teme la perdita della propria fun-

zione e il caos che ne conseguirebbe, ed è in questo senso che va analizzata la sua ansia di rimanere "spogliato", senza ruolo, di fronte allo studente, che appare allora temibile come un vero e proprio oggetto persecutorio. È necessario dunque far capire che la miglior "difesa" consiste nel conoscere ciò che si insegnerà e nel valutare onestamente quello che si sa e quello che si ignora.

Un momento culminante di questo processo è quello in cui chi insegna è in grado di dire "non so" e di ammettere in tal modo che in realtà non conosce un determinato argomento o una parte di esso. È questo un momento estremamente importante, perché comporta, fra l'altro, l'abbandono dell'atteggiamento di onnipotenza, la riduzione del narcisismo, l'adozione di atteggiamenti appropriati nelle relazioni interpersonali, la ricerca e l'apprendimento, nonché la capacità di porsi come essere umano di fronte agli altri esseri umani e alle cose così come sono.

Il livello del "non so" si raggiunge quando vi è la possibilità di sollevare dei problemi e si posseggono gli strumenti adeguati per risolverli. Non sto affatto cercando di difendere l'ignoranza o di renderla bene accetta, ma sottolineando la necessità di situare le cose entro i limiti dell'umano e la possibilità di raggiungere un maggiore grado di integrazione e perfezionamento nello svolgimento del proprio compito. L'immagine idealizzata del professore onnipotente e onnisciente disturba l'apprendimento, in primo luogo quello dell'insegnante stesso. La cosa più importante, in qualsiasi campo della conoscenza, non è tanto disporre di un'informazione completa, quanto possedere gli strumenti atti a risolvere i problemi inerenti al settore considerato. Chi si ritiene il depositario di un'informazione con queste caratteristiche ha esaurito le sue possibilità di imparare e di insegnare in modo davvero proficuo.

Insegnare e apprendere nell'ambito di gruppi operativi non significa soltanto trasmettere delle informazioni, ma condurre coloro che ne fanno parte all'assimilazione e all'uso appropriato degli strumenti di indagine. E si può raggiungere questo risultato soltanto quando vi è già riuscito il corpo docente. Insisto nell'affermare che ciò che conta, in campo scientifico, è non già l'accumulo delle nozioni acquisite, bensì la capacità di utilizzare queste come strumenti per indagare la realtà ed agire su di essa. Vi è una grande differenza fra il sapere accumulato e quello utilizzato: il primo aliena (perfino chi ne è il depositario), il secondo arricchisce sia il compito che l'es-

sere umano. Possiamo dire, rifacendoci in parte a Montesquieu, che riempire delle teste non significa formarle, e men che meno formarne tante da far sì che ognuno abbia la propria.

Non vi è essere umano al mondo che non possa insegnare qualcosa, se non altro per il fatto che ha una certa esperienza di vita. Desideriamo chiarire, inoltre, che apprendere non vuol dire semplicemente raccogliere informazioni già assodate, ma piuttosto trasformare in insegnamento e in apprendimento qualsiasi comportamento o esperienza, qualsiasi relazione o attività. Apprendimento e insegnamento sono così intimamente legati che spesso, nei gruppi operativi che si occupano di questo tema, è stato adottato un neologismo, che in un primo momento è apparso come un lapsus, derivante dalla fusione di questi due termini: "enseñaje" (1).

Il coordinatore di un gruppo operativo e il direttore di un corso organizzato operativamente devono lavorare, o meglio "co-lavorare" e "co-pensare" (come sostiene E. Pichon-Rivière) con i loro studenti e assistenti. Quando nacque questo progetto in seno a un gruppo operativo di assistenti di una cattedra, alcuni obiettarono che se si fosse lavorato a quel modo gli studenti avrebbero potuto pensare che vi sono cose che non conosciamo. Gli fu risposto che in effetti è così e che gli studenti avrebbero ragione a pensarlo, ma che in ogni caso noi dovremmo ammetterlo.

Per organizzare l'insegnamento in gruppi operativi è necessario prima smantellare e rompere un buon numero di stereotipi, che vengono reiterati e servono come difesa contro l'ansia, ma che d'altro canto paralizzano il processo dialettico dell'insegnamento e dell'apprendimento. Si dovrebbe evitare di alimentare una falsa immagine, per quanto riguarda i professori o gli studenti, e trasmettere invece le informazioni al livello in cui le possediamo, senza omettere di presentare anche i fatti dubbi, contraddittori o irrisolti. Gran parte delle semplificazioni operate con finalità didattiche, come pure buona parte dei libri di testo, forniscono le informazioni come se si trattasse di un alimento predigerito, e servono per riempire teste e non già per formarle. I sistemi educativi e pedagogici sono, d'altronde, istituzioni modellate sulla lotta di interessi fra classi sociali, e i metodi antiquati d'in-

(1) Neologismo intraducibile in italiano, derivante dalla fusione di "enseñanza" e "aprendizaje" (n.d.t.).

segnamento sono strumenti di conservazione e di controllo perfettamente adatti, se intesi in questo senso, a soddisfare gli obiettivi politici, sociali e ideologici propri di queste classi.

Come si possono trasmettere agli studenti gli strumenti di critica e di indagine? Vi è un unico modo per riuscirvi, ed è quello di utilizzarli trasformando gli studenti da ricettori passivi in coautori dei risultati ottenuti, rendendoli consapevoli delle loro potenzialità in quanto esseri umani e mettendoli in condizione di servirsene. In altri termini, bisogna potenziare l'energia e il dinamismo sia degli studenti che del corpo docente.

### L'insegnamento in gruppo

La tecnica operativa nell'insegnamento modifica sostanzialmente l'organizzazione di quest'ultimo e il modo di impartirlo, così come gli obiettivi che ci si è prefissi di raggiungere. Essa problematizza in primo luogo l'insegnamento stesso, oltre a favorire l'esplicitazione delle difficoltà e dei conflitti che lo perturbano e lo distorcono. È uno strumento di lavoro e non costituisce una panacea per tutti i problemi, cosa che, fra l'altro, sarebbe utopistica.

È indispensabile trasformare le conoscenze scientifiche in maniera tale da farne uno strumento per operare, ed evitare il semplice accumulo di nozioni. Questo costringe a sistematizzare il contenuto dei programmi e delle materie in un modo diverso da quello tradizionale. Generalmente si ritiene di dover insegnare ciò che è già assodato e risulta scientificamente attendibile; il lavoro con gruppi operativi, al contrario, ci ha convinti della necessità di partire dal presente e dal reale, e rielaborare tutta la storia di una scienza sulla base di tali presupposti. Dubbi e lacune non devono venire nascosti o colmati con delle improvvisazioni.

L'istituzione in cui si impartisce l'insegnamento deve essere organizzata, nel suo complesso, come uno strumento per insegnare e, nel contempo, problematizzata in maniera radicale e sistematica. I conflitti di carattere istituzionale trascendono, implicitamente, l'insegnamento e appaiono come distorsioni di quest'ultimo. I conflitti che non vengono esplicitati né risolti a livello dell'organizzazione istituzionale confluiscono nei livelli inferiori, cosicché lo studente diventa una specie di deposito in cui essi si raccolgono o contro cui vanno a cozzare.

Nel corso dell'insegnamento in gruppi operativi è necessario sia studiare e indagare l'insegnamento stesso che problematizzare ogni tipo di conoscenze e di strumenti. E ciò non può avvenire se non in un clima di libertà.

La tendenza predominante, nell'insegnamento operativo, deve essere quella di muoversi verso l'ignoto, orientando la propria indagine su ciò che non è stato ancora sufficientemente chiarito. Se vi è un principio generale, fondamentale, di cui tenere conto è quello secondo il quale si devono rompere gli stereotipi, su qualunque piano o a qualunque livello essi si manifestino. Lo stereotipo è il tarlo della docenza. Nel campo scientifico si progredisce non soltanto trovando delle soluzioni, ma anche, e soprattutto, sollevando nuovi problemi, e bisogna imparare a non avere paura di farlo. In questo modo lo studente impara, con la sua diretta partecipazione, sia a porre dei problemi che ad usare gli strumenti per risolverli e a prospettare tutte le possibili vie di soluzione.

#### Che significa apprendere?

Il termine "apprendere" è alquanto contaminato dall'intellettualismo; il processo di apprendimento, infatti, è concepito come l'operazione intellettuale mediante la quale si accumulano informazioni. Un'altra definizione, che per quanto sia in un certo senso corretta appare piuttosto riduttiva, lo descrive come una modifica del sistema nervoso prodotta dall'esperienza. A tali concezioni preferiamo quella in base alla quale l'apprendimento sarebbe una modifica più o meno stabile delle regole di comportamento, intendendo per comportamento ogni cambiamento a cui è sottoposto l'essere umano, qualunque sia l'area in cui si manifesta; in questo senso, vi può essere apprendimento anche a prescindere da una sua formulazione di carattere intellettuale. Può anche esserci una connotazione intellettuale nella formula; se però tutto si riduce a questo, si produrrà una dissociazione nell'apprendimento, esito molto frequente dei procedimenti comunemente utilizzati.

La tecnica operativa implica, pertanto, una concezione globale del processo di apprendimento, concezione che viene orchestrata dalla tecnica e che si arricchisce, a sua volta, dei risultati della sua applicazione. Si tende a fa-

re in modo che qualsiasi informazione venga assimilata e trasformata in uno strumento per ricominciare ad apprendere e per continuare a suscitare e a risolvere problemi di carattere scientifico o di altro genere.

### L'essere umano e l'apprendimento

La distorsione ideologica dell'insegnamento tradizionale è arrivata a un punto tale che oggi appare indispensabile reinserire l'essere umano nell'apprendimento, dal quale fu emarginato in nome di una presunta oggettività. È evidente che non può esservi apprendimento senza l'intervento dell'uomo, ma di fatto ci si è comportati come se si ignorasse ciò e si mirasse in realtà non tanto a fargli acquisire gli strumenti per il suo sviluppo, quanto invece a trasformarlo in uno strumento disumanizzato e alienato. Non si è cercato soltanto di dominare le cose tramite la conoscenza, ma anche di dominare e controllare gli esseri umani mediante l'insegnamento e l'apprendimento.

L'essere umano è pienamente integrato in tutto ciò in cui interviene, a tal punto che a un problema non risolto si accompagnano sempre tensioni o conflitti psicologici, ma nel momento in cui trova la soluzione al problema vengono a cessare automaticamente la tensione o il conflitto psicologico. La conoscenza che l'uomo acquisisce di un determinato oggetto, del resto, non è altro che un comportamento proprio dell'essere umano. Quando si interviene su un oggetto, non si modifica soltanto l'oggetto, ma anche il soggetto, e viceversa; e tali modifiche avvengono simultaneamente. Non si può intervenire al di là delle reali possibilità dell'oggetto, e tanto meno di quelle reali e momentanee del soggetto; e le potenzialità psicologiche del soggetto sono altrettanto reali e obiettive di quelle dell'oggetto.

Pertanto, qualunque impedimento, carenza o deformazione dell'apprendimento è, al tempo stesso, un impedimento, una carenza o una deformazione della personalità del soggetto e, inversamente, tutti i disturbi della personalità (nevrosi, psicosi, caratteropatie, perversioni) sono disturbi dell'apprendimento. Il trattamento psicoanalitico mira a rompere questi stereotipi di comportamento, a dare un'impostazione del tutto diversa all'apprendimento e a renderlo nuovamente possibile, apportando una sostanziale rettifica a quello precedente. In tal modo, non vi è più una diffe-

renza essenziale fra apprendimento e terapeutica nella teoria e nella tecnica dei gruppi operativi; l'unica distinzione sta nel compito esplicito che il gruppo si propone di realizzare. Il gruppo operativo capace di costituire un'équipe in grado di apprendere è implicitamente arrivato a una certa rettifica dei vincoli stereotipati e quindi a un determinato grado di efficacia terapeutica.

Questo non significa assolutamente che qualsiasi compito, in qualunque condizione venga realizzato, sia terapeutico e nemmeno che sia sufficiente far lavorare un malato, individualmente o in gruppo, per ottenere la sua guarigione. In questa convinzione sta, in gran parte, l'errore di molti sistemi di ergoterapia, secondo i quali il lavoro aiuterebbe a guarire. Il lavoro in sé è un'astrazione che non fa né guarire né ammalare; ciò che guarisce, arricchisce la personalità, oppure fa ammalare, sono le condizioni umane o disumane in cui si ha modo di esercitarlo, il tipo di vincolo o di relazione interpersonale che si instaura mentre si lavora.

Il gruppo operativo tende a fare in maniera che si instauri un ottimo vincolo, in grado di arricchire la personalità e il compito, e di correggere modelli stereotipati o distorti. A questo proposito, conviene precisare inoltre che la "semplice" stereotipia o blocco dell'apprendimento è, di per sé e per questo stesso fatto, una distorsione del comportamento (nevrotico o psicotico).

Il ripristino della spirale e la rottura degli stereotipi sono le azioni congiunte che il coordinatore del gruppo operativo deve sorvegliare da vicino: nella misura in cui ne sarà capace si risolveranno le dissociazioni. Una di queste, che già abbiamo considerato, è quella fra soggetto e oggetto come coppia dialettica; un'altra, di estrema importanza, è la dissociazione tanto frequente fra teoria e pratica, fra informazione e azione, oppure fra quello che si conosce o si dice e quello che si fa in realtà. Stando così le cose, le dissociazioni (disturbi nevrotici e/o dell'apprendimento) raggiungono una portata allarmante e compaiono sotto qualunque forma: troviamo quindi la cultura enciclopedica accompagnata da una pratica grossolana, oppure l'ignoranza della teoria unita a una grande abilità e a un buon "occhio clinico" nella pratica. In ambedue i casi, vengono disumanizzati sia il compito che l'essere umano. La prassi, al contrario li arricchisce entrambi, e nel gruppo dobbiamo tendere a questo risultato eliminando ogni possibile dissociazione fra teoria e pratica, in qualunque forma si manifesti, sia pure in quella della dissociazione e contraddizione - tanto frequente - fra ideolo-



gia e azione. Tutte queste non sono soltanto distorsioni del compito, ma anche dissociazioni della personalità, e risolvendole si ottiene un duplice risultato.

Benché si possano utilizzare, e di fatto si utilizzino, tecniche operative in gruppi terapeutici, i gruppi di insegnamento non sono terapeutici in via diretta, ma il loro effetto terapeutico deriva da quello didattico; qualunque tipo di insegnamento e di istruzione, se impartito in modo corretto, sarà sempre, implicitamente, terapeutico. La necessità di ricorrere a procedimenti di carattere specificamente terapeutico denoterebbe che si è fatto cattivo uso della tecnica operativa, mobilizzando e forzando le ansie oltre il limite indicato dagli emergenti del gruppo stesso, e al di là di quanto può essere implicitamente elaborato durante l'apprendimento.

Tutti i procedimenti pedagogici hanno sempre mirato a formare e a modificare opportunamente la personalità dello studente. Ora ciò è reso possibile dall'impiego delle tecniche operative, e la confusione fra terapia e insegnamento non è propria di queste ultime, ma riguarda i pedagoghi, che hanno cercato quello che temevano di trovare ed ora temono quello che è già stato trovato.

### Il pensare e l'apprendere

Il pensare è il perno intorno al quale ruota l'apprendimento, e nei gruppi operativi, quando si instaura la spirale, si fa intervenire attivamente il pensiero. Vi è un tipo di apprendimento, o una parte di esso, che interessa esclusivamente la sfera corporea (come, ad esempio, l'imparare a scrivere a macchina o ad andare in bicicletta), e in questi casi si deve completarlo elevando al livello del pensiero quanto si è fatto o appreso con il corpo. Un'alta percentuale dell'attività lavorativa, nella nostra civiltà industriale, viene realizzata esclusivamente a livello del corpo (sia il lavoro di un operaio che quello di un professionista), il che favorisce o condiziona la dissociazione tra ciò che si fa e ciò che si pensa mentre si agisce. Per poter apprendere in modo proficuo è necessario dapprima eliminare questa dissociazione e quindi arricchire con il proprio pensiero l'attività che si sta svolgendo e riuscire a pensare a ciò che si fa.

Se ci venisse chiesto se pensiamo, tutti noi risponderemmo affermativamente e addirittura considereremmo la domanda offensiva, ovvia o assurda. Tuttavia, gran parte di quello che noi chiamiamo "pensare" non è altro che un circolo vizioso, stereotipato. Altre volte, il pensare è per noi qualcosa che si dissocia dall'attività, che non precede né segue l'azione, ma si sostituisce ad essa. Tutte queste forme distorte del pensare non sono soltanto degli atteggiamenti psicologici con motivazioni individuali, ma anche, fondamentalmente, *modelli culturali* e fanno parte della sovrastruttura dell'organizzazione socioeconomica imperante. Parte di questo bagaglio ideologico è costituita dalla logica formale, che frammenta, "elementarizza" il processo del pensiero. Questo è sempre un processo dialettico, mentre la logica formale non è una forma creativa di pensiero, ma è lo stereotipo e il controllo di quest'ultimo. Il pensiero spontaneo è quello dialettico, che è limitato e represso dal pensiero formale, mediante il quale in realtà non si pensa, ma si critica e si controlla il pensiero dialettico fino al punto di bloccarlo. La rottura di questo blocco comporta - come vedremo più avanti - confusione e dispersione, ma rappresenta un passaggio necessario per ristabilire il pensiero dialettico. Aggiungiamo, per inciso, che non tutti coloro che parlano di dialettica di fatto la utilizzano ed è frequente la coesistenza di un pensiero rigidamente formale e di una difesa verbale della dialettica.

Per poter pensare è indispensabile essere in grado di accettare e tollerare un certo livello di ansie, provocate dall'avviamento del processo - la spirale - con il conseguente ampliamento delle possibilità e la perdita degli stereotipi, ossia di punti di riferimento controllati, sicuri e fissi. In altri termini, pensare significa abbandonare un ambito di sicurezza e trovarsi all'improvviso in mezzo a un mare di possibilità.

Nel pensiero l'oggetto e il soggetto coincidono sempre, e non è possibile "rimuovere" l'oggetto senza "rimuovere" e mettere in discussione se stessi. Nella paura di pensare è insito il timore di cadere in preda ad ansie e confusioni e di non riuscire più a venirne fuori. *Ansie e confusioni sono, del resto, inscindibili dal processo del pensiero e, pertanto, dell'apprendimento.*

Una delle prerogative migliori del gruppo operativo è la possibilità che esso offre di imparare ad agire, pensare e fantasticare liberamente, a riconoscere lo stretto nesso e l'impercettibile distanza che intercorre fra l'immaginare, il fantasticare, il pensare e il formulare ipotesi scientifiche. In questo senso, un timore molto comune è quello di cadere nella follia e di

non riuscire più a controllare il pensiero e la fantasia ("la pazza di casa"). Del resto, senza fantasia e senza immaginazione non può esservi creatività. La realtà supera in fantasia e immaginazione quelle di tutti gli uomini messi assieme. Bisogna aiutare il gruppo a elaborare questa paura della pazzia e della perdita del controllo, insegnargli ad ammettere la presenza del gioco nel pensiero e nel compito e a provare piacere pensando e lavorando. La situazione più felice si ha quando il lavoro coincide con l'hobby, ossia quando esso è anche una fonte di piacere. Tuttavia, per quanto possa sembrare paradossale, paure e sofferenze sono momenti del processo creativo che si accettano più facilmente dei momenti in cui si prova piacere a pensare e a lavorare.

Un problema piuttosto frequente nei gruppi operativi è quello della comparsa di sensi di colpa legati al fenomeno del pensare, come se questo costituissero un ostacolo in più. E anche quando si riesce a fare in modo che il gruppo accetti senza sensi di colpa il piacere di pensare e di lavorare, si devono affrontare i problemi connessi al senso di colpa derivante dal fatto che si sta insegnando a pensare e dal piacere e dalla gratificazione che il corpo docente ne ricava. Nulla, infatti, è più gratificante nella docenza che insegnare a pensare, a muoversi coerentemente con il proprio pensiero e, viceversa, a pensare in modo conseguente alle proprie azioni nel momento stesso in cui le compiono.

Il pensare, tuttavia, non è anodino, e neppure il far pensare lo è. Ricordiamoci di Socrate e del suo destino, e paragoniamolo a quello dei suoi accusatori Meleto, Anito e Licone, rappresentanti della tradizione e della stereotipia.

Bachelard diceva che si pensa sempre "contro" qualcuno; bisognerebbe aggiungere che si pensa anche con qualcuno e per qualcuno o qualcosa. In realtà tutti questi vincoli coesistono e si alternano come momenti di un unico processo; processo che, tuttavia, può alterarsi o rimanere paralizzato durante una di queste fasi. È molto frequente il caso di individui capaci di pensare solamente "contro" qualcun altro, "contro" quello che pensano gli altri. In tali casi si constata che se il soggetto non si comporta in questo modo cade in confusione, mentre ne resta immune proiettando su altri il ruolo della propria parte avversa.

Nell'insegnamento in gruppi operativi si deve tener conto anche della necessità di applicare al processo del pensiero un certo rigore terminologico

e tecnico, e di introdurre, ove ce ne fosse bisogno, l'analisi semantica, di modo che la comunicazione verbale dia adito il meno possibile a malintesi.

Il processo dell'apprendimento ha, nell'ambito del gruppo, una funzione maieutica vera e propria, non perché consista nel tirar fuori da ognuno quello che già racchiude in sé, ma in quanto il gruppo realizza i suoi obiettivi e le sue scoperte attivando quello che vi è di ricchezza e di esperienza in ogni essere umano, se non altro per il fatto che ha vissuto. I componenti del gruppo non imparano soltanto a pensare, ma anche, grazie all'apertura della spirale, a osservare e ad ascoltare, a porre in relazione le proprie opinioni con quelle degli altri, ad accettare il fatto che altri la pensino in modo diverso e a formulare ipotesi nell'ambito di un lavoro d'équipe. Nello stesso tempo, essi imparano anche a leggere e a studiare.

Si osserva molto spesso, negli ambienti professionali, che lo studente o il professionista interessato al proprio compito tende a preoccuparsi quasi esclusivamente dell'aggiornamento, cioè a ingerire una grande quantità di libri e di riviste che guarda superficialmente perché la sola cosa che considera importante è captare il nuovo e fare incetta di bibliografia e informazioni. Il gruppo operativo induce a pensare mentre si legge e a considerare questo come il fattore più importante della lettura, che in tal modo può venire utilizzata come fonte di un dialogo costruttivo e non stereotipato o bloccante (1). In questo senso, un solo articolo, ma sostanzioso, può offrire spunti di riflessione per intere settimane.

Perché il gruppo raggiunga questo obiettivo, il suo coordinatore deve essere in grado di affrontare la stereotipia nella sua essenza, di analizzare gli schemi di riferimento del gruppo e di mantenere l'ansia a un livello ottimale. Non è necessario far nulla per instaurare il processo dialettico del pensare, perché esso è spontaneo, ma c'è molto da fare per eliminare le barriere e i blocchi che impediscono il suo funzionamento.

(1) Si veda, al riguardo, l'articolo di Ortega Y Gasset in *Diogenes*, n° 28.

## Schema di riferimento

Lo schema di riferimento è "l'insieme di esperienze, conoscenze e affetti mediante i quali l'individuo pensa e agisce". È il risultato dinamico della cristallizzazione, organizzata e strutturata nella personalità, di tutto un complesso di esperienze che riflettono una determinata struttura del mondo esterno, esperienze sulla base delle quali il soggetto pensa e esercita la sua azione sul mondo.

La tattica del gruppo operativo deve mirare alla revisione dello schema di riferimento, e quest'ultimo deve essere oggetto di costante indagine. Se manca uno schema di riferimento adeguato, i fenomeni non vengono percepiti, ma per arrivare alla sua formazione è indispensabile mantenere il contatto e lo scambio dinamico con l'oggetto di indagine. Quando scopriamo il fenomeno, stiamo già consapevolmente creando lo schema di riferimento atto a percepirlo, ma per giungere a questo è necessaria una lunga esperienza preliminare a contatto con l'oggetto, così che il soggetto si impregni di esso in maniera progressiva e graduale fino al momento in cui si produce il salto dialettico e lo schema di riferimento viene percepito a livello conscio. L'importante, tuttavia, non è soltanto lo schema di riferimento conscio, ma anche tutti quei fattori inconsci e dissociati che entrano in gioco e che, se ignorati, distorcono o bloccano l'apprendimento.

Lo schema di riferimento è, in gran parte, il fattore aprioristico, irrazionale, della conoscenza razionale e dell'attività scientifica. La sua revisione in seno al gruppo operativo amplia le possibilità razionali e comporta un esame della fonte profana della conoscenza, oltre alla riorganizzazione e all'impiego razionale della stessa in ambito scientifico, ammettendo una continuità fra la conoscenza scientifica e quella volgare. Così come lo schema di riferimento di carattere dinamico e plastico è la condizione necessaria per l'apprendimento, quello stereotipato si trasforma in una barriera.

L'indagine dello schema di riferimento è il metodo per rompere gli stereotipi, ma solo utilizzandolo è possibile operare su di esso un'indagine e una modifica. La tecnica del gruppo operativo deve orientarsi verso la partecipazione libera, spontanea, dei suoi componenti, che in tal modo appor-teranno i propri schemi di riferimento e li speri-menteranno in una realtà più ampia, al di fuori dei limiti della stereotipia, dell'autismo o del narcisismo, prendendo coscienza di essi per poterli in seguito correggere.

Non si tratta, d'altro canto, di ottenere una modifica dello schema di riferimento in un senso o in una modalità prestabiliti, e tanto meno di arrivare a uno schema di riferimento già completo e strutturato. L'apprendimento consiste essenzialmente, nella sua forma ottimale, nell'avere la possibilità di una costante revisione dello schema di riferimento, in funzione delle esperienze proprie di ogni situazione, sia all'interno del gruppo che al di fuori di esso. Si tratta, cioè, di imparare a mantenere uno schema di riferimento elastico e non stereotipato, come strumento che viene costantemente rettificato, elaborato, modificato e perfezionato.

Lo schema di riferimento costituisce, in sintesi, un'integrazione unitaria del mondo e del corpo; con esso si controllano le tensioni e si impedisce l'insorgenza traumatica di situazioni o di fatti nuovi. Per la revisione dello schema di riferimento la graduazione delle ansie è un fattore di una certa importanza.

Nel gruppo operativo si costruisce a poco a poco uno schema di riferimento di gruppo, che è ciò che realmente consente al gruppo di operare in équipe, in modo unitario e coerente. Questo non significa che tutti debbano pensarla allo stesso modo, cosa che, in ultima analisi, sarebbe esattamente il contrario di ciò che ci proponiamo di ottenere dal gruppo operativo. Unità non vuol dire, nel suo significato dialettico, esclusione di opposti; al contrario, l'unità implica l'esistenza di opposti al suo interno. Ed in questo consiste la vera unità di un gruppo operativo. Il risultato ottimale si ha quando alla massima eterogeneità dei componenti corrisponde la massima omogeneità del compito.

Lo schema di riferimento è sempre parte integrante delle ideologie, e queste sono sempre immancabilmente presenti all'interno del gruppo operativo e in ogni attività di insegnamento e apprendimento. Bisogna fare in modo che ciascun membro operi in base alla propria ideologia, il che rappresenta per quest'ultima il miglior esame e la migliore revisione; non si tratta di difenderla in un'esposizione teorica, ma piuttosto di utilizzarla. Emergeranno allora le difficoltà e le dissociazioni, così come le contraddizioni e la coesistenza di ideologie inconciliabili o di segmenti non integrati. L'ideologia si difende e si integra facendo di essa un mezzo d'azione e non semplicemente un argomento di conversazione. Ci riferiamo a ideologie di ogni tipo - politiche, scientifiche, sociali, economiche, religiose, eccetera - e a quelle proprie di alcuni settori scientifici, come la psichiatria, la psicologia, ecce-

tera. Con questo compito del gruppo operativo si mira a risolvere un problema piuttosto diffuso: quello dell'ambiguità e della coesistenza di elementi di opposte ideologie, che non si integrano. Dobbiamo far sì che l'ideologia diventi uno strumento in mano all'uomo e non che quest'ultimo si trasformi in uno strumento dell'ideologia. Non si tratta nemmeno di considerare le ideologie come fenomeni dannosi, quanto piuttosto di fare in modo che il gruppo le utilizzi, sottoponendole così a prove e a verifiche, e abbia la possibilità di ampliarle, rettificarle e conferire loro compattezza, coerenza, forza direttiva e di persuasione. Nel gruppo operativo cerchiamo costantemente di ottenere che ognuno utilizzi il proprio o i propri schemi di riferimento, così come le proprie ideologie. Il resto va da sé.

#### Il compito come obiettivo

Sul compito di imparare e sul relativo oggetto di apprendimento si concentra e si focalizza l'attenzione diretta del gruppo e del suo coordinatore. Tuttavia, pur impegnandoci nel compito, rivolgiamo fundamentalmente il nostro interesse agli esseri umani che lo svolgono, cosicché, non potendo scindere l'uno dagli altri, a un compito portato avanti con successo fa riscontro l'integrazione e l'apprendimento del gruppo. La relazione fra il compito e l'obiettivo e gli esseri umani che se ne occupano si instaura attraverso l'analisi dello schema di riferimento e la graduazione delle ansie che questo implica. Le informazioni da assimilare costituiscono il contenuto manifesto, mentre lo schema di riferimento è il contenuto latente; noi dobbiamo saperli valutare e gestire entrambi.

Il gruppo operativo lavora sulla base di un certo tipo di informazione, che però, in seno al gruppo, può assumere diverse forme. Può essere trasmessa in forma intellettuale, nel qual caso il gruppo ricomponne il tutto a partire da quanto è stato apportato frammentariamente dai suoi membri, e analizza le difficoltà in funzione del frazionamento e delle omissioni e distorsioni. Man mano che il gruppo ricostruisce l'informazione la va arricchendo e, nel momento in cui la assimila, è già superiore a quella originariamente fornita. Essa, però, può essere portata al gruppo in forma latente oppure attraverso un "acting out". In quest'ultimo caso il gruppo, o parte di esso, mette in atto l'informazione; se, ad esempio, il tema è quello della famiglia di uno schizofrenico, il gruppo operativo può rappresenta-

re o agire con alcune delle caratteristiche dell'oggetto dell'informazione. Questo è un aspetto molto vistoso, presente in maniera quasi sistematica nei gruppi operativi che lavorano nell'insegnamento della psichiatria, mentre non si osserva in quelli che si occupano dell'insegnamento della psicologia. Può darsi che ciò sia da attribuirsi al carico di ansia che provoca la conoscenza, nel senso che quanto maggiore è l'ansia tanto più forte è la tendenza all'identificazione, mentre in presenza di un grado minore di ansia l'informazione può venire raccolta e assimilata a livello simbolico, come contenuto intellettuale. Questo è in strettissima relazione con le teorie secondo le quali la comparsa di determinati comportamenti nella sfera della mente è legata alla possibilità di differire le risposte.

Nei gruppi operativi l'apprendimento è avviato e portato a termine con successo soltanto se si è in grado di regolare la distanza con l'oggetto di studio. Esiste una distanza ottimale, a cui corrisponde un livello di ansia ottimale, al di sopra o al di sotto della quale l'apprendimento viene disturbato. Uno dei principi tecnici fondamentali, che E. Pichon-Rivière chiamò la "regola d'oro" della tecnica dei gruppi operativi, è quello di tener conto dell'*emergente* del gruppo, ossia di lavorare ed operare sulla base dell'informazione che il gruppo attualizza in ogni momento e che corrisponde a quanto esso può momentaneamente accettare ed elaborare. Prendendo l'*emergente* come punto di riferimento, si mantiene una distanza con l'oggetto di studio tollerabile per il gruppo e si opera in base a questa.

Senza ansia non vi è apprendimento, ma non si impara nemmeno quando è eccessiva. Il livello ottimale è quello in cui essa funziona come segnale d'allarme. A tale proposito, vi sono due comportamenti di gruppo estremi e tipici: uno è caratterizzato da un naturale carico d'ansia e dalla mancanza di distacco; nell'altro, al contrario, l'ansia è assente, ma il gruppo non lavora, perché "sa già tutto" e nessuno ha dubbi, e questo fa sì che la comparsa di ogni nuovo *emergente* rimanga bloccata. Nel primo caso, si deve analizzare l'ansia in funzione dell'oggetto di studio, e non è raro che emerga una situazione di spersonalizzazione nel gruppo stesso o in qualcuno dei suoi membri. Nel secondo, si deve condurre la propria indagine sul blocco, anche in funzione dell'impatto che il tema ha avuto. In entrambi i casi, l'ostacolo è di tipo epistemologico: nell'uno, per la rottura troppo brusca dello schema di riferimento; nell'altro, a causa della stereotipia.

L'ignoto è pericoloso (persecutorio) e può disorganizzare le difese del



gruppo, poiché questo si sente invaso dal tema che deve affrontare. Nell'altra situazione, altrettanto frequente, si deve rendere "estraneo" quello che è quotidiano e comune, che già si conosce. È necessario in altri termini, mostrarlo sotto aspetti diversi da quelli stereotipati; in tal modo, anche il quotidiano e il comune si trasformano in oggetto di indagine e di apprendimento, perché anche nei fenomeni consueti è presente l'ignoto. Si deve rendere "estranea" l'esperienza corrente; tale atteggiamento è del resto il procedimento di indagine utilizzato, per esempio, dall'artista, che ci presenta il quotidiano sotto un aspetto nuovo o da una prospettiva che, sebbene reale, è diversa da quella abituale.

In questo modo, *apprendere in realtà non è altro che imparare a indagare*. Nessuna ricerca è possibile senza che, nell'ambito del lavoro, si manifesti l'ansia provocata da ciò che è ignoto e, in quanto tale, pericoloso. Per effettuare un'indagine è indispensabile mantenere a qualunque età, anche nella maturità, un po' di quella disorganizzazione, o tendenza alla disorganizzazione, propria del bambino o dell'adolescente, che è la capacità di meravigliarsi. In realtà, i problemi dell'adolescente non si risolvono mai, e tutto quello che si ottiene è di riuscire a bloccarli. Per fare un'indagine, e quindi per apprendere, è necessario avere o conservare sempre, in qualche misura, quell'angoscia tipica dell'adolescente di fronte all'ignoto.

Nel corso di qualunque apprendimento possono coesistere o alternarsi ansie sia paranoide che depressive: le prime derivano dal pericolo insito nel nuovo e nell'ignoto; le altre, dalla perdita di uno schema di riferimento e del vincolo che sempre questo implica. Bisogna dosare la quantità di informazioni e scegliere il momento adeguato per trasmetterle, per evitare che il carico d'ansia diventi eccessivo e la disorganizzazione possa portare a un'ansia confusionale. Durante l'apprendimento vi sono sempre, nel periodo di rottura delle stereotipie, momenti di confusione che rappresentano fasi normali, purché se ne regoli la portata in modo tale da poterle discriminare, gestire ed elaborare.

Riassumendo, nel gruppo operativo possono comparire tre reazioni caratteristiche, a seconda del tipo di ansia predominante: la reazione paranoide, quella depressiva e quella confusionale. Quest'ultima si manifesta quando l'oggetto della conoscenza supera la capacità di discriminazione e di controllo dell'Io, oppure quando si produce l'irruzione di temi conosciuti, non discriminati, di oggetti confusi.

## L'apprendimento come processo all'interno del gruppo

L'apprendimento è un processo costituito da momenti che si succedono o si alternano, ma che possono anche rimanere isolati o stereotipati, nel qual caso insorgono dei disturbi. Ogni momento di questo processo implica l'adozione di determinati comportamenti o ruoli da parte dei componenti del gruppo.

Questo problema venne studiato in modo particolare utilizzando dei questionari che furono distribuiti fra gli studenti iscritti a un corso di Introduzione alla Psicologia presso la Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires. Il questionario mirava a mettere in luce l'attitudine degli studenti nei confronti della psicologia come oggetto di conoscenza. Si ottennero così risposte tipiche. Tutti gli atteggiamenti studiati o rilevati compaiono normalmente - come momenti - nel processo di apprendimento; ogni momento di tale processo implica l'assunzione, da parte del gruppo o di alcuni dei suoi membri, di una struttura di comportamento o di un ruolo. Questi ruoli possono essere ridotti, nelle loro forme tipiche, a otto:

- a) *Momento paranoide*: in esso si percepisce l'oggetto della conoscenza come pericoloso e si adotta un'attitudine di sfiducia o di ostilità, oppure si reagisce direttamente con la relativa ansia;
- b) *Momento fobico*: si evita l'oggetto della conoscenza, ponendosi a una certa distanza da esso e eludendone il contatto o la vicinanza;
- c) *Momento controfobico*: ci si oppone all'oggetto della conoscenza in maniera compulsiva o aggressiva, attaccandolo o ridicolizzandolo;
- d) *Momento ossessivo*: si tenta di controllare e immobilizzare l'oggetto della conoscenza e di regolare la distanza da esso mediante un rituale, una stereotipia dello schema di riferimento, o facendo delle domande che tendono al controllo;
- e) *Momento confusionale*: viene a cadere ogni difesa (una qualsiasi di quelle precedenti) e si entra in uno stato di confusione fra l'Io e l'oggetto e i suoi diversi aspetti, che non si è in grado di discriminare;
- f) *Momento schizoide*: costituisce un'organizzazione relativamente fissa dell'evitamento fobico; stabilizza la distanza dall'oggetto mediante l'allontanamento e il ripiegamento sugli oggetti interni;
- g) *Momento depressivo*: dopo aver introiettato diversi aspetti dell'oggetto di conoscenza, si procede alla sua elaborazione (o almeno si cerca di farlo);

h) *Momento epiletticoide*: si reagisce contro l'oggetto per distruggerlo.

Se questi distinti momenti compaiono isolati o stereotipati in un individuo o nel gruppo, questo è indice di un'alterazione o di un blocco del processo di apprendimento. Ciascun membro del gruppo è portato a fare proprio un determinato momento di questo processo; quello che, nell'evoluzione individuale, costituisce un difetto dell'apprendimento si trasforma in una virtù, nel contesto del lavoro di gruppo, se ognuno vi svolge il ruolo che gli compete. In altri termini, grazie ai ruoli individuali si rifà nel gruppo il processo globale dell'apprendimento, dato che ciascun componente può assumere funzionalmente ruoli diversi a seconda del tema, del momento o del livello dell'apprendimento.

L'allenamento del gruppo ad operare come *équipe* dipende dall'opportuno inserimento di ogni ruolo (di ogni momento dell'apprendimento) nel processo globale, in maniera da arrivare, come insieme, a una forma di apprendimento e di elaborazione di alto livello e di sicura efficacia.

Prendiamo ad esempio il caso del ruolo schizoide: l'individuo che lo assume ha il pregio di essere un ottimo osservatore, ma comunica con difficoltà i suoi dati e li elabora in misura insufficiente. Considerato individualmente, presenta, a causa della stereotipia del ruolo, un disturbo dell'apprendimento, dato che realizza soltanto un momento di quest'ultimo. Ma collocato nell'ambito del lavoro di *équipe*, proprio grazie al suo inserimento nel contesto del compito, diventa un momento importante e altamente produttivo del processo globale. È complementare, ad esempio, al ruolo (momento) depressivo, che è quello in cui ci si occupa del conseguimento di obiettivi concreti e ci si può applicare quindi più facilmente all'elaborazione dei dati. È complementare anche al ruolo (momento) ossessivo, quello in cui ci si "specializza" nella selezione degli opportuni mezzi da impiegare, ma d'altro canto ci si fossilizza in tale ruolo perdendo di vista gli obiettivi. Se esso viene inserito nel contesto globale del compito di gruppo, questa carenza è compensata dai ruoli degli altri e la sua caratteristica fondamentale si trasforma da disturbo individuale in un'operazione di elevato rendimento per il lavoro di gruppo.

Se il compito del gruppo operativo si riducesse a questo, in realtà non si farebbe altro che alienare degli esseri umani e trasformarli in strumenti, in "rotelle" di un unico ingranaggio. Ma grazie al processo della comunicazione, nell'attività del gruppo, ciascuno incorpora in sé ciò che G. Mead,

definendo l'introyezione dei ruoli degli altri membri, ha denominato l'"altro generalizzato". In tal modo, ciascuno assimila momenti degli altri e corregge così, a poco a poco, la propria stereotipia, il che permette di ottenere non solo un elevato rendimento del gruppo, ma anche un'integrazione dell'informazione, dell'apprendimento e dell'Io di ciascun membro. Questo trova riscontro nel fatto che ognuno di essi, progressivamente, alterna il proprio ruolo con quello degli altri, "gioca" un ruolo non suo, assimila in tal modo i diversi momenti dell'apprendimento e raggiunge una maggiore integrazione dell'Io. In qualche caso l'alternanza dei ruoli è particolarmente intensa e si producono "totali inversioni di tendenza", che un poco per volta vengono corrette.

#### Informazione e azione

Sebbene si sia già fatto brevemente cenno a questo argomento, la sua importanza è tale da indurci ad approfondirlo. La quantità di informazioni che un gruppo riceve è maggiore di quella che esso è in grado di verbalizzare, e questo vale anche per i suoi membri considerati singolarmente. In altri termini, si apprende sempre più di quanto si creda, di quanto si possa dimostrare verbalmente o percepire a livello conscio.

Se l'informazione crea un'ansia eccessiva, è molto più probabile che appaia una drammatizzazione o un "acting out" dell'informazione, che può così essere considerato, benché manchi il necessario distacco, una prima introyezione del tema, di modo che si arriva a una vera e propria identificazione introyettiva, ma soltanto a livello fisico. Da un punto di vista genetico, questa è la forma di apprendimento più primitiva, perché tutto inizia e tutto finisce nel corpo e con il corpo. In un primo tempo tutto è azione. A questo livello, quando l'informazione ricevuta crea molta ansia, si produce la regressione.

Nell'"acting out" viene drammatizzata non soltanto l'informazione ricevuta, ma anche, molto spesso, la reazione all'ansia che tale informazione provoca: spersonalizzazione, reazioni fobiche, paranoide, ossessive, eccetera. Questo costituisce l'esperienza diretta e vissuta di cui ci avvaliamo nella Scuola Privata di Psichiatria per insegnare psichiatria e medicina psicosomatica; a ciò si aggiunge l'aspetto fenomenologico, il vissuto che determi-

na, con la comprensione dinamica del comportamento, in rapporto al vincolo di gruppo e al fattore scatenante. Sulla base della ben nota ipotesi della continuità tra i fenomeni normali e quelli patologici aggiungiamo al bagaglio di conoscenze dello studente un'esperienza che difficilmente avrebbe modo di vivere altrimenti.

Fra il pensiero e l'azione vi sono relazioni molto strette, ed entrambi devono intervenire nel processo di apprendimento, ma molto spesso accade che si dissocino, che l'uno escluda o sostituisca l'altra. Così, ad esempio, nel ruolo ossessivo all'azione si sostituisce il pensiero, a cui il soggetto rimane costantemente attaccato senza poter passare all'azione, mentre in quello isterico il pensiero viene frequentemente sostituito con l'azione (drammatizzazione). Nel gruppo operativo, ciascuno agisce in misura conforme alla propria natura, in base al suo personale "repertorio" di comportamenti e nella sua maniera caratteristica. Il coordinatore non deve aspettarsi nulla di particolare da nessuno: è sufficiente quello che ognuno dà e nessuno può fare a meno di dare qualcosa. Ogni modalità individuale d'azione deve dinamizzarsi e trovare posto nel processo e nel contesto globale. La sola drammatizzazione o il solo pensare, presi separatamente, sono momenti parziali che non completano l'indagine, né arricchiscono l'apprendimento; nello scambio dei ruoli, invece, ognuno impara che ciò che egli fa in un modo, un altro può farlo diversamente e, di conseguenza, apprezza quello che possiede e quello che possiedono gli altri. Il lavoro in un gruppo operativo valorizza l'apporto di ciascuno e quello di tutti, ma richiede modestia e umiltà nella conoscenza e consapevolezza dei propri limiti di fronte al noto e all'ignoto.

La capacità di parlare è un'altra manifestazione di estrema importanza all'interno del gruppo operativo, e rappresenta la comunicazione al suo livello di maggiore integrazione ed efficacia. Tuttavia, il linguaggio può essere un modo di agire che paralizza una comunicazione più efficace e piena. Fra il dialogo, l'eloquenza e l'oratoria vi sono differenze fondamentali che è necessario porre in rilievo, in funzione della comunicazione che si instaura fra i componenti del gruppo. Il "parlare" può essere il ruolo specifico di uno di essi e può sia facilitare la comunicazione all'interno del gruppo che bloccarla o inibirla. Questo secondo caso si verifica, ad esempio, quando ci sono persone che parlano e non dicono nulla, o che lo fanno soltanto per "avere l'ultima parola", in un dispiegamento narcisistico totale o facendo un uso nevrotico dell'informazione e della bibliografia. In tutti que-

sti casi si è in presenza di disturbi della comunicazione, di una degradazione del livello simbolico del linguaggio e di una conseguente perturbazione dell'apprendimento, che devono venire corretti nell'ambito del compito di gruppo e trasformati in processi utili nel lavoro d'insieme.

Anche in questo caso, come in quello dei momenti dell'apprendimento, il pensare, il parlare e l'agire, se considerati indipendentemente l'uno dagli altri, rappresentano delle difficoltà dell'apprendimento, ma inseriti nel gruppo operativo coesistono, si succedono e si potenziano a vicenda.

Si osserva con una certa frequenza che esistono degli "esperti" dotati di una particolare sensibilità nel percepire determinati aspetti dell'informazione o nell'individuare un certo tipo di comportamento, conflitto o malattia, così come vi è chi ricorre a luoghi comuni per bloccare, scotomizzare o distorcere l'informazione. Pur avendo una certa esperienza, non si finisce mai di stupirsi di fronte alla distorsione cui un'informazione è soggetta e alla differenza fra quanto si è detto o voluto dire e quanto ha colto l'auditorio, tenuto conto che nemmeno quest'ultimo costituisce un insieme uniforme, ma è eterogeneo e poliedrico.

### Funzionamento del gruppo operativo

Ogni gruppo scrive la propria storia; se ne devono perciò rispettare le caratteristiche particolari, senza pretendere di forzare la sua operatività e il suo rendimento, in quanto esso lavora al miglior livello che gli è consentito, come gruppo, in ogni momento.

Il coordinatore del gruppo opera con la propria tecnica nell'ambito del tema trattato e in accordo con gli obiettivi che il gruppo si propone di raggiungere, ma il suo compito deve essere incentrato sugli esseri umani che ne fanno parte. Il modo in cui il tema viene trattato costituisce il contenuto normativo del compito. In altri termini, quando si arriva allo svolgimento completo di un compito, si ottiene al tempo stesso l'integrazione fra le personalità degli individui che vi intervengono, integrazione che riguarda sia le funzioni strumentali (l'Io) che quelle normative (il Super-Io). La spirale del processo della conoscenza non funziona soltanto per quanto riguarda il compito del gruppo, ma anche in ognuno dei suoi componenti, considerati individualmente, ciascuno dei quali introietta il gruppo nel suo insieme.

L'esperienza del gruppo operativo ci insegna che, nel suo ambito, si può arrivare non solo a una degradazione delle funzioni psicologiche superiori e a una riattivazione dei livelli regressivi e psicotici (secondo quanto emerge dagli studi compiuti a partire da Le Bon fino a Bion), ma anche al più elevato grado di elaborazione e di funzionamento dei livelli superiori e più integrati dell'essere umano, con un rendimento che non sarebbe possibile ottenere operando individualmente.

Tutte queste grandi differenze, nella dinamica e nei risultati, non dipendono dalle qualità essenziali del gruppo, ma dagli emergenti della sua organizzazione. Il gruppo può, così, sia far ammalare che guarire, sia organizzare che disorganizzare, sia integrare che disintegrare, eccetera. Qualunque cosa si dica del gruppo può diventare un'astrazione se non si valuta caso per caso e non si pongono in relazione il gruppo, il momento e l'organizzazione, o la struttura, e si tralascia di specificare se quest'ultima (nel caso, ad esempio, di una struttura regressiva) sia stabile, permanente o funzionale.

La tecnica del gruppo operativo si può apprendere soltanto attraverso l'esperienza personale, così come i fondamenti di una preparazione psicoanalitica si possono acquisire unicamente attraverso l'analisi individuale.

Il funzionamento di un gruppo operativo oscilla fra gradi variabili di coesione e dispersione, di omogeneità ed eterogeneità, tutti necessari. Si esplica al suo livello ottimale nelle condizioni di eterogeneità di ruoli e di dispersione integrata, che però non si raggiungono una volta per tutte, come un grado di stabilizzazione definitivo. La dinamica di gruppo attraversa necessariamente dei periodi di confusione, di varia intensità e durata; certamente, in momenti o periodi determinati, si tratta di un caos produttivo, che si osserva in tutti i gruppi. Il coordinatore del gruppo deve facilitare il dialogo e favorire la comunicazione, il che comporta anche il rispetto dei silenzi fecondi, creativi, o che sono indice di un certo *insight* e di capacità elaborativa; non si può affermare che un gruppo operativo funzioni a meraviglia per il solo fatto che non rimane mai in silenzio. Si devono evitare conflitti stereotipati, in modo tale che le contraddizioni si risolvano in un processo dialettico di sintesi o di collocazione di ciascun termine della contraddizione nel contesto della spirale del processo dialettico.

Nessun giudizio o suggerimento va sottovalutato a priori o per ragioni di buon senso; se ciò accadesse, il coordinatore del gruppo, dovrebbe farlo notare attraverso una segnalazione. Bisogna fare quello che si può, senza

che ciò impedisca di esplorare le linee o le direzioni più insperate; allo stesso modo, si deve favorire l'adattamento flessibile dei fini ed obiettivi ai mezzi disponibili al momento. Bisogna aiutare il gruppo ad uscire dalle stereotipie del noto; non è infrequente che il coordinatore del gruppo polarizzi l'aggressività o l'ostilità quando si propone di rompere tali stereotipie. Sottolineo che quello che deve fare è aiutare e non imporre, rispettando il tempo che il processo di elaborazione del gruppo richiede.

Aggrapparsi al passato (in qualunque ambito) è uno stereotipo nevrotico, tendente ad evitare le ansie del presente e del nuovo. Allo stesso modo, il coordinatore restituisce le domande che gli vengono poste e smonta le dipendenze. Quando, ad esempio, un membro del gruppo esordisce con la frase: "Mi scusi, vorrei dire...", il coordinatore può, per tentare di abbattere la dipendenza rispondere semplicemente: "E perché chiede scusa?" Egli deve fare il possibile per instaurare il dialogo fra i componenti del gruppo, evitando di far convergere ogni cosa su di sé e, quindi, di intervenire quando il dialogo e la comunicazione funzionano bene.

Non deve essere critico né coercitivo con nessuno dei membri qualunque sia il carattere del suo intervento; è il gruppo stesso che deve imparare a guidare e a correggere gli atteggiamenti o gli interventi evasivi, paranoidi o ripetitivi, cioè quelli di coloro che ripetono sempre le stesse cose o citano continuamente bibliografie, anziché portare il proprio contributo, in termini di idee e di interventi attivi. Com'è ovvio, il coordinatore deve astenersi dal dare consigli e dall'assumere i ruoli che vengono proiettati su di lui, come nel caso, ad esempio, dei gruppi che chiedono insistentemente informazioni, vogliono imparare in fretta e si lamentano di stare perdendo tempo. Le qualità del coordinatore si possono riassumere in tre parole: arte, scienza e pazienza.

Egli non deve mai dimenticare che nella tecnica operativa, benché il nostro interesse sia rivolto ai risultati del compito o dell'indagine di cui ci occupiamo, la nostra funzione è anche quella di preoccuparci degli esseri umani che vi prendono parte, in modo che l'apprendimento abbia effetto normativo. Per chiarire meglio questa affermazione ricorrerò all'esempio seguente: supponiamo che una madre insegni al figlio a giocare con la plastilina e gli mostri come si fa un pupazzo. Con questa attività, il bambino apprende una consuetudine di carattere strumentale o, in altre parole, forma ed integra il suo Io. Ma c'è dell'altro: il modo in cui la madre gli inse-



gna (con affetto, impazienza, irritabilità, aggressività, eccetera) costituisce un aspetto normativo della personalità del bambino, nel senso che lo porta ad apprendere norme di relazione e di convivenza o, in altri termini, a formare o a integrare il suo Super-Io. Lo stesso accade nei gruppi operativi, in cui l'apprendimento è finalizzato a un obiettivo ben più elevato che la formazione di un'équipe operante sulla base di determinate conoscenze.

Il nostro proposito è quello di arricchire l'essere umano attraverso il compito; questo è uno degli aspetti che differenziano il gruppo operativo da tecniche quali il *brainstorming* (promozione di idee, tempesta o travaglio cerebrale), in cui l'attenzione è volta essenzialmente all'ottenimento di idee nuove, anziché al miglioramento degli esseri umani e delle relazioni interpersonali (tecniche di Osborn, Gordon, Philips, eccetera).

### Il tempo

Il gruppo operativo deve funzionare in un periodo di tempo limitato e predeterminato, e con una frequenza regolare. Da quanto si è osservato, è senza dubbio preferibile che le sedute durino più di un'ora, perché è generalmente dopo i primi 50-60 minuti che inizia il rendimento ottimale. Questo è in totale contraddizione con le norme tradizionali sulle sedute di sessanta minuti, basate sulla convinzione che l'attenzione si esaurisca dopo un'ora; se si opera in maniera diversa, il gruppo si rilassa e incomincia a lavorare al suo massimo livello. E. Pichon-Rivière ha molto insistito sull'alto rendimento del lavoro intensivo, cioè di quello svolto per diverse ore consecutive, anche quotidianamente. L'esperienza conferma pienamente questa affermazione: è palese, infatti, l'assenza di stanchezza nei gruppi che lavorano bene, non hanno tensioni o le risolvono a mano a mano che queste si manifestano.

### Alcuni problemi frequenti

Spenderemo qualche parola per illustrare delle situazioni tipiche o frequenti osservate nel corso della nostra esperienza, in particolare nell'ambito della Cattedra di Introduzione alla Psicologia.

Si è constatato che alcuni studenti, che vengono a contatto per la prima volta con la psicologia, sono portati a decidere rapidamente che posizione prendere, mentre altri, che già ne hanno preso una, tendono a difenderla e a fare del proselitismo. La tendenza ad affiliarsi rapidamente ad una scuola, quando ancora non si dispone dei necessari elementi di giudizio, costituisce un disturbo dell'apprendimento e della formazione scientifica, perché si utilizza l'affiliazione come un oggetto protettore con il quale si configura una stereotipia. Lo stesso accade con coloro che contraddicono sempre gli altri per partito preso (i "bastian contrario") e in questo fanno consistere essenzialmente il loro "apprendimento". Non si tratta di vietare allo studente di avere una posizione ideologica, filosofica e politica, ma di impedirgli di utilizzarla in modo che possa ostacolare il suo sviluppo e l'evoluzione della sua ideologia.

Ci si è soffermati a lungo ad analizzare la contraddizione che esiste fra il nostro modo di insegnare e di organizzare l'insegnamento e l'ordinamento degli esami. In essi, a causa di un numero elevato di studenti e scarso di professori, si richiede all'esaminando unicamente di essere informato, quando in realtà lo si è preparato perché acquisisse un criterio e una forma di pensiero psicologico; lo studente rimane piuttosto frustrato perché nel poco tempo a sua disposizione non può dimostrare quello che ha appreso. Spesso gli allievi chiedono di continuare l'esame e di essere interrogati ancora e su altri argomenti. Sono preparati, e con ragione, a intrattenere un dialogo con il professore e non a dare risposte spicciole e veloci.

Un altro problema che ho riscontrato con una certa frequenza deriva dal fatto che gli esami parziali coincidono con momenti di elaborazione e di confusione nell'apprendimento e, di conseguenza, risulta che gli studenti non hanno finito di elaborare e di integrare il tema d'esame proprio quando si richiede loro che diano prova di averlo fatto.

Gli studenti spesso dimostrano di trovare facile la materia perché hanno imparato a lavorare e a studiare con piacere, ed è anche frequente che consegnino dei "lavori" nei quali hanno approfondito un determinato argomento ed espresso opinioni personali per sottoporli al giudizio dei professori. Questa attività è stata, nel complesso, molto produttiva e piacevole. I problemi che sorgono dipendono, per lo più, dal rapporto con l'ordinamento istituzionale dell'insegnamento, ma - come disse Freud - una volta che si sono evocati i fantasmi è sciocco scappare quando essi appaiono.

JOSÉ BLEGER\*

## 2.2. IL GRUPPO COME ISTITUZIONE E IL GRUPPO NELLE ISTITUZIONI

Il mio proposito è quello di contribuire con una certa esperienza e conoscenza, oltre che con una buona dose di riflessione, a riconsiderare il concetto generalizzato di gruppo e quello di gruppo in un'istituzione. Quando parlo di concezione generalizzata di gruppo mi riferisco a quella definizione secondo la quale esso è “un insieme di individui che interagiscono attenendosi a determinate norme nello svolgimento di un compito”

Mi sono occupato della questione in altre occasioni, prendendo spunto dal problema della simbiosi e del sincretismo, termine con cui indico quegli strati della personalità che rimangono in uno stato di non discriminazione e che sono presenti nella struttura, nell'organizzazione e nel funzionamento di ogni gruppo, sulla base di una comunicazione preverbale, subclinica, difficile da individuare e concettualmente difficile da caratterizzare, tenuto conto del fatto che dobbiamo descrivere secondo un determinato tipo di pensiero e di categorizzazione fenomeni molto lontani dalla struttura di questi ultimi.

Le mie istanze in tal senso mi portano a considerare, in ogni gruppo, un tipo di relazione che è, paradossalmente, una non-relazione, nel senso di una non-individuazione che si impone come matrice o come struttura fondamentale di ogni gruppo e che persiste in maniera variabile per tutta la vita di quest'ultimo. La chiamerò socialità sincretica per differenziarla dalla socialità caratterizzata dall'interazione, che è quella su cui è strutturata la nostra conoscenza attuale della psicologia di gruppo.

\* Conferenza tenuta in occasione delle Cinque Giornate Sul-Riogradensi di Psichiatria Dinamica, Porto Alegre, dal 1° al 2 maggio 1970, su invito delle autorità.

L'esistenza e l'identità di una persona o di un gruppo sono determinate, nella realtà quotidiana e manifesta, dalla struttura e dall'integrazione che raggiunge in ciascun caso l'Io individuale e del gruppo; per Io di gruppo si intende il grado di organizzazione, di estensione e di integrazione di quell'insieme di manifestazioni che chiamiamo verbalizzazione, motricità, azione, giudizio, raziocinio, pensiero, ecc. Ma questa individuazione, personificazione o identità che ha o riesce ad avere un individuo o un gruppo si fonda necessariamente su una certa immobilizzazione degli strati sincretici e non discriminati della personalità o del gruppo. Ho descritto in altri articoli come si stabilisca fra i due strati della personalità (o dell'identità) un forte clivaggio che impedisce a questi di entrare in relazione l'uno con l'altro; l'immobilizzazione degli aspetti sincretici permette l'organizzazione, la mobilitazione, la dinamica e il lavoro terapeutico sugli aspetti più integrati della personalità e del gruppo.

Qualcuno potrebbe obiettare che anche se fosse realmente così, ciò non toglierebbe valore al lavoro terapeutico e alla comprensione dei dinamismi di gruppo che riusciamo ad acquisire riguardo a questi strati più integrati della personalità. Benché condivida tale opinione, ritengo necessario approfondire le conoscenze sulla parte "clivata" della personalità o del gruppo, poiché è su di essa (attraverso la sua mobilitazione) che si può esercitare un'azione terapeutica più intensa, anche se molto più ardua e difficile. Le crisi più profonde che attraversa un gruppo sono dovute alla rottura di questo clivaggio e alla conseguente comparsa dei livelli sincretici. L'identità - paradossalmente - non è data soltanto dall'Io, ma anche dall'Io sincretico.

Desidero ora accostarmi al problema con l'intento di sviscerarlo e chiarirlo attraverso l'esame degli aspetti istituzionalizzati del gruppo, ossia dei modelli, delle norme e delle strutture che sono stati o erano già organizzati in un determinato modo. Per raggiungere tale obiettivo è necessario scartare, per ragioni metodologiche e didattiche, quei gruppi nei quali il clivaggio appare già rotto oppure non esiste, come avviene ad esempio in certi gruppi di psicotici o di personalità psicopatiche. Fatta questa prima delimitazione, voglio prendere in considerazione gli aspetti istituzionali del gruppo terapeutico che opera al di fuori delle istituzioni, e in un secondo momento quei gruppi terapeutici che operano all'interno di un'istituzione. Benché quest'ultima suddivisione sia utile ai fini dell'esposizione e della ricerca, devo precisare subito che mi occuperò spesso non soltanto di gruppi terapeutici

nell'ambito dell'esperienza psichiatrica, ma anche di altri tipi di gruppi, che rientrano tutti nelle competenze della psichiatria dinamica.

Un gruppo è un insieme di persone che entrano in relazione fra loro, ma il gruppo è anche essenzialmente una socialità stabilita su uno sfondo di indifferenziazione o di sincretismo, in cui gli individui non esistono in quanto tali e fra di essi opera un transitivismo permanente. Anche il gruppo terapeutico presenta questi caratteri; si contraddistingue inoltre per il fatto che uno dei suoi componenti (il terapeuta) interviene con un ruolo specializzato e predeterminato, ma quest'ultima funzione viene svolta su una base in cui il terapeuta è coinvolto nello stesso sfondo di sincretismo del gruppo.

Secondo la logica del senso comune, appare evidente che un gruppo di persone può venire convocato a una data ora e in un determinato luogo da un terapeuta, ma esso comincia a funzionare quando queste singole persone, fino a quel momento separate, sono a una distanza sufficiente e relativamente isolate da altri contesti per poter interagire.

Potrei ricordare al riguardo la concezione sartriana, secondo la quale fintanto che non si stabilisce l'interazione il gruppo non è tale, ma è solamente una "serialità", nel senso che ogni individuo è equivalente a un altro e insieme costituiscono una serie di persone equiparabili, che non si distinguono le une dalle altre.

Apparentemente, la concezione sartriana nega la tesi che io sostengo in questa relazione, ma un esame più approfondito può portarci a concludere, come ha portato me, che tale serialità è precisamente quello sfondo di solidarietà, di indiscriminazione o di sincretismo che costituisce il vincolo più potente fra i membri del gruppo. Senza di esso l'interazione non sarebbe possibile.

In questa esposizione, come in quelle che seguiranno, desidero che si tenga conto delle limitazioni poste dal linguaggio e dall'organizzazione del nostro pensiero concettuale quando si tratta di captare livelli molto diversi di socialità, di quella socialità del tutto particolare caratterizzata da una non-relazione e da una indifferenziazione in cui nessun individuo si distingue da un altro o è discriminato rispetto a un altro, e in cui non vi è una discriminazione stabilita fra Io e non-Io, fra corpo e spazio, o fra Io e l'altro.

Una limitazione su cui desidero richiamare l'attenzione, poiché da questo dipendono in gran parte le nostre possibilità di intenderci, è quella data dalle differenze fra il punto di vista naturalistico e quello fenomenologico. Per

punto di vista naturalistico intendiamo la descrizione di un fenomeno fatta da un osservatore che lo vede "dall'esterno", cioè come un fenomeno della natura che esiste indipendentemente dal soggetto osservatore, e in questo senso la definizione del gruppo come "insieme di individui che interagiscono con ruoli, status, eccetera" è una tipica descrizione naturalistica.

Per descrizione o osservazione fenomenologica dobbiamo intendere quella effettuata dall'interno dei fenomeni stessi, così come vengono percepiti, sperimentati, vissuti od organizzati da coloro che prendono parte al fenomeno o a un dato evento. In questo senso, molto spesso mi vedo costretto da limitazioni semantiche e concettuali a descrivere dei fenomeni da una prospettiva fenomenologica con un linguaggio che corrisponde al punto di vista naturalistico: è quello che succede, ad esempio, quando dico che, a un certo livello, un gruppo è caratterizzato da una non-relazione o dal fenomeno di una discriminazione non riuscita fra gli individui e fra l'io e gli oggetti.

Questa definizione, che vuole partire da un'angolazione fenomenologica, viene data attraverso la negazione della descrizione di tipo naturalistico. A tale proposito, penso ad esempio che gran parte di ciò che definiamo identificazione proiettiva e introiettiva costituisca in realtà una descrizione naturalistica di quello che da un punto di vista fenomenologico corrisponde al sincretismo.

Sarebbe fuori luogo, e troppo dispendioso in termini di tempo, che mi occupassi delle relazioni fra le osservazioni fatte da una prospettiva fenomenologica e quelle fondate su una visione naturalistica, relazioni che, fra l'altro, sono tuttora oggetto di controversia e di disaccordo. Così, vi è chi vede in questi due punti di vista posizioni inconciliabili e chi posizioni complementari, mentre altri ancora (fra i quali mi includo) le considerano descrizioni limitate, fatte nell'attesa di una prospettiva unitaria che li abbracci e li superi entrambi (*Aufhebung*).

Farò un breve cenno a quelle che sono le implicazioni di tale impostazione. Un semplice esempio potrà servire ad illustrarle, anche se non evidenzierà né chiarirà questi problemi nella loro totalità. Si tratta soltanto di un esempio.

In una stanza vi è una madre che sta leggendo, guardando la televisione o tessendo; nella stessa stanza c'è il figlio, concentrato e isolato nel suo gioco.

Se giudichiamo in base ai livelli di interazione troveremo che non vi è nessuna interazione fra queste due persone: non si parlano, non si guardano, ognuno agisce indipendentemente e separatamente dall'altro e possiamo dire che non vi è interazione né comunicazione.

Questo è vero se consideriamo soltanto i livelli di interazione. Ma continuiamo con il nostro esempio: la madre, a un dato momento, smette di fare quello che stava facendo ed esce dalla stanza; il bambino abbandona immediatamente il suo gioco ed esce correndo per starle vicino. Ora siamo in grado di comprendere che quando madre e figlio si occupano ciascuno di un'attività diversa senza parlare né comunicare vi è tuttavia fra loro un legame profondo, preverbale, che non ha nemmeno bisogno di parole o che le parole possono addirittura disturbare. In altri termini, nel momento in cui manca l'interazione, in cui non si parlano né si guardano, è presente la *socialità sincretica* nella quale ciascuno di coloro che, da un punto di vista naturalistico, consideriamo persone isolate si trova in uno stato di fusione o di indiscriminazione. Questo gruppo può fornire un esempio di quello che è spesso il silenzio nei gruppi terapeutici, e di come il modello della comunicazione verbale tenda a volte a distorcere o ad ostacolare la comprensione di questo fenomeno.

Per evitare equivoci devo precisare che ammetto che se una madre e un figlio si comportano sempre ed esclusivamente in questo modo ciò può dar luogo a una serissima perturbazione nello sviluppo della loro personalità e del loro rapporto, ma credo anche che la mancanza di questo livello di socialità sincretica provochi un disturbo estremamente grave nel gruppo e nello sviluppo della personalità di ognuno. L'assenza di una cornice per questa socialità sincretica la trovo, ad esempio, nelle personalità psicopatiche, fatiche, ambigue, "as if" di H. Deutsch.

Ritornando al nostro esempio, il bambino che gioca isolato può per l'appunto restare isolato e riuscire a giocare (con tutto ciò che significa, dal punto di vista psicologico, giocare) *fintanto che ha la sicurezza di mantenere "clivata", grazie a un depositario fedele, la socialità sincretica (simbiosi).*

Uno degli esempi che Sartre cita come tipici della serialità è quello di una "fila" di persone in attesa dell'autobus; egli presuppone che la caratteristica fondamentale della serialità consista nel fatto che ognuno di coloro che sono in quella "fila" sia un individuo perfettamente isolato e sostituibile, come numero, con un altro. A mio giudizio, anche in una situazione

di questo tipo è presente la socialità sincretica depositata nei modelli e nelle norme che vigono per tutti gli individui. E ognuna delle persone in coda ha questa sicurezza, a un punto tale che non arriva neppure ad esserne cosciente e che lo stesso Sartre trascura questo fatto. Possiamo comportarci come individui in interazione nella misura in cui *condividiamo* una convenzione di modelli e di norme che sono taciti, ma che esistono e grazie ai quali possiamo costituire altri modelli di comportamento. Perché si possa interagire deve esserci uno sfondo comune di socievolezza. L'interazione è la figura di una *Gestalt* il cui fondo è la socievolezza sincretica. Si può dire che la seconda è il codice della prima.

Quando un insieme di persone viene convocato alla riunione di un gruppo terapeutico e si incontra per la prima volta nello studio del terapeuta o in un luogo sconosciuto a tutti fino a quel momento, il terapeuta osserva immediatamente una serie di fenomeni che classifichiamo come reazioni paranoide. Credo che i pareri siano concordi sul fatto che, quando un gruppo inizia le sue riunioni, ci si trova regolarmente in presenza di reazioni paranoide di questo tipo, che vanno interpretate come manifestazioni di paura di fronte a una situazione nuova, di fronte all'ignoto, ma che, nonostante possano essere variamente formulate, sono tutte riconducibili all'esperienza che ho citato.

Non metto in dubbio l'esistenza della reazione paranoide. Quello di cui dubito è che attraverso tale formulazione si possa comprendere realmente la cosa più importante che avviene in quel momento. Quando diciamo, in casi come questo, che il gruppo reagisce con paura di fronte a un'esperienza nuova, all'indeterminato e all'ignoto, esprimiamo una verità molto più vasta di quanto noi stessi siamo disposti ad ammettere e di conseguenza nemmeno il gruppo può accettare tale affermazione, se non nei suoi aspetti più superficiali. Non è solamente il nuovo a fare paura, ma *l'ignoto che è racchiuso nel noto* (si ricordi che questo è l'essenza del sinistro *Unheimlich*).

Quando rileviamo l'esistenza di ansie paranoide, della paura di fronte all'ignoto o a una situazione nuova, in realtà diciamo (anche senza comprenderlo del tutto) che la paura è generata dall'ignoto che ogni persona porta con sé sotto forma di non-persona e di non-identità (o di Io sincretico). In altre parole, per cercare se possibile di chiarire ulteriormente il concetto, quello che noi esplicitiamo parlando di ansie paranoide è la paura dei membri del gruppo di non poter continuare a reagire secondo i modelli con-



solidati che hanno assimilato come individui e di trovarsi di fronte a una socialità che li destituisca dal loro essere persone e li trasformi in un unico ambiente omogeneo, sincretico, in cui nessuno emerga come figura (come persona) dallo sfondo, ma ciascuno si trovi immerso, il che implica una dissoluzione dell'identità strutturata dei livelli più integrati dell'Io, del Sé o della personalità. La paura nasce in presenza di questa organizzazione e non soltanto della disorganizzazione; dal di fuori e da un punto di vista naturalistico potremo continuare a riconoscere gli individui o le persone, ma da una prospettiva fenomenologica ciò implica la perdita dell'identità (di una identità) e l'immersione in una identità di gruppo che è al di là o al di qua dell'identità convenzionale da noi riconosciuta come tale, costituita dai livelli più integrati della personalità. In altri termini, si tratta della paura del gruppo di regredire ai livelli di una socialità sincretica che non è costituita da un'interrelazione o da un'interazione, ma esige una dissoluzione dell'individualità e il recupero dei livelli della socialità incontinente, come la chiamò Wallon, non manifesti in quel momento, ma presenti già prima che si facesse parte del gruppo e fin dal primo incontro con esso.

Desidero precisare ancora una volta che sto parlando di gruppi terapeutici formati da persone nevrotiche, cioè da persone che conservano o hanno raggiunto un buon livello di integrazione della personalità, malgrado le difficoltà o la sintomatologia nevrotica che presentano. È un'osservazione che è opportuno fare e che va ribadita in questo momento, poiché gruppi formati da persone che non hanno raggiunto un certo grado di individuazione o di identità individuale cercano immediatamente di creare una situazione simbiotica di dipendenza e di identità di gruppo; e questo è tutto quello che riescono a ottenere.

L'identità di gruppo ha due livelli in tutti i gruppi. Uno è quello di un'identità prodotta da un lavoro in comune e sulla base della quale si stabiliscono modelli di interazione e di comportamento istituzionalizzati all'interno del gruppo; tale identità deriva dalla tendenza all'integrazione e all'interazione degli individui. Un altro livello presente in tutti i gruppi e a volte l'unico esistente (o l'unico che un gruppo è in grado di raggiungere) è quello rappresentato da una forma di identità molto particolare che possiamo chiamare identità sincretica di gruppo e che si costituisce non sulla base di un'integrazione, di un'interazione e di modelli di livelli evoluti, ma di una socializzazione in cui tali limiti non esistono e in cui ognuno di coloro che

da un punto di vista naturalistico noi vediamo come soggetti, individui o persone non ha identità in quanto tale, ma in quanto appartenente al gruppo.

Possiamo stabilire a questo punto un paragone, un'equivalenza o una formula, dicendo che quanto maggiore è il grado di appartenenza a un gruppo tanto maggiore sarà l'identità sincretica di gruppo (in contrapposizione all'identità per integrazione). E quanto maggiore è l'identità per integrazione tanto minore sarà l'appartenenza sincretica al gruppo.

Desidero inoltre accennare sommariamente al fatto che l'*appartenenza* è sempre, paradossalmente, una *dipendenza* ai livelli della socialità sincretica. Vi sono gruppi terapeutici che ricercano tali fenomeni e altri che di fronte ad essi reagiscono con panico o disintegrazione.

Per conferire maggiore chiarezza al mio discorso citerò brevemente tre tipi di gruppi o di individui che possono appartenere a gruppi diversi o allo stesso gruppo.

Uno di questi tipi comprende individui dipendenti o simbiotici, che utilizzeranno immediatamente il gruppo come un gruppo di dipendenza o di appartenenza e cercheranno di stabilizzare la propria identità attraverso questa appartenenza, che è la forma di identità più completa da essi raggiunta nel corso dell'evoluzione. Si tratta di individui in cui l'organizzazione simbiotica ha avuto una durata superiore al necessario, o nei quali tale organizzazione non è mai stata normale al punto da potersi risolvere e dare luogo ai fenomeni di individuazione e personificazione. Essi cercheranno di trasformare manifestamente il gruppo in un'*organizzazione* stabile: l'interazione sarà superficiale e tenderà a non favorire un vero *processo* di gruppo.

Il secondo tipo corrisponde a quegli individui sui quali finora mi sono soffermato più a lungo, che chiamiamo nevrotici o normali, in cui la nevrosi riguarda soltanto una parte della personalità, mentre hanno raggiunto in buona misura una certa individuazione e personificazione: quello che comunemente chiamiamo gli aspetti maturi e realistici della personalità. Tenderanno a muoversi nella socialità d'interazione e possono presentarsi come gruppi molto attivi, "molto vivaci", ma su un piano soltanto e con un rafforzamento del clivaggio. Possono succedere molte cose perché non succede nulla.

Nel terzo tipo rientrano coloro che non hanno mai avuto una relazione simbiotica e che non ne stabiliranno una nemmeno all'interno del gruppo, se non in seguito a un arduo processo terapeutico: fra questi includiamo

le personalità psicopatiche, perverse, le *as if personalities* descritte da H. Deutsch e tutte le personalità ambigue (fra le quali includo il tipo *as if*). In tali individui il gruppo sembra giocare un ruolo alquanto marginale e poco importante. Non è così. In realtà essi tendono al tipo di gruppo caratterizzato dalla socialità sincretica, non manifesta (soprattutto pre-verbale).

Come ho precisato, e salvo diversa indicazione, farò riferimento unicamente al secondo tipo di persone o gruppi.

Finora ho preso in esame le caratteristiche fondamentali del gruppo, ma questo perché si possa comprendere il ruolo del gruppo come istituzione e all'interno delle istituzioni.

Il concetto di istituzione è stato utilizzato con significati molto diversi; farò riferimento qui a due accezioni fra le molte possibili e che mi interessa chiarire. Adotterò il termine istituzione in relazione all'insieme di norme, modelli e attività impregnate su valori e funzioni sociali. Benché l'istituzione venga definita anche come un'organizzazione, nel senso di una disposizione gerarchica di funzioni che si svolgono generalmente all'interno di un edificio, di un'area o di uno spazio delimitato, per questa seconda accezione utilizzerò esclusivamente la parola organizzazione.

Il gruppo è sempre un'istituzione molto complessa, o meglio è sempre un'insieme di istituzioni, ma nello stesso tempo tende a consolidarsi come organizzazione, con modelli propri e fissi. Il fatto importante è che quanto più il gruppo tende a stabilizzarsi come organizzazione, tanto più esso è portato a concentrarsi sulla propria esistenza ponendo in secondo piano, o subordinando a quest'ultimo obiettivo, quello più propriamente terapeutico. L'organizzazione dell'interazione arriva ad un punto in cui diviene antiterapeutica. E questo avviene per due ragioni fondamentali o a due livelli: si organizzano i livelli di interazione in maniera fissa e stabile, ma la fissità e la stereotipia dell'organizzazione si fondano anche ed essenzialmente sul consolidamento del controllo operato sul clivaggio fra i due livelli, in modo tale che la socialità sincretica rimanga immobilizzata.

Questo fenomeno corrisponde a quella che considero una legge generale delle organizzazioni, secondo la quale in tutte le organizzazioni gli obiettivi espliciti per cui sono state create corrono sempre il rischio di passare in secondo piano, mentre acquisisce primaria importanza la perpetuazione dell'organizzazione in quanto tale. E questo accade non soltanto al fine di preservare la stereotipia dei livelli di interazione, ma principalmente per sal-

vaguardare e rafforzare il clivaggio, la depositazione e l'immobilizzazione della socialità sincretica (o parte psicotica del gruppo).

Un gruppo in cui si è arrestato il processo per lasciar posto al consolidamento delle sue caratteristiche di organizzazione si trasforma da gruppo terapeutico in gruppo antiterapeutico (1). In altri termini, potrei dire che il gruppo si è burocratizzato, intendendo per burocrazia quell'organizzazione in cui i mezzi si trasformano in fini e si dimentica di essere ricorsi ai mezzi per conseguire determinati obiettivi.

La tendenza all'organizzazione e alla burocratizzazione (o in altri termini la tendenza anti-processo) non è dovuta unicamente al tentativo di preservare le interazioni o alla coazione a ripetere queste ultime, ma è volta, come ho già rilevato, a rafforzare il clivaggio e a occultare o bloccare, in tal modo, i livelli simbiotici o sincretici.

Non è necessario che si arrivi alla burocratizzazione estrema; può darsi che un gruppo "lavori bene" e rompa nello stesso tempo delle stereotipie, ma ciò avviene soltanto al livello di interazione. Se questa situazione persiste, porta il gruppo a cambiare continuamente, a mostrare una grande mobilità, ma si tratta in realtà di un cambiamento per non cambiare: in fondo "non succede niente".

Tutto questo presenta un altro aspetto di considerevole importanza, che non voglio tralasciare: potrei iniziare col dire che qualsiasi organizzazione tende ad avere la stessa struttura del problema che deve affrontare e per il quale è stata creata. Così, un ospedale finisce con l'aver, in quanto organizzazione, le medesime caratteristiche dei malati (isolamento, deprivazione sensoriale, carenze nella comunicazione, eccetera).

Le nostre organizzazioni psichiatriche, le nostre terapie, le nostre teorie e le nostre tecniche hanno la stessa struttura dei fenomeni che dobbiamo affrontare. Sono diventate e non sono nient'altro che organizzazioni, e assolvono pertanto, con la loro tendenza alla formalizzazione burocratica, un'identica funzione di mantenimento e controllo del clivaggio.

(1) Ho esteso l'ambito di tali fenomeni anche alla cosiddetta "reazione terapeutica negativa".

La funzione iatrogena e di rafforzamento delle malattie svolta dai nostri ospedali psichiatrici non ha ragione di essere commentata qui, poiché è universalmente nota e costituisce un aspetto sul quale attualmente si insiste molto; ma noi dimentichiamo altri aspetti che hanno lo stesso effetto burocratico iatrogeno e un'uguale funzione latente: quella di mantenere il clivaggio controllando la socialità sincretica.

La società tende ad instaurare una separazione fra quello che considera sano e quello che considera malato, fra quello che ritiene normale e quello che giudica anormale. In tal modo, stabilisce una scissione molto profonda fra essa (la società "sana") e tutti quelli che, come i pazzi, i delinquenti e le prostitute, presentano deviazioni o malattie, che si suppone non abbiano niente a che vedere con la struttura sociale. La società si autodifende, ma non dai pazzi, dai delinquenti e dalle prostitute, bensì dalla sua stessa pazzia, delinquenza e prostituzione, che in questo modo aliena, disconosce e tratta come se le fossero estranee e non la riguardassero. Ciò avviene grazie alla creazione di una profonda scissione. Questa segregazione e questa scissione si trasmettono poi ai nostri strumenti e alle nostre conoscenze. In tal modo, rispettare il clivaggio di un gruppo terapeutico e non esaminare i livelli di socialità sincretica significa accettare questa segregazione sancita dalla società così come i suoi criteri normativi, accettare i meccanismi in base ai quali determinati soggetti risultano ammalati e segregati, nonché il criterio di adattamento applicato alla salute e alla malattia e la segregazione di quest'ultima intesa come "cura".

Non è possibile, nel tempo di cui dispongo, descrivere le vicende di ognuno dei fenomeni che segnalo nell'ambito della dinamica di gruppo, ma non risulterà difficile al lettore trarre le debite conseguenze e analizzare queste ultime in relazione al suo lavoro con i gruppi. Per quanto ci riguarda più direttamente, aggiungerò soltanto che anche lo *staff* tecnico di un ospedale o la sua *équipe* amministrativa tendono a strutturarsi come organizzazioni, e le resistenze al cambiamento non necessariamente provengono sempre e soltanto dai pazienti o dai loro familiari, ma molto più spesso derivano proprio da noi in quanto apparteniamo a delle organizzazioni e queste sono parte della nostra personalità. Nelle organizzazioni accade, inoltre, che i conflitti suscitati ai livelli superiori si manifestino o vengano rilevati ai livelli inferiori: succederà allora che i conflitti dello *staff* tecnico diverranno manifesti non nei suoi componenti, ma nei pazienti o nel personale subalter-

no, così come le tensioni e i conflitti fra i genitori molto spesso non compaiono in loro, ma come sintomi nei loro figli. E gli esempi potrebbero continuare per tutte le organizzazioni civili, statali, militari, religiose, eccetera.

Nel paragrafo precedente ho osservato che le organizzazioni fanno parte della nostra personalità e voglio riprendere molto sommariamente questa affermazione perché la ritengo di vitale importanza per il tema che sto sviluppando.

Nelle nostre teorie e categorie concettuali, contrapponiamo l'individuo al gruppo e l'organizzazione al gruppo, così come presupponiamo che gli individui vivano isolati e poi si riuniscano per formare i gruppi e le organizzazioni. Tutto ciò non è corretto ed è un retaggio delle concezioni associazionistiche e meccanicistiche. L'essere umano prima che una persona è sempre un gruppo, ma non nel senso che appartiene a un gruppo, bensì in quanto la sua personalità è il gruppo. A tale proposito, rimando la persona interessata al testo di Whyte *L'uomo organizzazione*.

In questo modo, si capisce perché la dissoluzione di un'organizzazione o il tentativo di cambiamento della stessa possano essere la causa diretta della disgregazione della personalità, e non solo per proiezione, ma per il fatto che il gruppo e l'organizzazione sono la personalità dei loro componenti. Si spiega così la grande frequenza di malattie organiche gravi nei neopensionati e si può comprendere meglio come l'ostracismo nell'antica Grecia fosse più distruttivo per la personalità che la prigione e la fucilazione.

Vi è dunque una specie di travaso nei problemi che sto studiando, nel senso che in precedenza ho insistito sul fatto che ogni gruppo tende ad essere un'organizzazione e ora - parlando di organizzazioni - affermo che queste ultime costituiscono parte della personalità degli individui e a volte l'intera loro personalità.

E. Jaques sostenne che le istituzioni servono come difesa di fronte ad ansie psicotiche. Tale affermazione è riduttiva e appare più corretto dire che le istituzioni e le organizzazioni sono depositarie della socialità sincretica o della parte psicotica e che ciò spiegherebbe in gran parte la tendenza alla burocrazia e la resistenza al cambiamento.

Quando parliamo di organizzazioni e del lavoro degli psichiatri, degli psicologi e degli psicoterapeuti in seno ad esse, è sottinteso che ci riferiamo alla terapia di gruppo praticata in organizzazioni psichiatriche od ospedaliere. Non abbiamo ancora preso chiaramente coscienza, per lo meno nel-

l'ambito della psicologia e della psicoterapia di gruppo, delle esigenze e dei problemi suscitati dalla quarta rivoluzione psichiatrica, che può essere definita come l'orientamento verso la prevenzione primaria e una concentrazione degli sforzi nella gestione delle risorse. Sebbene possediamo conoscenze e tecniche di gruppo abbastanza sviluppate, è anche vero che manchiamo di una *strategia* per l'utilizzazione di queste tecniche e di queste conoscenze quando dobbiamo lavorare nell'ambito della psicologia istituzionale (all'interno di organizzazioni) in istituzioni che non siano psichiatriche od ospedaliere. E anche in queste ultime è possibile che il migliore uso delle nostre risorse non consista nel formare gruppi terapeutici, ma nell'impiegare i nostri sforzi e le nostre conoscenze ai fini dell'organizzazione stessa.

Quando lavoriamo nelle organizzazioni come psicologi istituzionali, la dinamica di gruppo è una *tecnica* che ci permette di affrontare problemi di tipo organizzativo, ma per utilizzare tali tecniche dobbiamo poter disporre di una strategia generale del nostro intervento e nello stesso tempo di una "diagnosi" della situazione dell'organizzazione.

Uno dei problemi fondamentali all'interno di un'organizzazione riguarda non soltanto la dinamica dell'intragruppo, ma anche quella fra i gruppi, e il nostro obiettivo può non essere costituito dai gruppi bensì dall'organigramma.

In un'organizzazione, il ricorso alle tecniche di gruppo e la scelta del tipo di tecnica da adottare sono determinati non solo da uno sforzo per modificare il nostro *furor curandis*, ma anche da una diagnosi che permetta di capire qual è il grado di burocratizzazione o il livello al quale si è prodotta una spaccatura per cui il clivaggio fra i livelli di integrazione e i livelli di socialità sincretica non può più essere mantenuto, così come non possono essere preservate l'esistenza e la correlazione fra le strutture di gruppo primario e quelle di gruppo secondario, eccetera.

Molto spesso, quando utilizziamo la dinamica di gruppo nella nostra attività in seno alle organizzazioni, ci proponiamo un'analisi delle implicazioni psicologiche dei compiti che svolgiamo e delle modalità con cui raggiungiamo o meno i nostri obiettivi, aggiungendo la dimensione umana e psicologica al lavoro realizzato e alla maniera in cui lo si realizza.

Non vi è, a mio avviso, un errore più grossolano che quello di trasferire, insieme alle tecniche di gruppo, l'ospedale psichiatrico nell'ospedale civile ed entrambi all'interno delle organizzazioni (industrie, scuole, eccetera).

In sintesi, ho definito il gruppo in base a due livelli di socialità: uno è quello della cosiddetta socialità di interazione e l'altro quello della socialità sincretica. Ho rilevato che il gruppo tende a burocratizzarsi come organizzazione e a diventare anti-terapeutico non soltanto a causa di una reintegrazione di modelli ai livelli di interazione, ma essenzialmente per la necessità di mantenere il clivaggio (o separazione) fra i due livelli.

Ho proseguito poi osservando come le organizzazioni abbiano questa stessa funzione di clivaggio e come le nostre conoscenze e le nostre tecniche di gruppo debbano essere precedute, se vogliamo utilizzare la dinamica di gruppo all'interno delle organizzazioni, da uno studio diagnostico su queste ultime e da una strategia nell'ambito della quale le tecniche di gruppo costituiscano soltanto uno strumento.

Ho richiamato l'attenzione, pur senza addentrarmi in un loro esame approfondito, su alcune leggi delle organizzazioni, nonché su alcuni elementi essenziali verso i quali deve tendere la nostra funzione sul piano della psichiatria preventiva e della prevenzione primaria. Più che costituire un'analisi esaustiva, questa relazione ha la funzione di provocare, incoraggiare o stimolare un cambiamento sia dei nostri stereotipi teorici e tecnici che della gestione delle nostre risorse.



JOSÉ BLEGER

### 2.3. UTILIZZO DELLE TECNICHE E DELLE CONOSCENZE DI GRUPPO\*

Nella storia della psichiatria possiamo annoverare quattro rivoluzioni: la prima è quella realizzata da Pinel, la seconda è quella determinata dall'adozione di terapie biologiche e farmacologiche (benché messe a punto in tempi diversi si possono assimilare a una sola), la terza è caratterizzata dall'introduzione della psicoterapia e la quarta, infine dalla preoccupazione di apportare dei cambiamenti nell'amministrazione delle risorse.

Nello sviluppo della psicoterapia di gruppo disponiamo, pur riconoscendo i nostri limiti, di risorse teoriche e tecniche piuttosto avanzate, ma ritengo che non abbiamo ancora introdotto con una certa sistematicità questa rivoluzione nella gestione di tali risorse. Come operai o scienziati siamo generalmente poco inclini ad occuparci di aspetti amministrativi, e questa scarsa propensione può dipendere da molteplici cause; tuttavia, non è a queste che intendo riferirmi, bensì al rivoluzionario processo di trasformazione che, a mio avviso, è necessario introdurre in maniera più sistematica e radicale in tutto ciò che riguarda le conoscenze e le tecniche relative alla dinamica di gruppo nell'ambito della psichiatria dinamica.

Nonostante la nostra scarsa attitudine ad occuparci del problema della gestione, dobbiamo renderci conto, tuttavia, che vi è comunque una gestione da organizzare. Possiamo portare l'esempio dell'operatore che segue gruppi terapeutici di malati che sono andati a consultarlo nel suo studio privato,

\* Conferenza tenuta in occasione delle Cinque Giornate Sul-Riograndensi di Psichiatria Dinamica, Porto Alegre, 1970. Pubblicata nel 1971 all'interno della raccolta "Temas de psicología. Entrevista y grupos", Nueva Visión, Buenos Aires.

in clinica o in ospedale. Intendo dire che, in tutti i casi, stiamo amministrando, bene o male, le nostre risorse e, se non vogliamo occuparci della loro gestione, teniamo presente che una gestione dobbiamo comunque accettarla, e o la organizziamo, la dirigiamo e la imponiamo noi o saranno altri ad imporcela, a dirigerla e a porci dei limiti. Credo che molti problemi, così come molte limitazioni e questioni che non siamo in grado di risolvere, abbiano origine da questo tipo di amministrazione delle nostre risorse. La gestione non è indipendente dai nostri problemi, dalle nostre teorie, tecniche, soluzioni, eccetera.

Sono dell'opinione che dobbiamo gestire altrimenti le nostre risorse, includendo fra queste ultime le nostre conoscenze, le nostre teorie e le nostre tecniche di gruppo. Con il termine gestione ci riferiamo a un'utilizzazione e a una distribuzione che ora vorremmo fossero diverse, più razionali ed efficaci. L'efficacia della terapia di gruppo non dipende esclusivamente dallo sviluppo delle conoscenze e dal perfezionamento delle nostre tecniche, ma anche dalla maniera in cui le gestiamo. E nella semplice parola *gestione* è racchiusa niente meno che una rivoluzione psichiatrica che dobbiamo ancora estendere (e che in qualche misura è già stata estesa) alle nostre risorse per tutto quanto riguarda la terapia di gruppo.

Il problema non concerne soltanto la salute pubblica o la salute mentale, il che sarebbe di per sé sufficiente; ma dal modo in cui gestiamo le nostre risorse possono dipendere anche la profondità e l'estensione delle nostre teorie come pure il tipo di problemi che dobbiamo affrontare da un punto di vista scientifico; cosicché la pratica professionale e la ricerca non sono affatto indipendenti dalla maniera in cui abbiamo amministrato, o male amministrato, queste risorse.

Ho detto spesso che conosciamo meno di quanto dovremmo, sappiamo meno di quanto crediamo di conoscere, sappiamo e conosciamo molto di più di quello che applichiamo o utilizziamo. Si potrebbe dire che ciò accade in tutti i campi scientifici e professionali e concordo con tale affermazione; questo però non ci esime dal considerare il problema. A tutto ciò potrebbe aggiungersi un'ulteriore complicazione: se gestiamo in modo diverso le nostre risorse, può accadere che queste si modifichino, si incrementino o diventino più efficaci. Dobbiamo ricordare che l'amministrazione delle risorse è parte di una prassi, e che generalmente ci riteniamo soddisfatti di una prassi limitata che va dalla teoria alla pratica, ma anche se teoria e pra-

tica interagiscono (nella migliore delle ipotesi), manca tuttavia un'interazione con contesti più ampi. In tal modo, la teoria e la pratica non soltanto sono in connessione fra loro, ma interagiscono anche con la gestione delle risorse; oppure potremmo dire che quest'ultima fa parte di tale pratica e che ogni pratica viene sempre gestita in una maniera definita. Sottolineo, così, la mia drastica opposizione a quella posizione, che considero erronea, in base alla quale si presuppone che la gestione sia una funzione da amministratori e il nostro ruolo sia soltanto professionale e scientifico. La ragione fondamentale della mia opposizione sta nel fatto che la nostra pratica professionale e scientifica si effettua all'interno di un particolare contesto amministrativo e che in ogni caso noi amministriamo le nostre risorse (bene o male che sia, in maniera rigida o limitata).

Molto spesso è proprio vero che "in casa del calzolaio non si hanno scarpe"; potremmo citare molti esempi al riguardo, ma limitiamoci a osservare che così come applichiamo molto poco e utilizziamo in misura insufficiente le nostre conoscenze psicoanalitiche nelle procedure di insegnamento della psicoanalisi, cioè nella didattica, analogamente non applichiamo per nulla, o non abbastanza, le nostre cognizioni e tecniche di gruppo alla gestione delle nostre risorse in questa sfera della conoscenza e della pratica. Inoltre, non utilizziamo le nostre conoscenze degli psicodinamismi di gruppo per ottenere dei cambiamenti mediante una gestione diversa.

In altri termini potrei dire che, sebbene possediamo conoscenze e tecniche di gruppo sufficientemente sviluppate, manchiamo di *strategie* che ci permettano di utilizzare tali tecniche e cognizioni. Questa strategia (questo cambiamento nella gestione) può essere sintetizzata dicendo che dobbiamo introdurre le tecniche di gruppo e le nostre conoscenze dei dinamismi di gruppo nei programmi di prevenzione primaria: non soltanto nella terapia e nella prevenzione di malattie mentali o di disturbi psicologici (il che già sarebbe sufficiente), ma anche in quello che è uno dei principali obiettivi della prevenzione primaria, cioè alla promozione della salute.

Se ammettiamo la necessità di una impostazione di questo tipo, dobbiamo di conseguenza tenere conto che un cambiamento nella gestione delle risorse come quello richiesto da tale prospettiva comporta anche una modifica fondamentale dei modelli professionali, degli schemi o dei contesti in cui si svolge la ricerca. Dobbiamo smettere di lavorare "chiusi fra quattro mura", vale a dire che dobbiamo non solo alternare la nostra attività

negli ospedali psichiatrici, nei servizi psichiatrici degli ospedali civili, ma anche all'interno dei "gruppi naturali", dell'ambiente, delle funzioni ed organizzazioni loro propri. Ciò significa che dovunque vi siano degli esseri umani vi sono dei gruppi e noi dobbiamo andare verso di essi, senza attendere assolutamente che siano loro a venire da noi. Ma andare verso questi "gruppi naturali" implica la necessità di rispettare l'ambiente, gli obiettivi, le funzioni e le organizzazioni specifiche nel cui ambito i gruppi umani si sviluppano, e sia chiaro che non mi riferisco soltanto all'attività o al lavoro, ma anche al tempo libero, allo svago e a molti altri aspetti che non sto ad enumerare.

Oltre ad affrontare una profonda modifica dei modelli professionali, dobbiamo immediatamente prendere coscienza del fatto che non cureremo, e quindi chiarire a noi stessi quali sono i nostri obiettivi. Questi si possono riassumere nella formula "promozione della salute", dove per salute si intende non soltanto l'assenza di malattie, ma anche uno sfruttamento più efficace di tutte le risorse di cui dispone ogni gruppo per mobilitare la propria attività nella ricerca di migliori condizioni di vita, sia sotto l'aspetto materiale che culturale, sociale e psicologico. Quando ci disponiamo a gestire nella maniera indicata le nostre risorse (tecniche e conoscenze di gruppo), uno dei problemi a cui dobbiamo subito far fronte consiste nella perdita della sicurezza che ci deriva dall'organizzazione o istituzionalizzazione della gestione in corso in quel momento, organizzata in base a specifici modelli professionali, ben determinati e chiaramente definiti. <sup>1</sup>Già qui ci troviamo a dover affrontare un aspetto essenziale della psicologia di gruppo, incominciando da noi stessi per prendere coscienza poi di un nuovo problema teorico, cioè del ruolo assolto dall'istituzionalizzazione e dall'organizzazione nelle attività di gruppo o in quelle che svolgiamo come individui nei confronti dei gruppi in cui operiamo. Le modalità con cui dobbiamo andare verso questi gruppi naturali nei loro specifici ambienti costituisce un problema teorico e tecnico che va considerato anche dal punto di vista della dinamica di gruppo, nel senso che il modo in cui viene "inserito" il professionista può in gran parte segnare o determinare il "destino" dell'attività che questi successivamente sarà in grado o meno di svolgere. Dobbiamo elaborare tecniche di inserimento all'interno del gruppo per questo lavoro, oltre a studiare e mettere in pratica tecniche di "disinserimento" o di svincolamento dai nostri modelli attuali nei quali ci riconosciamo agevolmente.

Ci rendiamo conto così molto più chiaramente che quello che facciamo e il modo in cui lo facciamo non costituiscono solo un'attività, ma sono parte della nostra personalità, e che una modifica delle conoscenze e delle tecniche, analogamente a un cambiamento nella gestione di tali risorse, comportano una crisi nella struttura stessa della nostra personalità.

Finora le nostre tecniche di gruppo sono state, nella maggior parte dei casi, fini a se stesse; ma un cambiamento nella gestione può indurci a ritenere che esse possano essere utilizzate in altri contesti e per finalità diverse. Così, ad esempio, l'attività diagnostica all'interno di un'istituzione richiede delle conoscenze e una strategia nell'ambito delle quali le tecniche di gruppo costituiscano una delle risorse, per non dire la risorsa per antonomasia, fino a questo momento; tuttavia, se ci limiteremo esclusivamente alla conoscenza di questa tecnica non saremo comunque in grado di dominare la strategia del lavoro istituzionale e la nostra attività nella prevenzione primaria verrà allora seriamente compromessa o addirittura bloccata nel suo sviluppo.

Finora nella psichiatria dinamica, per quanto riguarda in modo particolare le conoscenze e le tecniche della dinamica di gruppo, siamo simili a coloro che possiedono delle ricchezze, ma non possono ancora investirle in maniera proficua. Non si è ricchi di conoscenze per il semplice fatto di possederle, ma essenzialmente per il modo in cui si è in grado di applicarle. E questo è uno dei punti critici e dei problemi chiave che ci troviamo a dover affrontare nella dinamica di gruppo.

Tutti questi aspetti psicologici della nostra condizione di professionisti che amministrano le proprie risorse in maniera individuale o limitata non sono di secondaria importanza, e se non ci rendiamo conto di questo avremo delle difficoltà a capire ad esempio quando, nel lavoro istituzionale, dobbiamo operare sulle situazioni psicologiche di un gruppo o sui problemi che esso ha nel gestire se stesso o le proprie risorse. Voglio insistere sul fatto che il cambiamento che chiedo e propugno è assolutamente indispensabile, ma saremo in condizioni di attuarlo in maniera efficace soltanto se riusciremo a comprendere con sempre maggiore chiarezza gli aspetti della psicologia di gruppo contenuti nella nostra amministrazione e quello che comporta per un gruppo professionale, da un punto di vista psicologico, un cambiamento nella gestione delle sue risorse o nella sua organizzazione.

Sono pienamente convinto che ad ogni tipo di gestione corrisponde un determinato tipo di problemi e un particolare livello di conoscenze, oltre che

uno sviluppo tecnico adeguato. Sono ugualmente persuaso che una modifica nell'amministrazione non rappresenta soltanto un aspetto formale o secondario, ma comporta necessariamente un cambiamento di prospettive, un ampliamento delle problematiche, un approfondimento e una rielaborazione delle teorie, un perfezionamento delle nostre tecniche, così come un inserimento delle tecniche di gruppo in un capitolo più vasto di *strategie*. Queste ultime implicano ad esempio, nel lavoro istituzionale, non solo la conoscenza della teoria delle tecniche di gruppo, ma anche la capacità di fare una diagnosi delle situazioni, di comprendere *qual è il gruppo* su cui è opportuno intervenire nell'ambito di un'organizzazione e di selezionare il tipo di tecnica adeguato a tale gruppo, alle funzioni che svolge e alla problematica che affronta. Il fattore determinante può essere qui il settore sul quale opera lo psichiatra e non la tecnica di gruppo. Questo può esigere uno sforzo supplementare da parte nostra, poiché tale tipo di valutazione non è indispensabile nelle condizioni in cui operiamo attualmente, dal momento che nell'esercizio privato della professione o nell'attività ospedaliera ciascuno può perfezionarsi in una tecnica e applicarla ai pazienti, mentre nell'attività di prevenzione primaria la scelta del gruppo in funzione della diagnosi dell'organizzazione costituisce un problema fondamentale, che nelle attuali condizioni in cui esercitiamo non viene visto come tale.

Si potrà obiettare che il lavoro di gruppo nell'ambito della prevenzione primaria esige determinate conoscenze (umanistiche, sociologiche, economiche, antropologiche, eccetera), e concordo in pieno sull'effettiva necessità di arrivare a questo, per cui dovremmo rivolgere i nostri sforzi anche a un cambiamento nella formazione dei tecnici nella dinamica di gruppo. Un'altra obiezione che ho sentito spesso fare riguarda il fatto che il lavoro del tecnico nella dinamica di gruppo si confonde con quello dello psicologo sociale, dello psicologo clinico, dell'antropologo e di altri professionisti che utilizzano tecniche di gruppo. Devo ammettere che è vero, ma la cosa non mi preoccupa e più che come uno svantaggio la vedo come un vantaggio.

Sebbene rischi in questo modo di scoraggiare più che di suscitare entusiasmo per questo cambiamento nella gestione, dovrò segnalare anche altre implicazioni che esigono uno sforzo non minore di quello richiesto dalle necessità a cui ho accennato in precedenza.

Non sarà più sufficiente conoscere, come ora, la dinamica e le tecniche di gruppo, ma si dovrà anche studiare la psicologia del tempo libero, la psi-

ciologia del lavoro, quella dell'organizzazione, eccetera. L'attività con il gruppo svolta all'interno di un'istituzione, in funzione della prevenzione primaria, non è finalizzata alla guarigione ma alle possibilità di sviluppo delle capacità e delle attitudini degli esseri umani. Questo, tuttavia, può scontrarsi o entrare in conflitto con le funzioni dell'istituzione, nel qual caso ci troveremo di fronte alla resistenza non soltanto di un gruppo ma di un'intera organizzazione.

Ho accennato altrove al fatto che, in ogni organizzazione, arriva un momento in cui la preoccupazione per la sua sopravvivenza può essere in contrasto con gli obiettivi per cui essa è stata creata, se non addirittura passare in primo piano rispetto a questi; vale a dire che i gruppi di individui che fanno parte di un'organizzazione tendono, a un dato momento, a soddisfare le proprie esigenze psicologiche, più che a perseguire i fini dell'organizzazione. A questo punto ci troviamo di fronte a un'apparente contraddizione, poiché se fosse vero questo (che i bisogni psicologici vengono soddisfatti), la nostra partecipazione o il nostro intervento nella prevenzione primaria delle organizzazioni non avrebbe senso. Ma questa contraddizione è, per l'appunto, solo apparente, giacché abbiamo esigenze psicologiche che corrispondono alla dinamica del gruppo primario, ma ne abbiamo anche in relazione al gruppo secondario.

Possiamo lavorare nella prevenzione primaria in funzione di quello che genericamente potremmo chiamare *l'efficienza e la produttività*. In questo senso, l'esperienza ci mostra che quando un'organizzazione richiede la nostra consulenza perché i suoi obiettivi espliciti non vengono raggiunti nella misura desiderata o possibile, il nostro compito - se accettiamo il motivo della consultazione come legittimo e non cogliamo quello latente - si riduce generalmente a trasformare i gruppi primari in secondari, cioè ad ottenere una più rigida formalizzazione dell'organizzazione e dei modelli istituzionali vigenti al suo interno. Evidentemente ciò si può fare e spesso viene fatto; possediamo le conoscenze e le tecniche sufficienti per poter soddisfare in parte questi obiettivi, come ad esempio quello di far sì che i venditori di un'azienda migliorino la loro tecnica di vendita e vendano di più, oppure che la sezione di una fabbrica produca di più o fornisca prodotti di migliore qualità. Benché ciò sia possibile, dobbiamo tuttavia tener conto che, una volta accettati tali obiettivi e finalità, non lavoreremo in funzione della prevenzione primaria ma, al contrario, come agenti di un'organizzazione che

si serve delle nostre conoscenze perché vengano *utilizzati gli esseri umani* che ne fanno parte. Si può lavorare nel campo della prevenzione primaria senza che questo accada, ma sorgeranno necessariamente complicazioni di altro tipo che porteranno alla segregazione del terapeuta e al fallimento del suo intervento.

Vi sono circostanze in cui il problema delle organizzazioni è totalmente opposto, nel senso che a volte la nostra consulenza viene richiesta in organizzazioni troppo formalizzate e rigide, dove siamo chiamati a intervenire come agenti di cambiamento per introdurre il gruppo primario soffocato. Nemmeno in questi casi il nostro compito è facile e scevro da complicazioni e da problemi di ogni tipo.

Dobbiamo renderci conto che, di qualunque tipo sia l'organizzazione, essa fa parte (è parte) della personalità degli esseri umani che vi appartengono, e comprendere che mobilitare modelli, abitudini e norme di comportamento significa mobilitare le ansie degli individui e dei gruppi che costituiscono l'organizzazione. Ma vi è un aspetto importante che desidero sottolineare: *nelle organizzazioni, è là dove si trovano immobilizzate le strutture più primitive e la socialità sincretica a cui ho accennato in precedenza.*

Se ora ritorniamo ai gruppi, siamo in grado di capire che quando un gruppo terapeutico (o un'attività di gruppo nel campo della prevenzione primaria) tende a consolidarsi come organizzazione, questo avviene perché ha la tendenza a immobilizzare la socialità sincretica e una parte considerevole della struttura di gruppo, che rimane in tal modo bloccata e scissa.

E. Jaques, che si è occupato in parte del problema, è giunto alla conclusione che le istituzioni servono come difesa contro le ansie psicotiche. La mia opinione coincide con la sua soltanto parzialmente. Sono d'accordo sul carattere difensivo, che rientra nella dinamica psicologica, delle istituzioni e delle organizzazioni, ma ritengo che in queste ultime si trovino direttamente immobilizzati gli strati più primitivi della personalità o la socialità sincretica di gruppo.

Se ci soffermiamo ad analizzare il problema delle tecniche di gruppo nella prevenzione primaria, possiamo citare il caso in cui il nostro intervento ricade sull'organizzazione come totalità, sul suo organigramma, e non soltanto su alcuni dei suoi settori. Le difficoltà a questo punto sono maggiori ed esigono un notevole perfezionamento delle istanze teoriche, oltre che della nostra strategia nell'utilizzazione delle tecniche di gruppo. Per da-



re un'idea della portata di questa problematica, voglio ricordare una formulazione che sono portato a considerare sempre di più come una legge generale: un'organizzazione tende a presentare le stesse modalità del problema che deve risolvere e a strutturarsi in base a queste; in tal modo, ci troviamo di fronte ad un circolo vizioso in cui l'organizzazione non solo non risolve il problema per il quale è stata espressamente creata, ma lo aggrava ulteriormente e gli serve da *feed-back* per questo scopo. Ciò può sembrare paradossale e, in un primo momento, assolutamente scorretto; tuttavia, la mia esperienza e quella dei miei collaboratori tendono a corroborare tale formulazione. Potrei citare l'esempio di un ricovero per anziani creato per alleviare le loro condizioni e le ormai note caratteristiche psicologiche (deprivazione sensoriale, isolamento, paralisi causata dall'angoscia di morte, eccetera). Malgrado ciò, l'organizzazione nel suo insieme, compresi gli stessi congiunti o lo *staff* dell'organigramma, presenta le medesime caratteristiche di isolamento, deprivazione sensoriale, blocco di fronte alla morte, eccetera.

Questo esempio ci è utile anche per illustrare come l'istituzione contribuisca a far sì che in essa "si depositino" precisamente sia quello che si vuole risolvere sia gli aspetti della socialità da me caratterizzata come sincretica.

È ovvio che in queste condizioni la tattica del lavoro di gruppo nel campo della prevenzione primaria deve rivolgersi in particolare alle strutture dell'organizzazione, principalmente agli *staff* amministrativi, esecutivi, terapeutici, eccetera. Tuttavia, non abbiamo bisogno di andare troppo lontano per trovare un esempio di questo fatto: basti pensare alla lotta permanente che si sostiene in un ospedale psichiatrico perché esso non aggravi l'alienazione, l'emarginazione e la segregazione dei malati mentali, tutte caratteristiche che l'istituzione dovrebbe eliminare e che invece consolida.

Nei gruppi terapeutici, la stabilizzazione dell'organizzazione da essi raggiunta, è assolutamente antiterapeutica, oppure costituisce il limite della nostra terapia se non affrontiamo la disorganizzazione di tali gruppi. E l'esperienza ci dimostra che proprio questo è il momento critico in cui un gruppo si dissolve in seguito a razionalizzazioni o a una concezione maniacale della cura da parte sia del gruppo che del terapeuta. Questo problema raggiunge il suo culmine quando lavoriamo nel campo della prevenzione primaria, con tecniche di gruppo all'interno di un'organizzazione, poiché il lavoro di gruppo fatto in profondità e a beneficio degli esseri umani che

vi appartengono tende inevitabilmente a mettere in discussione l'organizzazione, a disgregarla o dissolverla. Non dobbiamo tuttavia allarmarci troppo, perché quando stiamo per arrivare a questo generalmente ci troviamo già in una situazione di segregazione, relegati dall'organizzazione o ci siamo ritirati spontaneamente, con una sensazione di fallimento o con delle spiegazioni razionalizzanti.

Posso assicurare, d'altra parte, che i problemi reali sono molto più complicati e difficili di quanto non appaia da questa analisi, poiché per ragioni didattiche ho seguito una linea di sviluppo schematica ed ho cercato di esporre le situazioni più semplici, tralasciandone parecchie ed omettendo molti problemi proprio in funzione di un obiettivo didattico. So di non offrire soluzioni facili e di non prospettare a volte nemmeno di difficili, ma le soluzioni possono emergere, nel migliore dei casi, solamente da un'impostazione corretta dei problemi che dobbiamo affrontare. Con questo intendo dire che noi ci troviamo coinvolti nell'organizzazione come agenti di trasformazione, ma anche come fattori che rafforzano l'organizzazione, il che costituisce una resistenza al cambiamento.

## II PARTE

INTRODUZIONE **JOSÉ BLEGER** ITALIANA\*

### IL COLLOQUIO PSICOLOGICO E CONTRIBUTI PER UNA PSICOPATOLOGIA PSICOANALITICA

*«Come abbiamo visto, questa è una parte di questo libro la formulazione delle teorie individuali e dei gruppi di Bleger, nella sua metodologia e nella sua prassi, pervengono uno sviluppo teorico-clinico estremamente approfondito. Bleger non è semplicemente colui che estende le conoscenze psicoanalitiche dall'individuale al sociale, come può apparire dalle descrizioni un po' superficiali di alcuni suoi contemporanei. Il suo principale obiettivo è l'elaborazione di un sistema concettuale che gli permetta di passare attraverso i diversi ambiti del comportamento umano (mente, corpo, società) (1) senza estrapolazioni teoriche o sovrapposizione di campi.*

*La sua ricerca parte dal concetto di uno stato di indifferenziazione dell'individuo, visto come nucleo indifferenziato, come struttura algebrica inferiore alla posizione schizo-paranoide descritta da M. Klein), come organizzazione primitiva in cui sono localizzate ansie devastanti, e che nel corso del suo sviluppo presenta due fenomeni significativi: la simbiosi e l'ambiguità. «Gli studi sulla simbiosi che riguardano i primi stadi dello sviluppo della personalità (...) sono di estrema importanza per una migliore comprensione tanto del problema della psicologia normale che della psico-*

\* Questa introduzione è stata scritta in lingua spagnola e tradotta in italiano da Antonella Donazzan.

(1) *Psicosis-Krisis E. Il processo grupale. Dalla psicosi alla psicosi sociale*, L'Espresso Editrice Lauretana, Loris, 1985.

MAURO ROSSETTI

### INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA\*

Come abbiamo posto in evidenza nell'introduzione alla prima parte di questo libro la formulazione della teoria istituzionale e dei gruppi di Bleger, nella sua metodologia e nella sua prassi, presuppone uno sviluppo teorico-clinico estremamente approfondito. Bleger non è semplicemente colui che estende le conoscenze psicoanalitiche dall'individuale al sociale, come può apparire dalle descrizioni un po' superficiali di alcuni suoi contemporanei. Il suo principale obiettivo è l'elaborazione di un sistema concettuale che gli permetta di passare attraverso i diversi ambiti del comportamento umano (mente, corpo, società) (1) senza estrapolazioni teoriche o sovrapposizione di campi.

La sua ricerca parte dal concetto di uno stato di indifferenziazione dell'individuo, visto come nucleo indiscriminato, come struttura sincretica (anteriore alla posizione schizo-paranoide descritta da M. Klein), come organizzazione primitiva in cui sono localizzate ansie devastanti, e che nel corso del suo sviluppo presenta due fenomeni significativi: la simbiosi e l'ambiguità. "Gli studi sulla simbiosi che riguardano i primi stadi dello sviluppo della personalità (...) sono di estrema importanza per una migliore comprensione tanto dei problemi della psicologia normale che della psico-

\* Questa introduzione è stata scritta in lingua spagnola e tradotta in italiano da Antonella Donazzan

(1) PICHON-RIVIÈRE E. *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985.

patologia, sia di quelli della psicologia individuale che della psicologia di gruppo, istituzionale e della comunità”(1) (2).

Iniziamo questa seconda parte con “Il colloquio”(3) scritto da Bleger nel 1964. È un lavoro che presenta caratteristiche tali che, oltre a farne un prezioso strumento per la ricerca scientifica, lo rendono appropriato sia alla clinica individuale che all’analisi di gruppo e istituzionale. Applicato ai diversi ambiti del comportamento umano di cui parlavamo prima, consente di unificare l’indagine nelle tre aree che avevamo richiamato (in proposito, per “società” intendiamo la famiglia, i gruppi secondari e le istituzioni).

Questo testo, in cui si sostiene una concezione contraria a quella della clinica come “arte” o come pura tecnologia, espone in un linguaggio semplice un sistema rigoroso di approccio all’oggetto di studio e di intervento clinico. Grazie alla sua struttura articolata, solida ed efficace, esso resiste a diverse riletture, proponendo sempre nuovi stimoli e indicazioni a chi approfondisce, anno dopo anno, la propria esperienza professionale.

Ad esso segue “Criteri di diagnosi” (1971), che è il risultato dell’applicazione clinica di tale strumento, soprattutto in seno al Centro di Orientamento e di Ricerca E. Racker dell’Associazione Psicoanalitica Argentina, del quale Bleger fu direttore per alcuni anni (prima di lui lo erano stati David Liberman e Marie Langer).

In questo articolo, così come nei successivi, si può osservare con particolare chiarezza come il suo accostamento alla clinica, alla diagnosi, alle indicazioni terapeutiche si accompagni a un’incessante preoccupazione per la precisione dei quadri e delle descrizioni psicopatologiche e ad una meticolosa verifica della necessaria corrispondenza tra l’ambito teorico e gli sviluppi tecnico-clinici raggiunti. Egli stesso sosteneva che spesso trovava opportuno dedicare più ore di studio alla comprensione di un solo colloquio.

(1) BLEGER J. *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967, p.9 (di prossima pubblicazione presso la Libreria Editrice Lauretana).

(2) Poco prima di morire (1973) Bleger era stato invitato a un seminario internazionale sul tema della simbiosi a cui avrebbero partecipato le équipes di collaboratori di M. Mahler e H.F. Searles. (Questa notizia è stata riportata da L. Grinberg, nella *Revista Argentina de Psicoanálisis*, V, XXX, n. 2, 1973, p. 229).

(3) L’ordine di presentazione degli articoli contenuti in questo libro è opera dei curatori della presente edizione.

Il percorso che proponiamo di seguire parte dallo strumento di approccio al problema (il colloquio con il paziente) per poi passare alla lettura del materiale raccolto (criteri di diagnosi) e a un successivo approfondimento attraverso la discussione e i nuovi contributi apportati da Bleger sulla schizofrenia, l'isteria, l'ipocondria e le perversioni; questo percorso, dicevamo, tocca il suo punto più elevato con l'ultimo saggio "Criteri di cura e obiettivi della Psicoanalisi" (1973) nel quale la discussione verte sugli effetti terapeutici e su quelli maieutici del trattamento psicoanalitico.

Il corpo teorico applicato in questi scritti era stato elaborato da Bleger in diversi articoli clinici, che culminarono nel libro *Simbiosis y ambigüedad* (1967) (1). Già nei saggi sui gruppi compare il concetto di discriminazione-indiscriminazione, processo che corrisponde per buona parte ai fenomeni descritti da Lévy Bruhl nel "gruppo di partecipazione" (2), in cui predomina l'identificazione proiettiva incrociata e molteplice fra i suoi membri. Tale fenomeno, che si manifesta in tutti i gruppi e costituisce la caratteristica dominante di quelli primari, trova il suo corrispettivo nel "nucleo sincretico" che forma la parte psicotica della personalità di ogni individuo. Bleger, dunque, parte dall'idea di "personalità psicotica" di Bion (3) e dal "sincretismo primitivo" di Wallon (4), intendendo per parte psicotica della personalità quella parte del soggetto che è rimasta bloccata ai livelli più immaturi e regressivi del suo sviluppo psichico. È in questi livelli che prevale l'identificazione primaria (Fairbairn) (5) e la mancanza di discriminazione fra Io e non-Io, fra oggetto interno e depositario.

Per spiegare tutto ciò Bleger sostiene che corrisponde a una posizione idealistico-individualistica presupporre che l'individuo nasca isolato e un po' per volta entri in relazione con altri esseri umani e con la cultura. Il punto di partenza - dice - è uno stato di indifferenziazione primitiva, una struttura e organizzazione che comprende il soggetto e il suo ambiente ma non come entità differenziate. "Questo significa - fra l'altro - che non dobbiamo

(1) Verrà pubblicato nel 1990 dalla Libreria Editrice Lauretana.

(2) LUCIEN LEVY-BRUHL LUCIEN, *La mentalità primitiva*, Einaudi, Torino, 1966.

(3) BION W., *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.

(4) WALLON H., *Le origini del carattere del bambino*, Ed. Riuniti, 1974.

(5) È quello che per Fairbairn precede la relazione oggettuale, cioè una fase in cui non si è operata ancora una differenziazione fra l'oggetto e una parte dell'Io ad esso vincolata.

*più cercare di scoprire e indagare come il bambino, nel corso del suo sviluppo, si ponga in relazione con il mondo esterno, ma piuttosto come si modifichi un determinato tipo di rapporto (indifferenziato) fino a raggiungere, nel migliore dei casi, uno sviluppo della sua identità e del senso della realtà" (1).*

*Nella personalità "matura" è il residuo dei nuclei di indifferenziazione primitiva a determinare il persistere della simbiosi che si manifesta sia nello sviluppo normale che nella patologia. In questo modo, si potrà stabilire una gradualità che va dalla normalità (dove comunque troveremo residui di indiscriminazione e di simbiosi primitiva) a episodi o quadri patologici conclamati. Se una parte della personalità è strutturata su alcune modalità di questa indifferenziazione primitiva, ci troviamo in presenza di quella che Bleger definisce "personalità ambigua" o, nella migliore delle ipotesi, di una personalità con tratti del carattere ambigui.*

*Egli continua la sua indagine confutando una seconda ipotesi da lui considerata un prodotto dell'influenza dell'idealismo sulle scienze psicologiche: la diffusa credenza secondo la quale il fenomeno psicologico è innanzitutto mentale e quando non compare in forma manifesta deve necessariamente preesistere a livello inconscio.*

*Il fenomeno mentale, secondo Bleger, è una delle modalità del comportamento umano (2): le prime strutture indifferenziate, sincretiche, sono essenzialmente corporee e solo successivamente si formeranno, su questa matrice, i fenomeni mentali. Fin dal periodo prenatale vi è una fusione, una mancanza di discriminazione fra soggetto e oggetto, che l'autore denomina "struttura sinciziale" e della quale la struttura sincretica è la continuazione (3): "da questa [struttura sinciziale] si sprigionano dei frammenti che pas-*

(1) J. BLEGER, *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967, p. 10.

(2) Questo tema venne ampiamente sviluppato dall'autore nell'Appendice alla *Psicología Concreta* di G. Politzer (Buenos Aires, J. Álvarez Ed. 1965, vol. I) e nella *Psicología de la conducta* (EUDEBA, Buenos Aires, 1966).

(3) È interessante notare come, diversi anni più tardi, H.F. Searles utilizzi lo stesso termine in uno dei suoi resoconti clinici (v. SEARLES H.F. *Il paziente borderline*, Boringhieri, 1988, p. 38).

sano da uno stadio di indifferenziazione alla discriminazione della posizione schizo-paranoide, ma gran parte di essa si mantiene tale..."(1).

La parte psicotica della personalità, che nella seduta si manifesta nella relazione transferale simbiotica, comprende - come abbiamo visto - la dinamica di un "oggetto" con caratteristiche molto complesse, chiamato "nucleo agglutinato" (e non "oggetto agglutinato", in quanto non è ancora differenziato); non essendo né delimitato né discriminato, la sua mobilitazione avverrà in blocco provocando ansie estreme e massive. Di fronte a queste ansie devastanti e annichilenti entreranno in azione in maniera violenta e massiccia le difese più primitive: la scissione, la proiezione e l'immobilizzazione. Tali difese corrispondono a una posizione - che Bleger chiama "glischro-càrica" - che si estende dalla vita intrauterina a quella extrauterina, è anteriore alla posizione schizo-paranoide e costituisce un punto di fissazione per l'epilessia, l'ipocondria, la schizofrenia, le malattie psicosomatiche, ecc. Il termine "glischro-càrica" deriva dalle parole greche γλίσχος (viscoso) e κάρσον (nucleo), che egli riprende ispirandosi agli studi sull'epilessia di F. Minkowska, che ha coniato nel 1937 il vocabolo "glischroidia" per denominare la personalità epilettoide, (2).

A partire da questa posizione si arriverà, per mezzo di una graduale discriminazione in piccoli frammenti del nucleo agglutinato, alla formazione della posizione schizo-paranoide; tale discriminazione avverrà in seguito alla diversificazione dei contatti con lo stesso oggetto e dei rapporti con altri oggetti, e alla progressiva differenziazione che si opererà in questo modo fra i nuclei dell'Io e gli oggetti parziali. "Un residuo di questa primitiva formazione agglutinata sussiste in tutti e dalla sua entità dipendono le carenze della personificazione, del senso della realtà, del senso di identità e dello schema corporeo, processi che sono sempre in connessione tra loro" (3).

Perché le parti sane e nevrotiche della personalità abbiano la possibilità di svilupparsi è necessario controllare e immobilizzare il nucleo agglutinato in quanto, date le sue caratteristiche, la sua reintroiezione non sarebbe graduale e frazionata, ma massiva e dirompente (con l'irruzione di ansie catastrofiche e confusionali).

(1) Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi p. 303 della presente edizione.

(2) MINKOWSKI E., *Trattato di psicopatologia*, Feltrinelli, 1973.

(3) BLEGER, *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967, p. 77



Bleger individua diverse tecniche, normali e patologiche, atte a controllare la parte psicotica della personalità, a sviluppare la parte nevrotica e a preservare l'integrità dell'Io. Una di queste è la simbiosi, che egli definisce nel modo seguente: "... è una stretta interdipendenza fra due o più persone che esplicano un'azione complementare per controllare, immobilizzare e soddisfare le esigenze delle parti più immature della personalità" (1). Da un punto di vista clinico la simbiosi acquisisce così un'importanza sempre maggiore, insieme all'autismo, che l'Autore considera la sua controparte inscindibile: "L'autismo è (...) una difesa, una negazione onnipotente della dipendenza simbiotica" (2); "Lo sforzo tecnico non deve essere volto a penetrare l'autismo del paziente, ma ad uscire dalla simbiosi. Procedendo in questo modo, si mobilita tutta l'organizzazione narcisistica del paziente (compreso l'autismo)" (3) (4).

La rilevanza clinica assunta da queste indagini porterà Bleger ad approfondire alcuni grandi temi di teoria della tecnica, come testimoniano i suoi studi sul setting psicoanalitico (5) o sulla interpretazione "clivata" (discriminativa).

Con "clivaggio" l'autore vuole indicare la separazione che si è instaurata tra la parte psicotica e quella nevrotica della personalità, fra l'Io e il non-Io, fra il mondo interno e il mondo esterno, ecc., separazione che può essere instabile, rigida, mobile o incompleta (6). In base alle caratteristiche e alle vicissitudini di quest'ultima, sarà possibile diagnosticare una serie di comportamenti normali o patologici e dedurre un insieme di indici utili per stabilire la prognosi e il tipo di terapia da prescrivere.

(1) BLEGER, *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967, p. 154.

(2) BLEGER, *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967, p. 155.

(3) BLEGER, *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967, p. 157.

(4) Il tema dell'autismo e della simbiosi viene trattato in modo specifico nell'articolo *Schizofrenia, autismo e simbiosi* (1970), compreso in questa raccolta a p. 265.

(5) *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967

(6) *Clivaggio* è un vocabolo del linguaggio medico: in chirurgia indica un intervento effettuato in profondità in cui si deve operare una separazione molto accentuata (piano di clivaggio); in psichiatria denota una profonda perdita di contatto con la realtà.

Vi sono ancora due aspetti che desideriamo segnalare prima di concludere questa presentazione: il ruolo di "organizzatore" che assume la sessualità nella conversione isterica e nelle perversioni al fine di mantenere controllato e immobilizzato il nucleo indiscriminato; l'insistenza dell'Autore sul predominio di un altro senso della realtà e non soltanto della disorganizzazione nella parte psicotica della personalità. Ma c'è di più: gran parte della patologia degli aspetti indiscriminati della personalità non dipende dall'identificazione proiettiva (1): quello che emerge nello splitting patologico (nella simbiosi quando improvvisamente si perde il depositario simbiotico) è il persistere di residui di indiscriminazione primitiva. Questa, dunque, costituisce potenzialmente una fonte di chiarezza per il soggetto se viene a poco a poco discriminata e integrata nella personalità (splitting normale del nucleo indiscriminato); in tal caso - dice Bleger - l'obiettivo maieutico e quello della cura non consistono soltanto in un arricchimento della personalità, ottenuto tramite l'inserimento, il recupero, di ciò che era stato segregato nei sintomi (nevrosi), bensì nella formazione di strutture nuove e diverse da quelle che il paziente possedeva: "una vera e propria modifica, attraverso la discriminazione, con acquisizione di possibilità, attitudini, sentimenti che nel paziente non sono mai esistiti in quanto tali" (2). L'interazione di questi tre fattori (parte psicotica della personalità, parte nevrotica, clivaggio) e delle loro caratteristiche costituisce l'armamentario che Bleger utilizza per un processo di revisione dei quadri, della tecnica di interpretazione e dei criteri di diagnosi e di prognosi (nonché per una nuova visione della dinamica dei rapporti fra salute e malattia) al fine di fondare una psichiatria psicoanalitica con nuovi contributi ed elaborazioni.

Questa raccolta rappresenta solo l'avvio di un progetto di lavoro che avrebbe dovuto confluire in due libri: "Psicopatologia e alienazione" e "Temi per una psichiatria psicoanalitica" (3).

Questi due libri, come si può vedere, guardano i primi stadi dello sviluppo della personalità (...) sono di estrema importanza per una migliore comprensione tanto dei problemi della psicologia normale che della psico-

\* Questa introduzione è stata scritta in lingua spagnola e tradotta in italiano da Amobella

(1) V. Schizofrenia, autismo e simbiosi a p. 265 della presente raccolta.

(2) Criteri di cura ecc., p. 303.

(3) GRINBERG L., *Revista argentina de Psicoanálisis*, V, XXX, n. 2, 1973.

*La morte prematura di José Bleger lascia incompiuta la sua opera, di cui ci rimane questa serie di lavori (alcuni dei quali inediti al momento della sua morte) che costituiscono una testimonianza dello sforzo di elaborazione da lui compiuto e che ci invitano alla discussione e a nuovi apporti clinici e teorici.*

Venezia, maggio 1989

(1) *Revista de Psiquiatria e Psicopatologia*, São Paulo, 1987, p. 96 (in pressa da Edizioni Leumann).

(2) Poco prima di morire (1973) Bleger era stato invitato a un seminario internazionale sul tema della simbiosi a cui avrebbero partecipato le équipes di collaboratori di M. Maccari e H.P. Searles. Questa notizia è stata riportata da L. Goldberg, nella *Revista Argentina de Psiquiatria*, V, 1982, n. 1, p. 10.

(3) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, V, 1982, n. 1, p. 10.

JOSÉ BLEGER

## 1. IL COLLOQUIO PSICOLOGICO\*

(Suo impiego nella diagnosi e nella ricerca)

Il colloquio è uno strumento fondamentale del metodo clinico e costituisce quindi una tecnica di indagine scientifica della psicologia. In quanto tecnica, ha i suoi propri procedimenti o le sue regole empiriche che permettono non soltanto l'ampliamento e la verifica della conoscenza scientifica, ma anche la sua applicazione. Come vedremo, questo duplice aspetto della tecnica riveste un'importanza particolare nel caso del colloquio poiché, fra l'altro, identifica o fa confluire nello psicologo le funzioni del ricercatore e dell'operatore, in quanto la tecnica è il punto di interazione fra la scienza e le esigenze di carattere pratico. In tal modo, il colloquio consente di applicare le conoscenze scientifiche e nel contempo di portare la vita quotidiana dell'essere umano sul piano della conoscenza e dell'elaborazione scientifica, e questo in un processo ininterrotto di interazione.

Il colloquio è uno strumento molto diffuso, e dobbiamo delimitarne la portata, oltre a definire l'ambito del nostro discorso. Il colloquio può avere, nelle sue molteplici utilizzazioni, svariati obiettivi, come nel caso del giornalista, del dirigente d'azienda, del direttore didattico, dell'insegnante elementare, del giudice, ecc. Noi ci occuperemo qui del colloquio psicologico, intendendo come tale quello in cui si perseguono obiettivi di carattere psicologico (indagine, diagnosi, terapia, ecc.). Ci limiteremo dunque, in que-

\* Pubblicato dal Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Lettere e Filosofia. Università di Buenos Aires, 1964. Successivamente comparso all'interno della raccolta "Temas de Psicología. Entrevista y grupos", Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.

sto lavoro, allo studio del colloquio psicologico, e non soltanto al fine di indicare alcune delle regole pratiche che permettono una sua efficace e corretta utilizzazione, ma anche per sviluppare in qualche misura questo tipo di studio partendo da una prospettiva psicologica.

In questo senso, buona parte di quanto diremo qui potrà essere utilizzata o applicata in ogni tipo di colloquio, poiché in ogni colloquio intervengono necessariamente fattori o dinamismi psicologici. Il colloquio psicologico dunque, trae la propria denominazione esclusivamente dai suoi obiettivi o dalle sue finalità, come abbiamo rilevato in precedenza.

Se lo consideriamo come tecnica prendiamo in esame, quindi, due aspetti: il primo riguarda le regole o le indicazioni pratiche per la sua realizzazione, il secondo la psicologia del colloquio psicologico che sta alla base di tali regole. Prendiamo in considerazione, in altri termini, la tecnica e la teoria della tecnica del colloquio psicologico.

Circoscritto in questo modo, esso costituisce lo strumento di lavoro essenziale non soltanto per lo psicologo, ma anche per altri operatori (psichiatri, assistenti, operatori sociali, sociologi, ecc.).

Il colloquio può essere di due tipi fondamentali: aperto o chiuso. Nel secondo caso, le domande sono già state predisposte, come anche l'ordine e le modalità della loro formulazione, che l'esaminatore non può alterare. Nel colloquio aperto, invece, questi ha ampia libertà per quanto riguarda le domande o gli interventi e si concede tutta la flessibilità necessaria in ogni caso particolare. Il colloquio chiuso è in realtà un questionario che ha una stretta relazione con il colloquio, in quanto l'utilizzazione di certi principi e regole che stanno alla base di quest'ultimo consente e facilita l'applicazione del questionario stesso. Tuttavia, il colloquio aperto non è essenzialmente caratterizzato dalla libertà di porre le domande, poiché, come vedremo più avanti, il nucleo essenziale del colloquio psicologico non sono le domande e neppure il proposito di raccogliere dati sulla storia dell'esaminando. Anche se i presupposti di tutto ciò verranno chiariti più avanti, teniamo a sottolineare fin d'ora che la libertà dell'esaminatore, nel caso del colloquio aperto, consiste in una flessibilità sufficiente a permettere all'esaminando, per quanto possibile, di configurare l'ambito del colloquio secondo la sua particolare struttura psicologica o, in altri termini, a far sì che il campo del colloquio si configuri il più possibile in base alle variabili che dipendono dalla personalità del soggetto esaminato.

Considerato in questo modo, il colloquio aperto permette di compiere un'indagine più ampia e approfondita sulla personalità dell'esaminando, mentre il colloquio chiuso può consentire una migliore comparazione sistematica dei dati, oltre a presentare altri vantaggi propri di ogni metodo standardizzato. Partendo da un'altra prospettiva, che tenga conto del numero dei partecipanti, si distingue il colloquio in individuale e di gruppo, a seconda che gli esaminatori e/o gli esaminandi siano uno o più di uno. In realtà, il colloquio psicologico è sempre, in ogni caso, un fenomeno di gruppo poiché, anche quando vi partecipa un solo esaminando, la sua relazione con l'esaminatore deve essere considerata in funzione della psicologia e della dinamica di gruppo.

Un'altra distinzione che si può operare fra i diversi tipi di colloquio è quella fondata sul beneficiario del risultato; in base ad essa possiamo individuare:

- a) il colloquio realizzato a beneficio dell'esaminando, come nel caso della consultazione psicologica o psichiatrica;
- b) il colloquio condotto con obiettivi di ricerca, nel quale quello che conta sono i risultati scientifici;
- c) il colloquio effettuato nell'interesse di un terzo (un'istituzione).

Ognuno di essi comprende variabili diverse di cui si dovrà tenere conto, poiché modificano o condizionano l'atteggiamento sia dell'esaminando che dell'esaminatore, nonché il campo globale del colloquio. Il primo tipo di colloquio si differenzia inoltre dagli altri due per il fatto che in questi ultimi è indispensabile che l'esaminatore stimoli l'interesse e la partecipazione dell'esaminando (che lo "motivi").

#### Colloqui, consultazione e anamnesi

Sia il metodo clinico che la tecnica del colloquio provengono dal campo della medicina, ma i procedimenti della pratica medica - seppure simili - non vanno confusi con il colloquio psicologico, né sovrapposti ad esso.

La consultazione consiste in una richiesta di assistenza tecnica o professionale che può venire soddisfatta in molti modi, uno dei quali è il colloquio. Consultazione non è sinonimo di colloquio, giacché quest'ultimo è soltanto uno dei procedimenti con cui il tecnico o l'operatore, psicologo o medico, può rispondere alla consultazione.

In secondo luogo, il colloquio non è un'anamnesi. Questa comporta una raccolta di dati previsti, talmente estesa e dettagliata da permettere una sintesi sia della situazione presente che del vissuto di un individuo, della sua malattia e della sua salute. Benché una buona anamnesi si faccia in base a una corretta applicazione dei principi che regolano il colloquio, quest'ultimo è tuttavia qualcosa di molto diverso. La preoccupazione e il fine dell'anamnesi consistono nella raccolta di dati e il paziente è ridotto al ruolo di intermediario fra la sua malattia, la sua vita e i suoi dati da un lato, e il medico dall'altro. Se il paziente non fornisce i dati, bisogna "tirarglieli fuori". Al di là dei dati che il medico giudica necessari, qualunque altro apporto del paziente viene considerato un elemento perturbatore dell'anamnesi che spesso è tollerato per cortesia, ma ritenuto superfluo. Non è infrequente che l'anamnesi venga fatta per ragioni statistiche o per osservare il regolamento di un'istituzione, e in questi casi è affidata al personale ausiliario.

A differenza della consultazione e dell'anamnesi, il colloquio psicologico è volto allo studio e all'utilizzazione del comportamento globale del soggetto durante tutto il corso della relazione stabilita con il tecnico, per tutto il tempo in cui tale rapporto si protrae. Nella pratica medica è di estrema utilità tener conto e servirsi delle conoscenze sulla tecnica del colloquio e su tutto quanto riguarda la relazione interpersonale. Una parte del tempo dedicato alla consultazione deve essere destinato al colloquio e un'altra parte al completamento dell'indagine o dei dati richiesti dall'anamnesi, ma non vi è alcuna ragione per cui questa debba essere ridotta a un "interrogatorio".

Il colloquio psicologico è una relazione di natura particolare che si instaura fra due o più persone. La specificità di tale relazione consiste nel fatto che una delle parti che vi intervengono è un tecnico della psicologia che deve agire in questa veste, mentre l'altra ha bisogno del suo intervento tecnico. Uno dei punti fondamentali, ad ogni modo, è che nel colloquio il tecnico non soltanto utilizza le sue conoscenze psicologiche per applicarle all'esaminando, ma le applica precisamente attraverso il comportamento che tiene nel corso di esso. Il colloquio psicologico è dunque una relazione fra due o più persone in cui queste intervengono come tali. Per sottolineare l'aspetto essenziale del colloquio si potrebbe dire, in altri termini, che questo consiste in un rapporto umano in cui uno di coloro che vi partecipano deve cercare di sapere quello che in esso sta avvenendo e agire sulla base di tale

cognizione. Da questa comprensione e dall'azione che ne deriva dipende il conseguimento dei possibili obiettivi del colloquio (indagine, diagnosi, orientamento, ecc.).

Da questa teoria del colloquio si possono trarre alcune indicazioni per la sua realizzazione. La regola fondamentale consiste nell'ottenere dati completi non più sull'intera vita di una persona, ma sul suo comportamento globale nel corso del colloquio. In questo comportamento globale rientrano gli elementi che raccoglieremo non soltanto nel nostro ruolo di ascoltatori, ma anche attraverso l'utilizzazione del nostro vissuto e l'osservazione, in modo che questi dati comprendano le tre aree del comportamento dell'esaminando.

La teoria del colloquio ha subito enormemente l'influenza delle conoscenze derivate dalla psicoanalisi, dalla Gestalt, dalla topologia e dal comportamentismo. Pur senza soffermarci a considerare in modo specifico l'apporto di ognuna di queste scuole, è opportuno segnalare sommariamente che la psicoanalisi ha esercitato la propria influenza grazie alla conoscenza della dimensione inconscia del comportamento, del transfert e del controtransfert, della resistenza e della rimozione, della proiezione e dell'introiezione, ecc. La *Gestalt* ha portato a considerare il colloquio come un tutto in cui l'esaminatore è uno dei partecipanti e il suo comportamento uno degli elementi dell'insieme. La topologia ha condotto a focalizzare e a riconoscere il campo psicologico e le sue leggi, come pure la prospettiva situazionale. Il comportamentismo ha messo in luce l'importanza dell'osservazione del comportamento. Tutto questo ha consentito di effettuare il colloquio in condizioni metodologiche più rigorose, trasformandolo in uno strumento scientifico in cui "l'arte del colloquio" è stata ridotta in funzione di una sistematizzazione delle variabili, che è precisamente ciò che permette un maggior rigore nella sua applicazione e nei suoi risultati. Si può insegnare e imparare a condurre un colloquio senza doversi affidare per questo a un dono o a una virtù imponderabile. Lo studio scientifico del colloquio (l'indagine sullo strumento) ha ridotto la percentuale che vi è in esso di arte, aumentando la sua efficacia e le sue possibilità di venire utilizzato come tecnica scientifica.

L'indagine scientifica sullo strumento ha fatto sì che il colloquio rispondesse ad alcune esigenze del metodo sperimentale, ma anche che il colloquio psicologico in generale costituisse un procedimento di osservazione in



condizioni controllate o, quanto meno, note. Il colloquio può così essere considerato, in qualche misura, l'equivalente di quello che è la provetta per il chimico, secondo un felice paragone di Young.

Da questa teoria della tecnica del colloquio - che continueremo a sviluppare - derivano regole pratiche o empiriche; questo è l'unico modo razionale per comprenderle, apprenderle, applicarle e arricchirle.

### Il colloquio come campo

L'importanza di differenziare il colloquio dall'anamnesi dipende dall'interesse che riveste per l'indagine della personalità il fatto che si costituisca un campo con determinate caratteristiche, ottimali per questo tipo di studio. Come nel caso dell'anamnesi, anche nel colloquio si configura un campo; ciò significa che fra coloro che vi partecipano si struttura una relazione dalla quale dipende tutto quello che avviene al suo interno. In tal senso, la differenza fondamentale fra il colloquio e qualsiasi altro tipo di relazione interpersonale (come l'anamnesi) consiste in questo: nel primo caso la regola principale è quella di fare in modo che il campo si configuri, per quanto possibile, soprattutto in base alle variabili che dipendono dalla personalità dell'esaminando.

Sebbene ogni emergente sia sempre di tipo relazionale o, detto altrimenti, derivi da un campo, nel colloquio cerchiamo di far sì che tale campo sia determinato per lo più dalle modalità della personalità dell'esaminando. In altri termini, si potrebbe dire che l'esaminatore controlla il colloquio, ma chi lo dirige è l'esaminando. La relazione fra i due delimita e determina il campo del colloquio e tutto quello che in esso avviene, ma l'esaminatore deve permettere che il campo della relazione interpersonale venga stabilito e configurato prevalentemente dall'esaminando.

× Ogni essere umano ha sistematizzato la propria personalità in una serie di modelli o in un insieme di possibilità, e sono queste che noi ci aspettiamo vengano messe in gioco o esteriorizzate nel corso del colloquio. Il colloquio, dunque, funziona come una situazione in cui si osserva una parte della vita del paziente, che si svolge in rapporto a noi e di fronte a noi. Nessuna situazione può far emergere l'intero repertorio di comportamenti di una persona e di conseguenza nessun colloquio, comunque venga con-

dotto, riesce a mettere in luce la personalità del paziente nella sua totalità, ma soltanto un segmento di essa. Il colloquio non può sostituire o escludere altri procedimenti di indagine della personalità, ma questi ultimi a loro volta non possono prescindere dal colloquio. In particolare, esso non è in grado di supplire a quel tipo di conoscenza e di indagine del carattere molto più estesa e approfondita a cui si arriva, ad esempio, in un trattamento psicoanalitico che, per un periodo di tempo prolungato, favorisce l'emergere e il manifestarsi dei più svariati nuclei e segmenti della personalità.

Per ottenere quel particolare campo del colloquio da noi esaminato, dobbiamo rimanere all'interno di una cornice fissa, risultante dalla trasformazione di un dato insieme di variabili in costanti. Questo inquadramento comprende non soltanto l'atteggiamento tecnico e il ruolo dell'esaminatore, così come lo abbiamo descritto, ma anche gli obiettivi, il luogo e il tempo del colloquio.

L'inquadramento funziona come una specie di standardizzazione della situazione di stimolo che offriamo all'esaminando; con questo, vogliamo fare in modo che tale situazione smetta non tanto di costituire per lui uno stimolo, quanto di oscillare come variabile per l'esaminatore. Se si modifica l'inquadramento (perché, ad esempio, il colloquio si svolge in un luogo diverso), questo cambiamento deve essere considerato una variabile da sottoporre ad osservazione, come lo è l'esaminando stesso. Ogni colloquio ha un contesto definito (un insieme di costanti e di variabili) in funzione del quale vengono alla luce gli emergenti, che hanno un senso unicamente in funzione di tale contesto (1).

Il campo del colloquio non è fisso ma dinamico, il che significa che è soggetto a una costante modifica, e l'osservazione deve essere estesa dal campo specifico esistente in ogni momento alla continuità e al senso di questi cambiamenti. In realtà, si potrebbe dire che è l'esame della continuità e della contiguità dei mutamenti a permettere di completare l'osservazione e di dedurre la struttura e il senso di ogni campo; tenendo conto di questa modalità del processo reale, si deve affermare che il campo del colloquio

(1) Il contesto o inquadramento è stato studiato in un lavoro di J. Bleger, "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", in *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967.

copre quest'ultimo nella sua totalità, mentre "ogni" campo non è altro che un momento di questo campo totale e della sua dinamica (*Gestaltung*) (1).

Per arrivare a una sistematizzazione che consenta l'esame dettagliato del colloquio come campo, lo studio deve essere incentrato su:

- a) l'esaminatore (il suo atteggiamento, la sua dissociazione strumentale, il controtransfert, l'identificazione, ecc.);
- b) l'esaminando (il transfert, le strutture di comportamento, i tratti del carattere, le ansie, le difese, ecc.);
- c) la relazione interpersonale, nel cui ambito rientrano l'interazione fra i partecipanti, il processo di comunicazione (proiezione, introiezione, identificazione, ecc.), il problema dell'ansia, ecc.

Anche se non mi soffermerò ad esaminare tali fenomeni uno per uno, poiché ciò implicherebbe dei riferimenti a quasi tutta la psicologia e la psicopatologia, accennerò a questi aspetti nelle considerazioni che seguono.

#### Concordanze e divergenze

Una differenza fondamentale fra il colloquio e l'anamnesi, per quanto riguarda la teoria della personalità e la teoria della tecnica, sta nei presupposti su cui si fondano: nell'anamnesi si ipotizza che colui che richiede la consultazione conosca la propria vita e sia quindi in grado di fornire dati su di essa, mentre nel colloquio si presume che ogni essere umano abbia una storia organizzata della sua vita e uno schema del suo presente, e che da questa storia e da questo schema si debba dedurre ciò che non sa. In secondo luogo, tutto quello che egli non è in grado di fornirci sotto forma di conoscenza esplicita emerge dal suo comportamento non verbale, che può far luce sulla sua storia e sul suo presente a livelli molto variabili di coincidenza o di contraddizione rispetto a quanto esprime verbalmente e consciamente. D'altronde è anche vero che in colloqui diversi l'esaminando può offrirci versioni o schemi diversi della sua vita presente, che avranno fra loro una relazione di complementarità o di contraddizione.

(1) *Gestaltung*: processo di formazione di *Gestalten*.

Le lacune, le dissociazioni e le contraddizioni che ho indicato inducono qualche ricercatore a considerare il colloquio uno strumento di scarsa affidabilità. Tuttavia, in casi del genere, lo strumento non fa altro che riflettere quelle che sono le caratteristiche dell'oggetto di studio. Le dissociazioni e le contraddizioni che si osservano corrispondono a dissociazioni e contraddizioni della personalità stessa, e il colloquio, riflettendole, ci permette di lavorare su di esse durante il loro manifestarsi; che questo si possa fare o meno dipende dall'intensità dell'angoscia che si è in grado di provocare e dalla tolleranza dimostrata dall'esaminando nei confronti di tale angoscia. Analogamente, i conflitti che egli esplicita di solito non sono quelli fondamentali, così come le motivazioni che adduce sono generalmente razionalizzazioni.

Nel colloquio la simulazione perde l'importanza che ha nell'anamnesi come fattore di perturbazione, in quanto deve essere considerata una parte dissociata della personalità che l'esaminando non riconosce totalmente come propria. Può succedere che lo stesso esaminatore o esaminatori diversi colgano in momenti distinti parti diverse o addirittura contraddittorie della medesima personalità. I dati non devono essere valutati sulla base della loro veridicità o erroneità, ma come gradi o fenomeni di dissociazione della personalità. Una situazione tipica, e in qualche misura opposta a quella da noi considerata, si presenta quando l'esaminando organizza rigidamente la propria storia e lo schema della sua vita presente come mezzo di difesa nei confronti della capacità di penetrazione dell'esaminatore e del suo stesso contatto con aree conflittuali della sua situazione reale e della sua personalità; questo tipo di esaminando ripete sempre la medesima storia stereotipata in colloqui diversi, con lo stesso o con diversi esaminatori.

Quando si sottopongono a un colloquio vari componenti di un gruppo o di un'istituzione (famiglia, scuola, fabbrica, ecc.), queste divergenze o contraddizioni sono molto più frequenti e manifeste, e costituiscono dei dati estremamente importanti sul modo in cui ciascun membro ha organizzato in una stessa realtà un campo psicologico a lui peculiare. L'insieme ci fornisce un indice fedele del carattere del gruppo o dell'istituzione, delle sue tensioni e dei suoi conflitti, della sua particolare organizzazione e dinamica psicologica.

Come è facile dedurre da quanto abbiamo detto, la tecnica e la sua teoria sono in stretta relazione con la teoria della personalità sulla base della qua-

le si lavora; il grado di interazione a cui l'esaminatore riesce a portarle ci dà la misura della sua capacità operativa come ricercatore. Il colloquio non consiste nell'"applicare" delle disposizioni, ma nel sondare la personalità dell'esaminando, le nostre teorie e i nostri stessi strumenti di lavoro.

### L'osservatore partecipante

Nelle scienze della natura, secondo il punto di vista tradizionale, l'osservazione scientifica è oggettiva, nel senso che l'osservatore registra quello che avviene, i fenomeni esterni a lui e da lui indipendenti, astraendo da qualunque impressione, sensazione, sentimento o stato soggettivo oppure escludendoli totalmente. È una registrazione di questo tipo che permette la verifica di quanto è stato rilevato da parte di persone esterne all'osservazione che sono in grado di riprodurre le condizioni. Non ci interessa discutere ora della validità di questo schema, che si è rivelato angusto e ingenuo anche nell'ambito delle scienze della natura. Quel che ci preme, piuttosto, è rilevare come nel colloquio l'esaminatore faccia parte del campo e quindi condizioni, in qualche misura, i fenomeni che deve egli stesso registrare. Si pone dunque l'interrogativo della validità che possono avere dati raccolti in queste condizioni.

Il massimo dell'obiettività nella ricerca non si raggiunge in nessun campo scientifico, e tanto meno nella psicologia, dove l'oggetto di studio è l'uomo stesso. Lo si ottiene, invece, unicamente quando si assume il soggetto osservatore come una delle variabili del campo.

Se l'osservatore sta condizionando il fenomeno che osserva, si obietterà che in tal caso egli non sta studiando il fenomeno così com'è, ma in relazione alla sua presenza, cosa che non permette più un'osservazione in condizioni naturali. A ciò si può rispondere, in generale, che un'obiezione di questo tipo non è valida, in quanto si basa su un certo numero di presupposti che non sono corretti. Vediamone alcuni in particolare.

Che cosa si intende per "osservazione in condizioni naturali"? Sicuramente ci si riferisce a un'osservazione che si svolge nelle condizioni in cui realmente avviene il fenomeno. Considerazioni di carattere ontologico si sovrappongono qui ad altre di ordine gnoseologico: in base alle prime, si ammette che vi sia un mondo oggettivo, dotato di un'esistenza propria,

indipendentemente dal fatto che noi lo conosciamo o meno; da un punto di vista gnoseologico, invece, siamo noi ad avere consapevolezza che questo mondo esiste e quindi dobbiamo necessariamente includerci nel processo conoscitivo, così come avviene nella realtà. Questa seconda affermazione non invalida in alcun modo la prima, dal momento che si riferiscono a cose diverse: la prima all'esistenza dei fenomeni e la seconda alla conoscenza che di essi si può avere. Inoltre, *le condizioni naturali del comportamento umano sono le condizioni umane...* Qualsiasi comportamento si sviluppa in un contesto di vincoli e di rapporti umani, e il colloquio non è una distorsione delle supposte condizioni naturali ma, al contrario, è la situazione "naturale" in cui avviene il fenomeno che precisamente ci interessa studiare: il fenomeno psicologico. In tal modo, il punto di vista ontologico e quello gnoseologico coincidono e sono anzi la medesima cosa.

Tuttavia, qualcuno potrebbe insistere anche sul fatto che il colloquio non è valido come strumento scientifico in quanto le manifestazioni dell'oggetto studiato dipendono in questo caso dalla relazione che si stabilisce con l'esaminatore, e di conseguenza tutti i fenomeni che si verificano sono condizionati da tale relazione. Questo tipo di obiezione deriva da una concezione metafisica del mondo: quella secondo la quale ogni oggetto ha delle qualità che dipendono dalla sua natura intrinseca, e questa purezza ontologica o questi caratteri naturali possono venire modificati o sovvertiti da determinati rapporti. Quel che è certo è che le qualità di ogni oggetto sono sempre di natura relazionale, derivano cioè dalle condizioni e dalle relazioni in cui esso si trova in ogni momento.

Qualunque situazione umana è sempre originale e unica, quindi lo è anche il colloquio, e questo vale non soltanto per i fenomeni umani, ma anche per quelli della natura, cosa di cui già Eraclito si era reso conto. L'originalità di ogni evento non impedisce di stabilire delle costanti generali, cioè delle condizioni che si ripetono con maggiore frequenza. L'individuale non esclude il generale, né la possibilità di introdurre astrazioni e categorie di analisi.

Questo si contrappone a un narcisismo che si estende come presupposto all'interno del campo scientifico della psicologia e in base al quale ogni essere umano si considera distinto ed unico, risultato di una particolare diversità (di Dio, del destino o della natura). Egli a poco a poco scopre con

stupore che ha le stesse viscere dei suoi simili, così come scopre (oppure rifiuta di scoprire) che la sua vita personale è intessuta su una trama comune a tutti gli esseri umani. Nel caso del colloquio, questo vale non solo per il narcisismo dell'esaminando, ma anche per quello dell'esaminatore, che deve tenere conto pure della propria condizione di uomo e non sentirsi su un piano superiore o in una situazione privilegiata rispetto all'esaminando. Il che è facile a dirsi, ma non certo a farsi.

### Colloquio e ricerca

Una particolare concezione aristocratica o monopolistica della scienza ha indotto a credere che la ricerca sia compito di pochi eletti che sono al di sopra o al di fuori dei fatti quotidiani e comuni. In base a questa concezione, dunque, il colloquio è uno strumento o una tecnica della "prassi", con cui si tenta di fare diagnosi, cioè di applicare delle conoscenze scientifiche provenienti da altre fonti, vale a dire dalla ricerca scientifica.

Quel che è certo è che non vi è la possibilità di un colloquio corretto e fecondo se si prescinde dalla ricerca. In altri termini, *il colloquio è un campo di lavoro in cui si indaga sul comportamento e sulla personalità degli esseri umani*. Che questo venga poi realizzato o meno non dipende più dallo strumento, come è vero che non è lecito invalidare o mettere in discussione il metodo sperimentale per il fatto che un ricercatore può adoperare un laboratorio senza attenersi alle esigenze proprie di tale metodo. Una corretta utilizzazione del colloquio unisce nella stessa persona e nello stesso atto l'operatore e il ricercatore.

La chiave fondamentale del colloquio è l'indagine condotta durante il suo svolgimento. Le osservazioni che ne derivano vengono sempre fatte sulla base di ipotesi che va formulando l'osservatore. Chiariremo meglio quello che intendiamo dire. Generalmente si ipotizza in maniera molto formale che la ricerca consista in una serie di tappe distinte e successive che si susseguono in quest'ordine: interviene dapprima l'osservazione, poi l'ipotesi e infine la verifica. È certo, tuttavia, che l'osservazione è sempre effettuata sulla base di determinati presupposti e che, quando questi sono a livello cosciente e vengono utilizzati in tal senso, essa ne risulta arricchita. In altre parole, il modo migliore di osservare è quello di formulare ipotesi mentre si osser-

va, per poi verificarle e rettificarle nel corso del colloquio in funzione delle osservazioni successive, che a loro volta si arricchiscono delle ipotesi precedentemente enunciate. L'osservare, il pensare e l'immaginare coincidono totalmente e fanno parte di un unico processo dialettico. Chi non usa la propria fantasia potrà essere un buon verificatore di dati, ma non un ricercatore.

La riflessione su quello che si sta facendo deve intervenire in ogni azione umana e quando ciò avviene sistematicamente in un campo di attività definito, e il risultato di tale riflessione viene sottoposto a verifica, si sta svolgendo una ricerca. Il lavoro tecnico dello psicologo, dello psichiatra e del medico assume la sua reale portata e rilevanza quando la ricerca e il compito professionale coincidono, poiché questi sono gli elementi di una prassi grazie alla quale si evita la disumanizzazione nel compito più umano: quello di comprendere e aiutare gli altri. Indagine e azione, teoria e pratica devono essere affrontati come momenti inscindibili, che fanno parte di un unico processo.

Si afferma spesso che manca il tempo per effettuare dei colloqui esaurienti (o corretti). Suggesto di portare bene a termine almeno un colloquio con una scadenza regolare e periodica: ci si accorgerà molto presto di come la mancanza di tempo possa costituire un alibi e di come sia facile razionalizzare e negare le difficoltà.

### Il gruppo nel colloquio

Esaminatore ed esaminando costituiscono un gruppo, cioè un insieme o un tutto i cui componenti sono in interrelazione e si comportano in modo interdipendente. Si differenzia da altri gruppi per il fatto che uno dei suoi appartenenti assume un ruolo specifico e persegue determinati obiettivi. L'interdipendenza e l'interrelazione, il condizionamento reciproco dei rispettivi comportamenti, si realizzano attraverso il processo della comunicazione, nel senso che il comportamento dell'uno (cosciente o meno) agisce (intenzionalmente o meno) come stimolo per il comportamento dell'altro, e questo a sua volta esercita nuovamente un'azione di stimolo sulle manifestazioni del primo. In questo processo la parola gioca un ruolo di importanza estrema, ma interviene attivamente anche la comunicazione preverbale: gesti, atteggiamenti, timbro e tono affettivo della voce, eccetera.



Il tipo di comunicazione che si stabilisce è altamente indicativo della personalità dell'esaminando, e in particolare della natura delle sue relazioni interpersonali, cioè del suo modo di porsi in relazione con i propri simili. Nel processo che si svolge durante il colloquio, l'esaminatore è già in grado di osservare come e attraverso che cosa l'esaminando provoca egli stesso, senza saperlo, gli effetti di cui si lamenta o sembra essere la vittima. Sono particolarmente importanti i momenti di cambiamento nella comunicazione e le situazioni e tematiche di fronte alle quali compaiono inibizioni, interruzioni e blocchi.

Ruesch ha classificato le diverse personalità sulla base dei sistemi prevalentemente utilizzati da ogni individuo nella comunicazione. Tuttavia, il tipo di comunicazione non ha importanza soltanto perché fornisce all'osservazione diretta dei dati che possono anche essere registrati, ma in quanto costituisce il fenomeno chiave di tutta la relazione interpersonale, che può essere gestito dall'esaminatore e, in questo modo, orientare e graduare il colloquio.

#### Transfert e controtransfert

Nel rapporto che si instaura durante il colloquio bisogna tener conto di due fenomeni altamente significativi: in transfert e il controtransfert. Il primo consiste nell'attualizzazione, operata dall'esaminando durante il colloquio, di sentimenti, atteggiamenti e comportamenti inconsci, che corrispondono a modelli da lui elaborati nel corso dello sviluppo, in particolare nella relazione interpersonale con il proprio ambiente familiare. Si distingue in transfert positivo e transfert negativo; questi tuttavia coesistono sempre, anche se vi è il predominio relativo, stabile o alternato di uno dei due. Costituiscono la parte irrazionale e inconscia del comportamento e ne rappresentano gli aspetti non controllati dal paziente. Un'accezione analoga sottolinea nel transfert gli atteggiamenti affettivi che l'esaminando rivive o mette in atto in relazione all'esaminatore. L'osservazione di questi fenomeni ci pone in contatto con aspetti del comportamento e della personalità dell'esaminando che non rientrano fra gli elementi che egli può riferire o apportare volontariamente o consciamente, ma che aggiungono una dimensione importante alla conoscenza della struttura della sua personalità e del carattere dei suoi conflitti.

Nel transfert l'esaminando attribuisce dei ruoli all'esaminatore e si comporta in funzione di questi ruoli. In altri termini, trasferisce situazioni e modelli in una realtà presente e sconosciuta e tende a configurare quest'ultima come una situazione già nota, ripetitiva. Con il transfert, l'esaminando manifesta aspetti irrazionali o immaturi della propria personalità, il suo grado di dipendenza, la sua onnipotenza e il suo pensiero magico. È sulla base di tali fattori che l'esaminatore potrà intuire le aspettative dell'esaminando nei suoi confronti, le sue fantasie sul colloquio e sull'aiuto che potrebbe ricevere - cioè quello che significa per lui venire aiutato o essere sano - nonché le fantasie patologiche sulla guarigione, che molto spesso consistono nella realizzazione di aspirazioni nevrotiche. Sarà possibile individuare anche un altro fattore importante, cioè la resistenza del soggetto a sottoporsi al colloquio, ovvero ad accettare l'aiuto o la cura, e la sua intenzione di soddisfare desideri frustrati di dipendenza o di protezione.

Nel controtransfert sono inclusi tutti i fenomeni che si manifestano nell'esaminatore, come emergenti del campo psicologico che si configura nel colloquio; sono le risposte dell'esaminatore alle manifestazioni dell'esaminando, l'effetto che queste esercitano su di lui. Dipendono in larga misura dalla storia personale dell'esaminatore, ma il fatto che compaiano o si attualizzino in un momento determinato del colloquio significa che in quel momento vi sono dei fattori che operano in tal senso. Per molto tempo sono stati considerati elementi di perturbazione del colloquio, ma ci si è resi conto in seguito che la loro comparsa è immancabile e inevitabile, e l'esaminatore deve registrare anche questi come emergenti della situazione presente e delle reazioni che provoca l'esaminando. Nel colloquio, dunque, l'osservazione si accompagna all'auto-osservazione.

Il controtransfert non costituisce una percezione, nel senso stretto e rigoroso del termine, ma è certamente un indizio estremamente significativo e rilevante che orienta l'esaminatore nel suo studio. Tuttavia, non è facile da gestire e richiede, per poter essere utilizzato in modo valido ed efficace, una buona preparazione, una certa esperienza e un livello elevato di equilibrio mentale.

Transfert e controtransfert sono fenomeni che compaiono in qualsiasi relazione interpersonale, e quindi anche nel colloquio. La differenza consiste nel fatto che nell'ambito di quest'ultimo essi devono essere utilizzati come strumenti tecnici di osservazione e di comprensione. L'interazione

transfert-controtransfert può essere studiata anche come un'attribuzione di ruoli da parte dell'esaminando e la percezione di questi stessi ruoli da parte dell'esaminatore. Se, ad esempio, l'atteggiamento dell'esaminando provoca irritazione o rifiuto nell'esaminatore, questi deve cercare di studiare e osservare la propria reazione come effetto del comportamento dell'esaminando, per aiutarlo a modificare tale comportamento, dei cui risultati probabilmente egli stesso si lamenta (dicendo, ad esempio, che non ha amici e che nessuno lo stima). Se l'esaminatore non è in grado di oggettivare e studiare la propria reazione, oppure reagisce con irritazione e rifiuto (assumendo il ruolo proiettato), ciò significa che la sua gestione del controtransfert è disturbata e di conseguenza egli non conduce il colloquio in modo corretto.

### L'ansia nel colloquio

L'ansia costituisce un indice dell'andamento di un colloquio e va seguita attentamente dall'esaminatore, che deve prendere in considerazione sia la propria che quella manifestata dall'esaminando. Bisogna sorvegliarne non soltanto la comparsa, ma anche il grado o l'intensità, perché, sebbene entro certi limiti rappresenti un elemento motore della relazione interpersonale, questa può venirne completamente perturbata o rimanere priva di controllo quando l'ansia oltrepassa un certo livello, per cui la soglia di tolleranza deve essere costantemente verificata. Esaminatore ed esaminando si trovano a dover affrontare una situazione sconosciuta, dinnanzi alla quale non hanno ancora consolidato dei modelli reattivi adeguati, e questa situazione non organizzata comporta una certa disorganizzazione nella personalità di ciascuno di essi; è questa disorganizzazione che chiamiamo ansia.

L'esaminando chiede un aiuto tecnico o professionale quando prova ansia o si sente disturbato dai meccanismi difensivi che sono scattati di fronte ad essa. Durante il colloquio, tanto l'ansia che queste difese possono aumentare, poiché l'ignoto che egli deve affrontare non è costituito soltanto dalla novità della situazione esterna, ma anche dal pericolo rappresentato per lui da quella parte della sua personalità che gli è sconosciuta. Se tali fattori non compaiono, fare in modo che emergano, in qualche misura, durante il colloquio fa parte della funzione che ha l'esaminatore di motivare

l'esaminando. In alcuni casi, l'ansia viene delegata a qualcun altro o proiettata su questa persona, cioè su colui che richiede il colloquio e si dimostra interessato alla sua realizzazione.

L'ansia dell'esaminatore è uno dei fattori più difficili da gestire, poiché è il motore dell'interesse per la ricerca e per l'esplorazione dell'ignoto. Ogni indagine richiede la presenza di una certa dose di ansia di fronte all'ignoto, e il ricercatore deve essere in grado di tollerarla e di utilizzarla; in caso contrario, si preclude la possibilità di portare a termine efficacemente la propria ricerca. Questo avviene anche quando egli si sente oppresso dall'ansia o, di fronte ad essa, ricorre a meccanismi difensivi (razionalizzazione, formalismo, ecc.).

Dinnanzi all'ansia dell'esaminando non si deve fare uso di alcun procedimento, come l'aiuto diretto o il consiglio, che la dissimuli o la reprima. L'ansia può essere utilizzata soltanto se si comprendono i motivi per cui si manifesta e si agisce in base a tale comprensione. Se di fronte ad essa sono i meccanismi difensivi a prevalere, il compito dell'esaminatore è quello di "smantellare" in qualche misura queste difese perché ne compaia un certo grado, il che costituisce un indice della possibilità di attualizzare i conflitti. Nel fare quest'uso tecnico dell'ansia, si deve sempre tenere conto della personalità dell'esaminando e soprattutto del beneficio che gli può derivare dalla mobilitazione dell'ansia, per cui anche di fronte a situazioni estremamente chiare non bisogna essere attivi se questo significa opprimere l'esaminando con conflitti che egli non è in grado di tollerare. Questo rappresenta un capitolo particolarmente complesso: quello del cosiddetto *timing* del colloquio, che è il tempo di cui ha bisogno l'esaminando - e che dipende dal livello e dal tipo di organizzazione della sua personalità - per affrontare i propri conflitti e risolverli.

### L'esaminatore

Per l'esaminatore lo strumento di lavoro è egli stesso, la sua personalità, che immancabilmente entra in gioco nel rapporto interpersonale; a complicare le cose vi è il fatto che l'oggetto di studio è un altro essere umano: questo implica che, nell'esaminare la vita degli altri, egli riveda e riesamini la propria, la sua personalità, i suoi conflitti e le sue frustrazioni.

La vita e la vocazione dello psicologo, del medico e dello psichiatra meriterebbero, in se stesse, uno studio dettagliato, che qui non affronterò; desidero comunque ricordare che essi sono dei tecnici incaricati professionalmente di stare tutti i giorni a stretto e diretto contatto con il mondo sotterraneo della malattia, dei conflitti, della distruzione e della morte. Per lo sviluppo e l'esercizio della psicologia e della medicina si è dovuto ricorrere a una specie di finzione e di dissociazione, che consiste nell'occuparsi degli esseri umani come se non fossero tali. Nel tirocinio del medico vi è la tendenza, di carattere inconscio e difensivo, ad iniziare la preparazione a contatto con il cadavere. Quando vogliamo occuparci della malattia degli esseri umani considerati come tali, le nostre ansie aumentano, ma siamo costretti nello stesso tempo a liberarci dei blocchi e delle difese. Per tutte queste ragioni la psicologia ha impiegato tanto tempo a svilupparsi e a inserirsi nell'ambito della medicina e della psichiatria. Il che apparirebbe paradossale se non tenessimo conto dei processi difensivi; ma proprio il medico, la cui professione è curare i malati, tende, in proporzione più di altri, a non vedere o a negare le sue malattie o quelle dei suoi familiari. In psichiatria, medicina psicosomatica e psicologia, tutto questo non è più possibile; il contatto diretto con esseri umani considerati come tali pone il tecnico di fronte alla sua vita, alla sua salute o alla sua malattia, ai suoi conflitti e alle sue frustrazioni. Se non fa in modo che questo impatto sia graduale, il suo compito diventa impossibile: o prova un'ansia eccessiva che gli impedisce di agire, oppure la blocca rendendo sterile il proprio lavoro.

L'esaminatore deve agire mantenendosi dissociato, cioè operare in parte attraverso un'identificazione proiettiva con l'esaminando e in parte rimanendo al di fuori da tale identificazione, osservando e controllando quello che succede, in maniera da rendere graduale l'impatto emozionale e la disorganizzazione ansiosa. In questo senso, sarebbe necessario sviluppare la psicologia e la psicopatologia dello psichiatra e dello psicologo, e affrontare il problema della sua formazione professionale e del suo equilibrio mentale.

La dissociazione sulla base della quale deve operare l'esaminatore è nello stesso tempo funzionale o dinamica - nel senso che devono intervenire costantemente la proiezione e l'introiezione - e sufficientemente plastica o "porosa" da consentirgli di rimanere entro i limiti di un atteggiamento professionale. Nel corso del suo lavoro, lo psicologo può oscillare facilmente fra l'ansia e il blocco senza che questo disturbi il suo compito, sempre che

sia in grado di risolvere ambedue i fenomeni man mano che compaiono.

Il passaggio, nel colloquio, dalla normalità alla patologia diviene impercettibile. Una cattiva dissociazione, accompagnata da ansia intensa e persistente, conduce lo psicologo a sviluppare nei confronti dei suoi esaminandi comportamenti fobici od ossessivi che lo inducono a evitare il colloquio o ad interporvi strumenti e test per sfuggire il contatto personale e l'ansia che ne deriva. La classica fretta del medico, che tanto spesso ricorre nella satira, è una costante fuga fobica dai malati. La difesa ossessiva si manifesta, invece, in colloqui stereotipati nei quali tutto è regolato e previsto, nell'elaborazione abitudinaria di storie cliniche: in questo caso lo strumento di lavoro, il colloquio stesso, si trasforma in un rituale. A un livello successivo troviamo il blocco, per effetto del quale l'esaminatore mette in atto, dice e vede sempre le stesse cose, applica quello che sa e che lo fa sentire sicuro. L'urgenza di fare diagnosi e la compulsione ad utilizzare farmaci sono altri elementi di questa fuga e di questo rituale del medico di fronte al malato. Tutto ciò provoca l'alienazione dello psicologo e dello psichiatra, oltre a quella del paziente, e di conseguenza l'intera struttura ospedaliera e sanitaria diventa un ulteriore fattore di alienazione. Vi è anche il rischio di una proiezione dei propri conflitti sull'esaminando e di una certa compulsione a gravitare, e a ricercare o individuare dei disturbi nella sfera in cui, dentro di sé, ci si rifiuta di riconoscerli. La rigidità e la proiezione portano a trovare soltanto quello che si cerca e di cui si ha bisogno, e a condizionare tanto ciò che si trova quanto ciò che non si trova. Un esempio molto significativo e piuttosto comune, a tale riguardo, è quello di un giovane medico che all'inizio del suo tirocinio in psichiatria, assistendo a un colloquio e alla diagnosi di una fobia, disse che non era così, che quello di cui soffriva il paziente non era né una fobia né una malattia, dal momento che egli stesso ne soffriva.

Se a un dato momento la proiezione attraverso la quale opera il tecnico è troppo intensa, compare una reazione fobica nel campo stesso di lavoro. Se, al contrario, questa subisce un blocco eccessivo, egli si allontana e non è più in grado di capire quello che accade. Tipi diversi di persone possono provocare nell'esaminatore reazioni controtransferali tipiche, che egli deve essere costantemente in condizione di osservare e risolvere per utilizzarle come informazioni e strumenti nel corso del colloquio stesso.

Si può descrivere in un altro modo la dissociazione mediante la quale deve lavorare l'esaminatore, dicendo che questi deve sostenere i ruoli che

gli vengono assegnati dall'esaminando, senza tuttavia assumerli interamente. Se ad esempio avverte un rifiuto, assumere il ruolo significa mostrare e agire il rifiuto, respingendo effettivamente l'esaminando, o in forma verbale o con un particolare atteggiamento o in qualsiasi altro modo; giocare il ruolo significa invece percepire il rifiuto, comprenderlo, trovare gli elementi che ne sono la causa, le motivazioni che spingono l'esaminando a provocarlo, e utilizzare infine l'insieme di informazioni di cui si è in possesso per chiarire il problema o comunque modificarlo. Quanto più psicopatico è l'esaminando, tanto più è possibile che l'esaminatore assuma e agisca i ruoli. L'assunzione del ruolo comporta la rottura dell'inquadramento del colloquio. Fastidio, stanchezza, sonno, irritazione, blocco, pena, affetto, rifiuto, seduzione, ecc., sono tutti indizi di controtransfert che, man mano che compaiono, l'esaminatore deve percepire come tali e risolvere analizzandoli fra sé e sé in funzione della personalità dell'esaminando, della propria, nonché del contesto e del momento in cui si manifestano nella comunicazione.

Lo psichiatra insicuro o poco esperto non sa che fare con tutti questi dati e, per non sentirsi oppresso, ricorre di frequente alla ricetta, interponendo i farmaci fra sé e il paziente. In queste condizioni, la farmacologia diventa un fattore alienante perché alimenta le fantasie magiche nel paziente e nel medico e fa in modo che si dissocino nuovamente dai rispettivi conflitti. Qualcosa di molto simile lo psicologo, spesso, lo fa con i test. Per contrastare questa tendenza è importante - se non addirittura indispensabile - che lo psichiatra o lo psicologo non operino isolatamente, ma formino per lo meno dei gruppi di studio e di discussione nei quali si riveda il lavoro svolto; nessun clima meglio dell'isolamento professionale può favorire la stereotipia, perché nell'isolamento si finisce per mascherare le difficoltà con l'onnipotenza.

#### L'esaminando

Esaminare le contingenze di un colloquio significherebbe passare in rassegna tutta la psicologia, la psichiatria e la psicopatologia, per cui mi limiterò a citare qui soltanto alcune situazioni tipiche nel campo della psicologia clinica, in particolare fra quelle che normalmente non vengono prese in considerazione, ma che rivestono una grande importanza.

In linea generale, perché una persona si sottoponga a un colloquio deve avere la percezione o l'*insight* che qualcosa non va, che qualcosa è cambiato, oppure deve percepire se stessa con ansia o timori. Questi possono essere talmente intensi e intollerabili da spingere il soggetto a ricorrere, nel colloquio, a una negazione e a una resistenza sistematica, con cui ovviamente cerca di assicurarsi che non succeda nulla, facendo in modo che il tecnico non riconosca in lui niente di anomalo. In qualche caso si definisce come malato chiunque chieda una consultazione; a prescindere dal fatto che una definizione di questo tipo è priva di significato, è anche vero che l'esaminatore deve accettare tale criterio, se non altro come incentivo per indagare dettagliatamente al di là delle rimozioni, negazioni o scotomizzazioni dell'esaminando.

Schilder ha suddiviso in cinque gruppi gli individui che consultano il medico, o perché soffrono o perché fanno soffrire gli altri, in base al tipo di problemi di cui si lamentano, che possono essere: a) fisici; b) mentali; c) legati alla mancanza di successo; d) inerenti alle difficoltà della vita quotidiana; e) recriminazioni di altri nei loro confronti.

Se invece seguiamo la ripartizione delle aree di comportamento fatta da E. Pichon-Rivière, possiamo considerare tre gruppi, a seconda che il predominio di inibizioni, sintomi, lamentele o proteste si ripercuota maggiormente nell'area della mente, del corpo o del mondo esterno. Il paziente può esprimere lamentele o accuse: nel primo caso predomina l'ansia depressiva, nel secondo quella paranoide.

Queste suddivisioni tendono a non differenziare i malati organici dai malati mentali, né le malattie organiche da quelle funzionali o psicogenetiche. Vengono applicate a qualunque tipo di esaminando che vada da qualsiasi specialista e tendono piuttosto a dare un orientamento sulla personalità del soggetto, sul modo in cui cerca di ridurre le sue tensioni, di sopportare o risolvere i suoi conflitti.

Possiamo fare una distinzione fra l'esaminando che viene a consultarci di propria iniziativa e quello che ci viene condotto da altri o perché "è stato mandato". Questi diversi atteggiamenti possono già fornirci una prima importante indicazione, che tuttavia è lungi dall'essere sistematica o patognomonica. Chi viene da solo ha un certo *insight* o una certa percezione della propria malattia e corrisponde al paziente nevrotico, mentre lo psicotico ha bisogno che qualcun altro prenda l'iniziativa per lui. Chi non ha motivi



per sottoporsi al colloquio, ma ci viene perché lo hanno mandato, rientra nell'area della psicopatia: è qualcuno che fa agire gli altri al posto suo e delega loro le proprie preoccupazioni e il proprio malessere.

Vi è anche il caso di chi ci consulta per un suo familiare. In circostanze del genere, sottoponiamo al colloquio la persona che è venuta da noi, indagando sulla sua personalità e sul suo comportamento. In questo modo, estendiamo già la nostra ricerca dall'esaminando al gruppo familiare. Se l'esaminando è preceduto da qualcuno che viene a darci informazioni sul suo conto, questi deve essere avvertito che ciò che dirà verrà comunicato al paziente. Questo contribuisce a "sgomberare il campo" e a farci evitare delle scissioni molto difficili da gestire in seguito. Chi viene a consultarci è sempre un emergente dei conflitti del gruppo familiare; distinguiamo inoltre fra le persone che si presentano da sole e quelle che arrivano accompagnate, che sono rappresentative di gruppi familiari diversi.

Chi viene da solo è il rappresentante di un gruppo familiare schizoide, nel quale la comunicazione fra i membri è estremamente precaria: essi vivono dispersi o separati, e presentano un blocco affettivo di un certo rilievo. Spesso, di fronte a persone di questo tipo, il tecnico tende a domandarsi con chi può parlare e chi deve informare. Un altro gruppo familiare, di carattere opposto al primo, è quello a cui appartengono coloro che si presentano al colloquio in diversi, tanto che il tecnico è costretto a chiedersi chi è l'esaminando o per chi sono venuti: è il gruppo epilettoide, vischioso o agglutinato, nel quale vi è un'assenza o una carenza di personificazione dei membri, con un alto grado di simbiosi o di interdipendenza. Come nel caso precedente il malato è isolato e abbandonato, così in questo è circondato da una sollecitudine esagerata e asfissiante.

Questi due tipi opposti di gruppo familiare possiamo trovarli nelle loro forme estreme, oppure in altre meno accentuate, o miste. Vi è anche chi viene al colloquio accompagnato da qualcuno, da un familiare o un amico: è il caso del fobico che ha bisogno di un accompagnatore. Quella delle coppie i cui componenti si accusano a vicenda di nevrosi, di infedeltà, ecc., è un'altra situazione in cui, come in quelle precedenti, si sottopongono al colloquio tutte le persone presenti, che vengono trattate come un gruppo diagnostico che - come vedremo - è sempre, in qualche misura, anche terapeutico. Il tecnico agisce qui come osservatore partecipante, intervenendo nei momenti di tensione, o quando la comunicazione si interrompe, o per segnalare gli incroci proiettivi.

Quando viene consultato da gruppi, lo psicologo non deve accettare il criterio della famiglia per determinare chi è il malato, ma prendere in considerazione tutti i suoi membri e operare come se il gruppo stesso fosse il malato. In questi casi, l'incrocio dei ruoli e la dinamica del gruppo sono gli elementi che servono come orientamento per far acquisire *insight* della situazione all'intero gruppo.

L'oscillazione della malattia in un gruppo familiare è un altro fattore di estrema importanza. Ad esempio, in una coppia in cui uno è fobico e l'altro è il suo accompagnatore, quando il primo migliora o guarisce, compare la fobia nel secondo. L'accompagnatore fobico è dunque anch'egli fobico, ma i ruoli vengono ripartiti all'interno della coppia.

Altre volte, la famiglia si presenta allo psicologo soltanto quando il trattamento è già a buon punto e il paziente ha avuto o è in procinto di avere un miglioramento; la sua normalizzazione fa sì che la tensione del gruppo familiare non possa più "scaricarsi" attraverso di lui, ed ecco manifestarsi allora lo squilibrio o la malattia nel gruppo familiare.

Tutto questo spiega ampiamente un fenomeno di cui si deve sempre considerare la presenza nella famiglia di un malato: i sensi di colpa, di cui bisogna tenere conto per valutarli e utilizzarli nel modo più opportuno. Si manifesta con maggiore evidenza nel caso di malattie mentali in bambini o in deficienti mentali. Ciò è connesso anche con il cosiddetto fenomeno del "bambino sbagliato", per il quale i genitori vengono a consultarci con il bambino più sano e soltanto dopo essersi assicurati che il tecnico non li incolpi o non li accusi riescono a parlare o a chiedere consiglio sul figlio malato.

In tale ambito, e in relazione con tutti questi fenomeni, la psicologia di gruppo - la sua conoscenza e la sua corretta utilizzazione - riveste un'importanza fondamentale, non soltanto ai fini dei colloqui diagnostici e terapeutici, ma anche della valutazione delle cure, o quando si tratti di decidere l'interruzione di un ricovero, eccetera.

### Funzionamento del colloquio

Ho insistito sul fatto che il campo del colloquio deve essere configurato fondamentalmente dalle variabili relative alla personalità dell'esaminando. Ciò implica che quello che propone l'esaminatore sia sufficientemente

ambiguo da permettere all'esaminando di mettere in gioco il più possibile la propria personalità.

Per quanto sia vero tutto ciò, esiste tuttavia un ambito o un'area in cui l'ambiguità non deve esistere, ma il cui confine, al contrario, deve essere mantenuto e a volte difeso dall'esaminatore. In quest'ambito rientrano tutti i fattori che fanno parte dell'inquadramento del colloquio: tempo, luogo e ruolo tecnico dell'operatore. Il tempo si riferisce a un orario e a un limite posto all'estensione del colloquio; lo spazio corrisponde alla cornice o all'ambiente in cui il colloquio si svolge. Per quanto riguarda il ruolo tecnico, l'esaminatore non deve permettere nel modo più assoluto di venire presentato come un amico in un incontro fortuito. Inoltre, egli non deve intervenire nel colloquio con le sue reazioni o con il racconto della propria vita; né entrare in relazioni commerciali o di amicizia con l'esaminando, e neppure pretendere di trarre dal colloquio alcun vantaggio che non sia il suo onorario e l'interesse scientifico e professionale. Non deve nemmeno utilizzare il colloquio come una gratificazione narcisistica, facendo la parte del mago e ostentando la propria onnipotenza. La curiosità deve limitarsi a quello che è strettamente necessario per il beneficio del paziente. Tutto quanto viene sentito e vissuto come reazione controtransferale va considerato come un dato del colloquio, e non bisogna rispondere o agire di fronte al rifiuto, alla rivalità o all'invidia dell'esaminando. La petulanza o l'atteggiamento arrogante o aggressivo di quest'ultimo non devono essere "domati" o piegati; non si tratta né di trionfare né di imporsi sul paziente, ma di appurare a che cosa sono dovuti, come funzionano e quali effetti producono su di lui. Egli ha il diritto, anche se noi ne prendiamo nota, di fare uso ad esempio della sua rimozione e della sua sfiducia. Molto spesso il grado di rimozione dell'esaminando dipende rigorosamente dal grado di rimozione che utilizza l'esaminatore di fronte a determinati temi (sessualità, invidia, ecc.). Se interveniamo con delle domande, queste devono essere dirette e senza sotterfugi o secondi fini, adeguate alla situazione e al grado di tolleranza dell'Io dell'esaminando.

Non si deve neppure aprire il colloquio in maniera ambigua, ricorrendo a frasi generiche o a doppio senso. Il colloquio inizia dal punto in cui inizia l'esaminando. Bisogna tenere conto di quanto può essergli costato decidere di sottoporsi a un colloquio e di come possa sentirsi umiliato e smiunito per questo. Si deve riceverlo cortesemente, ma senza effusione. Se si

possiedono dati sul suo conto forniti da un'altra persona, bisogna informarlo di ciò e analogamente, come abbiamo detto, avvertire subito chi ci dà tali notizie che i dati riguardanti terzi non saranno mantenuti segreti. Questo tende a mantenere l'inquadramento e a evitare le divisioni schizoidi o il passaggio all'azione psicopatica, oltre che a sgomberare il campo da tutto quello che può limitare la spontaneità del tecnico, il quale non deve cedere a compromessi che possano pesare negativamente sul colloquio. La riservatezza dell'esaminatore sui dati forniti dall'esaminando è implicita nel colloquio e, se si dovesse presentare a un'istituzione una relazione sul colloquio effettuato, bisognerebbe informare l'esaminando. La riservatezza e il segreto professionale vanno mantenuti anche riguardo ai malati psicotici e al materiale dei colloqui realizzati con adolescenti o bambini; in quest'ultimo caso, non dobbiamo sentirci autorizzati a riferire ai genitori, per fare un esempio, dettagli del colloquio avuto con i figli.

Il silenzio dell'esaminando è lo spettro dell'esaminatore alle prime armi, per il quale questo silenzio è indice di fallimento o di incapacità. Con un minimo di esperienza, tuttavia, non è possibile che un colloquio fallisca; a ben guardare, ogni colloquio apporta dati importanti sulla personalità dell'esaminando. Bisogna riconoscere i diversi tipi di silenzio (silenzio paranoide, depressivo, fobico, confusionale, eccetera) e intervenire sulla base di tale conoscenza.

Se il silenzio totale non è l'ideale in un colloquio (dal punto di vista dell'esaminatore), non lo è neppure la catarsi intensa (dal punto di vista dell'esaminando). Spesso chi parla molto in realtà tralascia di dire le cose più importanti, poiché il linguaggio non è solo uno strumento per trasmettere informazioni, ma è anche un potente mezzo per evitare di fornirne. Tutti questi sono, ovviamente, dati di una certa rilevanza, che devono essere registrati e valutati. Nemmeno la "scarica" emozionale intensa è la cosa migliore in un colloquio; in genere, attraverso di essa l'esaminando riesce a depositare massivamente i suoi conflitti nell'esaminatore, in seguito prende le distanze da quest'ultimo e instaura con lui un rapporto di tipo persecutorio: il confessore si trasforma facilmente in persecutore. Il termine del colloquio deve essere rispettato come tutto l'inquadramento; la reazione alla separazione è un dato di estrema importanza, così come è importante valutare il modo in cui se ne va l'esaminando e la nostra situazione controtrasferale.

Un colloquio ben condotto richiede molto tempo, cosa di cui spesso non si dispone, soprattutto in seno alle istituzioni (scolastiche, ospedaliere, aziendali, eccetera). In questi casi, conviene impiegare una parte del tempo che si ha a disposizione per portare a termine anche solo un colloquio al giorno in condizioni ottimali. Ciò impedisce la stereotipia nel lavoro e le razionalizzazioni dell'evitamento fobico. È inoltre essenziale riservarsi il tempo necessario per studiare i colloqui già effettuati, ed è preferibile farlo in gruppi di lavoro. Lo psicologo e lo psichiatra non devono lavorare isolati, perché questo favorisce la loro alienazione nel lavoro.

### L'interpretazione

Spesso ci si chiede - ed è un interrogativo di un certo rilievo - se nei colloqui fatti a fini diagnostici si debba interpretare. A tale riguardo, vi sono posizioni molto diverse, fra le quali ricordiamo per esempio quella di Rogers, che non solo non interpreta, ma nemmeno pone domande, e incoraggia l'esaminando a proseguire con varie tecniche, come quella di ripetere in forma interrogativa l'ultima parola detta o di invitarlo a continuare con lo sguardo, con i gesti e con l'atteggiamento.

Il colloquio è sempre un'esperienza di vita estremamente importante per l'esaminando; molto spesso rappresenta l'unica possibilità che egli ha di parlare il più sinceramente possibile di se stesso con qualcuno che non lo giudichi, ma lo comprenda. Il colloquio dunque agisce sempre come un fattore normativo o di apprendimento, benché non si ricorra a nessuna particolare misura per ottenere questo. In altri termini, il colloquio diagnostico è sempre, in qualche modo, anche terapeutico.

Il primo fattore terapeutico è sempre la comprensione dell'esaminatore, che deve trasmettere all'esaminando alcuni elementi di tale cognizione che possano essergli utili. A nostro giudizio, nel colloquio diagnostico si deve interpretare soprattutto ogni volta che la comunicazione tende a interrompersi o a distorcersi. Un altro caso molto frequente, nel quale il nostro intervento è indispensabile, è quello in cui si devono stabilire delle relazioni fra le cose che l'esaminando ci ha comunicato. Per interpretare, dobbiamo tener conto del livello di ansia che stiamo risolvendo oppure creando, e considerare anche se ci saranno altre opportunità per l'esaminando di risolvere

le ansie che mobilizziamo. In ogni caso, dobbiamo interpretare soltanto sulla base degli emergenti, di ciò che interviene realmente nell'*hic et nunc* del colloquio.

Un fattore essenziale di orientamento nell'interpretazione è sempre il beneficio dell'esaminando e non la "scarica" dell'ansia dell'esaminatore. Inoltre, ammesso che si interpreti, si deve tenere presente che l'interpretazione è un'ipotesi che va verificata o corretta nello stesso campo di lavoro, in base alla risposta che stimoliamo o suscitiamo nel metterla sul tappeto. Conviene, comunque, che l'esaminatore alle prime armi inizialmente si limiti, per un certo periodo, a comprendere l'esaminando, fintantoché non avrà acquisito l'esperienza e la conoscenza necessarie per utilizzare l'interpretazione. Un esito ottimale si ha nel colloquio operativo, in cui si cerca di comprendere e di chiarire un problema o una situazione che l'esaminando pone al centro del colloquio. In questo senso, spesso si raggiunge un risultato soddisfacente quando si riesce a individuare qual è il vero problema che sta dietro a quello apertamente manifestato.

Consiglio di leggere l'articolo di Reik "L'abuso dell'interpretazione", e di tenere presenti almeno due cose a tale proposito: che ogni interpretazione al di fuori del contesto e del *timing* diventa un'aggressione e che fa parte della formazione dello psicologo anche imparare a tacere. Una delle "regole d'oro" (se ve ne sono) è che quanto più forte è la compulsione a interpretare, tanto più è necessario tacere.

### La relazione psicologica

La relazione psicologica ha come fine quello di sintetizzare o riassumere le conclusioni a cui si è giunti riguardo all'oggetto di studio. Ci riferiamo qui unicamente alla relazione sullo studio della personalità, che può essere utilizzata in diversi campi dell'attività psicologica; in ciascun ambito si dovrà tenere presente e soddisfare in particolare l'obiettivo perseguito con tale studio. Si tratta, del resto, solamente di una guida e non di un casellario da riempire.

Nel campo della medicina, ad esempio, uno studio completo comprende una triplice diagnosi o una triplice relazione, e cioè: la diagnosi medica, quella psichiatrica e quella psicologica. Può trattarsi, per fare un esempio,

di un esordio schizofrenico acuto (diagnosi psichiatrica) in una persona affetta da insufficienza cardiaca (diagnosi medica) e con personalità ossessiva (diagnosi psicologica). È ovvio che questo esempio serve soltanto per differenziare i tre tipi di relazione, che non sempre è necessario presentare insieme.

L'ordine con cui si redige una relazione è del tutto indipendente da quello con cui si sono raccolti i dati o si sono tratte le conclusioni.

- 1) *Generalità*: nome e cognome, età, sesso, stato civile, nazionalità, domicilio, professione.
- 2) *Procedimenti utilizzati*: colloqui (numero e frequenza, tecnica, "clima" e luogo in cui si sono svolti). Test (specificare quelli utilizzati), gioco, protocolli standardizzati (specificare quali), eccetera. Questionari (specificare quali). Altri procedimenti.
- 3) *Motivi dello studio*: chi lo richiede e quali sono i suoi obiettivi. Atteggiamento dell'esaminando e sue motivazioni conscie.
- 4) *Descrizione sintetica del gruppo familiare* e di altri gruppi che hanno avuto o hanno importanza nella vita dell'esaminando. Relazioni del gruppo familiare con la comunità: status socio-economico e altri rapporti. Composizione, dinamica e ruoli, comunicazione e cambiamenti significativi del gruppo familiare. Stato di salute, incidenti e malattie del gruppo familiare e dei suoi membri. Decessi, anno in cui sono avvenuti e loro cause, età delle persone decedute. Atteggiamento della famiglia di fronte ai cambiamenti, alle malattie e alle persone malate. Se possibile, inserire il gruppo in una delle classificazioni note.
- 5) *Problematica esistenziale*: breve riferimento alla vita dell'esaminando e ai suoi conflitti attuali, al suo sviluppo, ad acquisizioni, perdite, cambiamenti, timori, aspirazioni, inibizioni e al modo di affrontarli o di subirli. Valutazione delle differenze fra quello che affermano l'esaminando o altre persone del suo ambiente e quello che ne deduce lo psicologo, e fra quanto viene affermato e quanto si ipotizza come probabile. Se vi è qualche dato di particolare rilievo specificare la tecnica grazie alla quale lo si è ottenuto o individuato. Citare le situazioni esistenziali significative (presenti e passate), soprattutto quelle che assumono un carattere conflittuale e/o ripetitivo.
- 6) *Descrizione delle strutture di comportamento*, differenziando quelle predominanti da quelle accessorie. Cambiamenti osservati.

- 7) *Descrizione dei tratti del carattere e della personalità*, che comprenda l'esame della dinamica psicologica (ansia, difese), e un riferimento all'organizzazione patografica (qualora fosse presente). Aggiungere una valutazione sul grado di maturità della personalità. Struttura (citare la tipologia utilizzata). Caratteristiche emotive e intellettuali, fra le quali: uso del linguaggio (lessico, sintassi, ecc.), livello di concettualizzazione, formulazione di giudizi, anticipazione e pianificazione delle situazioni, canale preferito di comunicazione, livello o grado di coordinamento, differenze fra rendimento verbale e motorio, capacità di osservazione, di analisi e di sintesi, grado di attenzione e di concentrazione. Relazioni fra il comportamento intellettuale, sociale, professionale ed emotivo, e altri elementi significativi di ogni caso specifico. Considerare le particolarità e le alterazioni dello sviluppo psicosessuale, i cambiamenti nella personalità e nel comportamento.
- 8) Se si tratta di una relazione particolarmente dettagliata e rigorosa (ad esempio, di una perizia), includervi i risultati di ogni test e di ogni esame complementare effettuato.
- 9) *Conclusioni*. Diagnosi e caratterizzazione psicologica dell'individuo e del suo gruppo. Soddisfare in modo specifico gli obiettivi dello studio (ad esempio, nel caso di selezione del personale, orientamento vocazionale, relazione scolastica, eccetera).
- 10) *Includere una possibilità di prognosi* dal punto di vista psicologico, precisando gli elementi sui quali si basa.
- 11) *Orientamento possibile*. Segnalare se sono necessari ulteriori esami e di che tipo. Indicare in che modo è possibile aiutare, alleviare o orientare l'esaminando, tenendo conto del motivo dello studio o delle esigenze dell'istituzione che ha richiesto la relazione.



## BIBLIOGRAFIA

- ABDT L.E., *The Analysis of Structural Clinical Interview*, J. Clin. Psychol., 5, 1949.
- BARANGER W., *La situación analítica como campo dinámico*, Riv. Urug. Psicoanal., IV, p. 1, 1961-62.
- BARILARI M. - GRASSO L., *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, El Ateneo, Buenos Aires, 1948.
- BERG C., *The First Interview*, G. Allen and Unwin, Londra, 1954.
- BINGER C., *The Doctor's Job*, Norton, New York, 1945.
- BIRD B., *La conversación con los pacientes*, Vitae, Buenos Aires, 1960.
- BOGARDUS E.S., *The New Social Research*, Jesse R. Miler, Los Angeles, 1926.
- BRAMMER L.M. - SHOSTROM E.L., *Psicología terapéutica*, Herrero, Messico, 1960.
- BUHLER C., *El curso de la vida humana como problema psicológico*, Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1943.
- DEUTSCH F. - MURPHY W.F., *The Clinical Interview*, Int. Univ. Press, 1955.
- DOLLARD J., *Criteria for Life History*, Yale Univ. Press, 1935.
- FESTINGER L. - KATZ D., *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*. P.U.F., Parigi, 1959.
- FINESINGER J.E., *Psychiatric Interviewing*, in Am. J. Psychiatry, 105, 1948.
- F. FROMM REICHMANN, *Principios de psicoterapia intensiva*, Hormé, Buenos Aires, 1958.
- GARRETT A.M., *Interviewing. Its Principles and Methods*, Family Welfare Association of America. New York, 1942.
- GELBMAN F. - WEKE F.R., *An Experimental Study of the Initial Interview*, Psych. Quart. Supl., 23, 1949.
- GILL M. - NEWMAN R. - REDLICH F.C., *The Initial Interview in Psychiatric Practice*, Int. Univ. Press, New York, 1954.
- HAMILTON G., *Teoría y práctica del trabajo social de casos*, La Prensa Médica Mexicana, Messico, 1960.
- KAHN R.L. - CANNELL C., *The Dynamics of Interviewing*, J. Wiley, 1957.
- LAGACHE D., *El problema de la transferencia*, Rev. Urug. Psicoanal., 1,3 e 1,4, 1956.

- LAIN ENTRALGO P., *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, 1950.
- LIBERMAN D., *Semiología psicósomática*, López Etchegoyen, Buenos Aires, 1947.
- MENNINGER M., *Manual for Psychiatric Case Study*, Grune and Stratton, New York, 1952.
- NAHOUN C., *L'entretien psychiatrique*, P.U.F., Parigi, 1958.
- NUNBERG H., *Interrelación psicológica entre médico y paciente*, Rev. Argentina de Psicoanal., 8, p. 3, 1951.
- PREW P.W., *Outline of Psychiatric Case Study*, Hoover, New York, 1943.
- PAGES M., *La psychotherapie non directive*, L'Evol. Psychiatrique, 3, 1952.
- RACKER H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960. Trad. it.: *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, Armando, Roma, 1970.
- REIK T., *Cómo se llega a ser psicólogo*, Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1945.
- REIK T., *El abuso de la interpretación*, Rev. Psicoanálisis, V, 1947-1948.
- RUESCH J., *Disturbed Communication*, Norton, New York, 1957.
- RUESCH J., *Therapeutic Communication*, Norton, New York, 1961.
- STEVENSON I., *The Psychiatric Interview*, in: Arieti S., *American Handbook of Psychiatry*, cap. 9, Basic Books, New York, 1959.
- SULLIVAN H.S., *The Psychiatric Interview*, Norton, New York, 1954. Trad. it.: *Il colloquio psichiatrico*, Feltrinelli, Milano.
- ULLOA F., *Entrevista Operativa*, dispensa del Departamento de psicología, Buenos Aires.
- VAN DYKE BINGHAM W. - MOORE B.V., *Cómo entrevistar*, Rialp, Madrid, 1960.
- WHITEHORN J.C., *Guide to Interviewing and Clinical Personality Study*, Arch. Neurol. and Psychiatry, 52, p. 197, 1944.
- YOUNG P.V., *Métodos científicos de investigación social*, Inst. Investigac. Sociales de la Universidad Nacional, Messico, 1953.

JOSÉ BLEGER

## 2. CRITERI DI DIAGNOSI\*

Come avete sentito, prenderò in considerazione esclusivamente alcuni modelli diagnostici in psichiatria dinamica, utilizzando il colloquio come strumento per tale studio. Non terrò conto di altri mezzi di diagnosi, come il colloquio di gruppo, la psicodiagnosi o diversi tipi di test. Considererò, dunque, soltanto modelli o elementi che sia possibile raccogliere sulla base del colloquio.

Il problema della diagnosi è sempre molto controverso. Non tratterò l'argomento in maniera approfondita, ma vale la pena di prenderlo in considerazione. La diagnosi non viene elaborata indipendentemente da determinati parametri, ma in relazione con alcuni vettori di cui è necessario tenere conto. Bisogna chiedersi per quale terapia si fa una diagnosi. Per esempio, nel caso del trattamento psicoanalitico, la diagnosi in se stessa ha poca importanza se siamo disposti a fare questo trattamento. Può avere, invece, una rilevanza notevole se il terapeuta non è interessato ad affrontare una psicosi, problemi di psicopatia o di altro genere, che per svariati motivi non intende trattare. La diagnosi comunque si fa sempre in funzione di una data terapia. Ci si deve quindi chiedere per quale tipo di terapia, per quali obiettivi si fanno determinate diagnosi. Tali obiettivi non sono necessariamente

\* Questo lavoro, inedito, è tratto da una conferenza tenuta dall'autore presso l'Associazione Medica Argentina nel novembre del 1971. Il titolo del convegno era "Criteri di diagnosi e analizzabilità", a cura di J. Bleger e C. Paz. Il primo trattò il tema della diagnosi e il secondo quello dell'analizzabilità. Questa versione, curata dagli organizzatori, è la trascrizione della registrazione della conferenza a cui vennero apportate alcune modifiche formali che, tuttavia, cercano di rispettare lo stile dell'autore.

terapeutici, ma possono essere di qualsiasi altra natura, come nel caso in cui si debba selezionare il personale di un'azienda, gli studenti da ammettere a una scuola o coloro che desiderano diventare membri di un'associazione psicoanalitica; oppure può trattarsi di terapie a tempo determinato, che costituiscono l'esperienza più diretta che ho avuto personalmente, se si eccettuano i colloqui, l'elaborazione di modelli diagnostici per la selezione di candidati o altre esperienze analoghe.

Nella terapia a tempo determinato generalmente ci proponiamo di ottenere una diagnosi o dei modelli capaci di orientarci in modo che il trattamento non passi in secondo piano rispetto al problema che dobbiamo affrontare. Al livello attuale delle nostre conoscenze teoriche, in una terapia a tempo determinato non ha troppo senso trattare un quadro malinconico o schizofrenico grave, o una personalità molto narcisistica. Perché dico "in una terapia a tempo determinato"? Perché può darsi che fra qualche tempo la terapia breve venga effettuata con tecniche molto più efficaci di quelle che utilizziamo attualmente. È possibile che determinati quadri o fenomeni che ora come ora rifiutiamo di trattare in una terapia breve vengano accettati in un prossimo futuro.

Bisogna considerare poi, oltre alla diagnosi e ai modelli diagnostici, quale teoria della cura e quale teoria generale si stanno utilizzando. Se si tratta, ad esempio, di un particolare tipo di terapia, può verificarsi - come è avvenuto - un fatto molto semplice. Prendiamo il caso di una persona con ripetute crisi d'angoscia che deve far funzionare una macchina ma non è in grado di farlo a causa di queste crisi. Se io mi pongo esclusivamente il problema delle crisi d'angoscia, devo considerare quale teoria della cura utilizzerò.

Può accadere che il soggetto in questione non abbia più crisi e continui a svolgere il proprio lavoro. Io posso avere, tuttavia, una teoria della cura della malattia che va al di là della sintomatologia. Ad esempio, nel caso che ho citato, il soggetto ha una personalità con marcati tratti narcisistici e le crisi d'ansia sono provocate dalla rottura della struttura narcisistica, per cui la loro scomparsa non significa nulla. Bisogna affrontare e rielaborare la struttura narcisistica della personalità. In tal senso, le crisi d'ansia sono un elemento indicatore di quello che sta avvenendo nel soggetto.

Con queste premesse, può darsi che un terapeuta interpreti eventi del genere come crisi d'ansia, crisi di evitamento, crisi o situazioni fobiche, e si ponga come obiettivo la scomparsa della sintomatologia. Per quanto mi

riguarda, cercherei piuttosto di focalizzare il problema del narcisismo, della personalità del soggetto, nel qual caso la teoria della cura, e quindi anche i modelli diagnostici, sarebbero totalmente diversi persino fra gli psicoanalisti. Io non potrei, per esempio, utilizzare i modelli diagnostici di Anna Freud o di Nagera, che hanno avuto una certa diffusione in Inghilterra, in quanto la loro concezione psicoanalitica è completamente diversa dalla mia. Intendo dire che, benché appartenga a una scuola psicoanalitica, non posso in realtà fare uso dei modelli diagnostici da loro elaborati, così come essi non potrebbero utilizzare i miei. Per non parlare di quello che accade con altri autori, psicoanalisti o meno.

Nel campo psicoanalitico, un americano, Szasz, afferma con molta convinzione che la diagnosi non è necessaria. Altri autori, come Thier in Inghilterra, sostengono che essa è un *hobby* da psichiatri, che non ha senso. Io credo invece che ne abbia, eccome, ma non se realizzata nel modo tradizionale, nel qual caso è ovvio che concordo con quanti affermano che non è necessaria, perché dire "crisi fobiche" o "crisi d'ansia" non ha alcun significato. Bisognerebbe chiedersi a chi succede questo, in quale momento, che senso può avere, che tipo di struttura ha la personalità del soggetto e qual è l'obiettivo, la funzione della sintomatologia in un momento determinato. Una diagnosi è qualcosa di molto più vasto. È altrettanto vero che dobbiamo staccarci dalla diagnosi di entità cliniche che siamo abituati a utilizzare in medicina, fra le altre ragioni perché in psichiatria si è rivelata un fallimento totale. La diagnosi medica, la diagnosi di entità cliniche, tende a vedere la malattia come una cosa e di conseguenza a descriverla come se avesse delle proprietà. Oggi tendiamo ad elaborare diagnosi molto più funzionali, e non diagnosi di entità cliniche. La diagnosi medica si basa su un'unità formata da tre componenti: clinica, etiologica e anatomopatologica. In psichiatria dinamica questo tipo di diagnosi medica ha dato risultati totalmente fallimentari. Non possiamo continuare ad utilizzarla, anche perché non ha raggiunto un grado di sviluppo realmente importante.

Le diagnosi tradizionali - parlo di Kraepelin - non ci sono di alcuna utilità, in quanto si riferiscono a quadri clinici terminali, mentre a noi interessano molto di più i quadri di esordio, che le descrizioni dei primi ci aiutano a comprendere. Dobbiamo quindi elaborare diagnosi funzionali. Queste ultime si basano su determinati parametri, accompagnati a loro volta da indicatori o indici. Preciserò ora qual è, già da tempo, il mio personale modo

di affrontare questo problema, che da anni mi interessa e mi preoccupa e del quale mi sono occupato a lungo, soprattutto nel periodo in cui lavoravo al Centro Racker (1). Faccio questa premessa perché quanto segue è più che altro il mio personale punto di vista sulla questione.

Mi riferirò in primo luogo ai parametri su cui si basa una diagnosi funzionale. Ho già detto che non si può utilizzare la diagnosi della componente anatomopatologica, clinica ed etiologica della medicina nella psichiatria dinamica. Dobbiamo servirci di una diagnosi funzionale basata non su entità cliniche, ma su strutture, e intendere le strutture in relazione alle organizzazioni patografiche. Voglio dire che, con tali premesse, bisogna smetterla di diagnosticare, ad esempio, una "nevrosi ossessiva" o una "isteria di conversione". Si devono considerare l'isteria o i rituali ossessivi, i cerimoniali, come strutture e non come entità. In tal modo, queste stesse strutture possono presentarsi come nevrosi, caratteropatie, psicosi, tratti del carattere o della personalità, perversione, con diverse organizzazioni patografiche. Ciò significa che nei parametri abbiamo da un lato le strutture e dall'altro le organizzazioni patografiche. Può darsi pertanto che, in determinati momenti, ci si trovi di fronte a situazioni estremamente complicate, così come si presentano nella realtà. Vi può essere, ad esempio, una sintomatologia conversiva in una nevrosi, o una personalità fobica o evitativa con tratti psicotici e perversi. Quando si incominciano ad esaminare le cose in dettaglio, ci si rende conto che le situazioni sono molto più complesse di quanto appaiono. Generalmente, quando si fanno diagnosi differenziali e si cerca di capire, in discussioni interminabili, se ci si trovi di fronte a una nevrosi, a una fobia, a un'isteria di conversione o a tratti del carattere, si finisce col dire che il soggetto ha tutto questo.

Se partiamo solo da diagnosi di tipo medico che procedono per esclusione siamo costretti a etichettare il soggetto malato, poiché ci basiamo sulla nozione di entità cliniche concepite come cose e, dal punto di vista dell'entelechia, non possiamo ammettere che una sola cosa ne costituisca diverse altre nello stesso tempo. Se intendiamo le malattie in questo senso, rimaniamo al punto in cui siamo ora con le diagnosi di tipo tradizionale,

(1) Vedi introduzione del dott. Rossetti.

a mezza strada. Una malattia infatti non è una cosa, ma una struttura molto più complessa, e dobbiamo cercare di vedere funzionalmente tale complessità, considerando i diversi parametri con cui si sviluppa, la personalità globale, i tratti del carattere, le situazioni egodistoniche ed egosintoniche, le manifestazioni di primo piano e quelle di secondo piano, e infine gli elementi di carattere dinamico, come ad esempio situazioni di lutto non elaborato o circostanze che si sono verificate in passato e possono ripercuotersi in quella presente, nello stato patologico e non patologico generale.

In relazione alle strutture e alle organizzazioni patografiche io sono solito fare due scale, una orizzontale e una verticale, in modo da avere da un lato le strutture e dall'altro le organizzazioni patografiche. Vi è un intreccio fra le une e le altre che consente di fare una diagnosi pluridimensionale, molto più realistica di quella che considera una malattia separatamente, come se si trattasse di una cosa. In campo psichiatrico le malattie non si manifestano in questo modo.

Un altro aspetto molto importante dei parametri - oltre alle strutture e alle organizzazioni patografiche - è la diagnosi delle parti nevrotica e psicotica della personalità, che neppure si escludono. Cerco sempre di individuare dove si trovano la parte nevrotica e quella psicotica e come è organizzata ognuna di esse, in maniera da poterle seguire molto bene. Mi interessa sapere non soltanto che il paziente le ha - poiché so a priori che ognuno di noi le ha - ma anche dove si trovano e come sono organizzate per poterne seguire l'andamento.

Chiamo parte nevrotica della personalità tutto quello che è strutturato in funzione della discriminazione, della proiezione-introiezione, dei meccanismi nevrotici, ed è basato sulle ansie schizoparanoidi e sulla posizione depressiva. Invece nella parte psicotica della personalità includo tutto quanto non è sufficientemente discriminato, cioè corrisponde a quella che denominiamo "posizione glischro-carica" (1) e che si ricollega alle identificazioni introiettive-proiettive, quando non sono ben differenziati il soggetto dall'oggetto, l'Io dal non Io.

Un altro parametro di notevole rilevanza consiste, a mio avviso, nello studio del clivaggio e della separazione che esiste fra le parti nevrotica e psi-

(1) Vedi introduzione del dott. Rossetti.

cotica della personalità. Possiamo cercare di capire se questo clivaggio si è rotto, se si mantiene molto stereotipato, in quale periodo della vita si è eventualmente rotto e come è tornato a ricomporsi, se si è mantenuto per tutta la vita. Vi sono periodi dell'esistenza in cui normalmente esso deve rompersi: ad esempio, nel passaggio dal periodo di latenza a quello della pubertà. Se non si è rotto, io attribuisco a questo fatto un valore equivalente a quello che dà Spitz all'angoscia dell'ottavo mese, nel senso che considero la sua mancanza un elemento negativo. L'assenza dell'angoscia dell'ottavo mese è come la mancanza di questa rottura del clivaggio e la mescolanza e confusione fra le parti nevrotica e psicotica. Indicherebbe che non si è mai stabilito un clivaggio, cioè che l'individuo non ha mai ben instaurato un periodo di latenza o non si è mai ripreso, per esempio, dopo una crisi adolescenziale che può essersi manifestata come tale oppure in seguito a qualsiasi altro evento o fenomeno della vita normale o a situazioni patologiche, come i lutti, le emigrazioni, i cambiamenti di qualunque tipo. Tali rotture e ripristini, o mancati ripristini, del clivaggio possono manifestarsi in un modo piuttosto che in un altro.

Il problema del clivaggio, insieme a quello delle parti nevrotica e psicotica, riveste per me un'importanza essenziale, soprattutto in relazione all'intento di avviare delle terapie brevi. Infatti non si tratta semplicemente di dire che nel corso di queste non conviene affrontare psicosi o perversioni gravi: ciò dipende dall'andamento che ha avuto il clivaggio fra la parte nevrotica e la parte psicotica. Può darsi che una terapia breve risulti opportuna e che un soggetto con una perversione, una modalità psicopatica del carattere o una personalità psicopatica ne tragga in realtà grande beneficio. Il problema non è più soltanto quello di considerare se il soggetto attualmente presenti o meno una perversione, una psicosi attiva o una psicopatia, ma piuttosto di studiare l'evoluzione che ha avuto od ha il clivaggio. A mio avviso, è importante anche capire se sono realizzabili determinati tipi di terapie brevi nel caso di personalità, malattie o situazioni come quelle che ho appena citato.

Un altro parametro di grande rilievo è quello della stereotipia o della mobilità. Tutto ciò che tende a stereotiparsi o a mantenersi in una forma stereotipata è, generalmente, molto più serio, grave e difficile di una sintomatologia che ha una maggiore mobilità. La mobilità va intesa nel senso di un cambiamento di strutture e di organizzazioni patografiche, dato che



un soggetto può avere molta mobilità per il fatto che è maniaco, cioè può muoversi molto, ma all'interno di una struttura maniacale. In questo caso non si può parlare di mobilità. Quanto ai grandi parametri da me utilizzati per i modelli diagnostici (il problema delle strutture, le organizzazioni patologiche, le parti nevrotica e psicotica della personalità, del clivaggio fra queste ultime, lo stato di tale clivaggio, il modo in cui si mantiene o meno, il grado di stereotipia o di mobilità, quello che vi è di stereotipato o di mobile), non tutto avviene nello stesso modo in un essere umano. Vi sono strutture che si possono rendere mobili. Un soggetto può avere una grande mobilità nella parte nevrotica della personalità e nessuna nella parte psicotica, nel qual caso il problema è diverso da quello che si pone se le cose stanno in maniera opposta o se le parti nevrotica e psicotica sono entrambe mobili o entrambe stereotipate.

Una questione per me vitale, oltre a quella delle parti nevrotica e psicotica della personalità, del clivaggio, della stereotipia e della mobilità, è quella che riguarda la situazione di dipendenza e la sua evoluzione. In linea generale, per dirlo in termini a mio avviso molto più corretti, si tratta di capire che grado di simbiosi, di dipendenza simbiotica ha, ha avuto o continua ad avere il soggetto e che grado di risoluzione ottiene da questa dipendenza simbiotica. Spesso mi sono trovato nella necessità di chiarire che "avere una dipendenza simbiotica" non ha un significato negativo, anzi per fare una vita normale è indispensabile averne un certo grado. La patologia consiste nel fatto che il soggetto non ne ha debitamente stabilito un determinato livello, non ha depositari o li ha alternatamente, con una variazione continua. Ciò significa che studiare i depositari, il grado di simbiosi o di dipendenza simbiotica, e di indipendenza che ha il soggetto, è, a mio giudizio, estremamente importante. Insieme al problema dei parametri delle parti nevrotica e psicotica della personalità e del clivaggio, quest'ultimo punto è da prendere in considerazione in quanto può capitare, ad esempio, che un soggetto non abbia mai raggiunto una relazione simbiotica, una dipendenza vera e propria. Questa può essere una situazione grave, ma vi sono altri fattori da tenere presenti. Generalmente questo aspetto coincide con il fondamentale capitolo che si è aperto da pochi lustri e che riguarda la carenza di affetto. Io ritengo che il problema della carenza di affetto in realtà sia estremamente più vasto, poiché coincide con quello della carenza di dipendenza, di depositari, di simbiosi, che è molto più generale e ampio del

problema relativo esclusivamente all'affetto così come è stato in gran parte presentato e studiato anche in pubblicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'UNESCO, nonché nel celebre saggio di Bowlby e in altri contributi.

In questo senso, per fare un esempio, i soggetti che non hanno mai raggiunto una simbiosi sono i tossicodipendenti, i caratteropatici con qualche perversione, coloro che presentano quei problemi che buona parte degli psicoanalisti definiscono dell'*holding*. Questo non è nient'altro, a mio giudizio, che il problema da me descritto, cioè quello della dipendenza simbiotica. Avere una buona dipendenza simbiotica è indispensabile. Può capitare, tuttavia, che essa si prolunghi più del dovuto, o con un grado, un'intensità, una modalità che vanno oltre il necessario, nel qual caso bisogna prendere attentamente in considerazione la cosa. La simbiosi può essere molto più persistente e difficile da smuovere di quanto si possa presupporre. Ad esempio, vi sono soggetti che hanno un periodo di latenza dal quale non usciranno mai più, e che passano cronologicamente attraverso l'età dell'adolescenza, ma non attraverso le crisi adolescenziali. È estremamente importante per me scoprire se la crisi adolescenziale ha avuto luogo o meno ed eventualmente individuare il carattere turbolento di quest'ultima, che può essere insorta nel periodo cronologicamente corrispondente all'adolescenza o in periodi diversi, non coincidenti con essa, e può essersi manifestata in maniera clinicamente psicotica. Oltre ai parametri che ho descritto, per me è fondamentale utilizzare degli indici. I parametri non consentono una gestione clinica della situazione, forniscono dei referenti teorico-clinici, ma non degli indicatori con i quali lavorare. Abbiamo dedicato molto tempo al problema degli indicatori o degli indici clinici ed io continuo ad utilizzare quelli da noi fissati al Centro Racker, che sono frutto di seminari clinici tenuti da diverse commissioni in cui hanno lavorato anche, fra gli altri collaboratori, Carlos Paz e Benito López.

Gli indici sono raccolti in due fondamentali gruppi. Uno di questi comprende gli indici relativi alla parte nevrotica e l'altro quelli riguardanti la parte psicotica della personalità. Seguendo tali indici siamo in grado di individuare le strutture, le organizzazioni patografiche, il clivaggio e il grado di mobilità. Nella parte nevrotica della personalità rientrano i sintomi attuali, i diversi tipi di conflitti e la presenza o l'assenza di ansia. Secondariamente si considera se vi è un transfert nevrotico. Come terzo punto, se il

controtransfert è di carattere nevrotico. In quarto luogo, se predomina una sintomatologia nevrotica. Come quinta cosa si esamina se le difese sono fobiche, isteriche, ossessive o paranoide, cioè se corrispondono all'organizzazione della posizione schizoparanoide, poiché qualunque di esse deve essersi stabilita in tale posizione. In sesto luogo si valuta il grado di *insight* di un soggetto. In settimo luogo, il grado o la possibilità di indipendenza. Come ottavo punto si considera il grado o la possibilità di comunicazione simbolica. In nono luogo, l'identità o il grado di identità e di spersonalizzazione. In decimo luogo, l'ampiezza dell'Io. Dopo di che si focalizza l'attenzione sulla comparsa o sulla presenza di gelosia o rivalità, e infine sul grado di sublimazione.

Quanto alla parte psicotica della personalità, gli indici utilizzati si riferiscono alla presenza di una malattia organica attuale e di tensione. Contrapponiamoli agli altri indici in modo da vedere la differenza. Mentre nel primo gruppo si considera se vi sono sintomi attuali, conflitti nevrotici e ansia, per quanto riguarda la parte psicotica si valuta se esistono, al posto dell'ansia, malattie organiche - quello che denominiamo correntemente malattie organiche - o tensione. Il transfert psicotico, fondamentalmente il narcisismo e il grado di identificazione proiettiva-introiettiva del soggetto, si contrappone qui all'indice relativo al transfert nevrotico. Possiamo studiare il quantum o il grado del transfert narcisistico che si stabilisce nel colloquio oppure di quello nevrotico; il grado e il quantum del controtransfert nevrotico e di quello psicotico, o il carattere di controidentificazione del controtransfert. Possiamo anche considerare se in un soggetto predomina la parte nevrotica e, in tal caso, se il clivaggio si è conservato o meno; oppure se predominano le difese della parte psicotica, di carattere più caratteropatico, ipocondriaco, malinconico, maniacale e perverso. È possibile studiare la carenza di *insight* in contrapposizione al grado di *insight* dell'esaminando; la dipendenza in contrapposizione all'indipendenza; come opera la comunicazione preverbale nel colloquio, cioè come ci mobilita in quanto esaminatori nel controtransfert; il grado di non identità, di confusione, di dispersione, di onirismo, il tipo di sogni; le restrizioni dell'Io (attribuisco sempre maggiore importanza a questo indice che prima consideravo uno dei tanti) sommate all'immobilità o alla stereotipia, che per me costituiscono un indizio significativo di parti psicotiche della personalità. Generalmente, dietro alle restrizioni caratteropatiche dell'Io il terapeuta trova, quando inizia

a mobilitare il paziente, situazioni psicotiche, cliniche o subcliniche; non ho comunque alcun dubbio sulla comparsa di situazioni psicotiche. Al posto della gelosia e della rivalità appaiono molto più spesso l'invidia e le difficoltà o le carenze nella sublimazione.

Dobbiamo tener conto che un soggetto può presentare ambedue le serie di indici. Può avere, ad esempio, un'ulcera allo stomaco e nello stesso tempo ansia, presentando così sintomi della serie nevrotica e di quella psicotica. È dunque necessario stabilire una doppia scala che permetta di osservare che una cosa non esclude l'altra e di situare, a volte quantitativamente, quello che corrisponde a una serie e quello che corrisponde all'altra. Sono andato ridimensionando la tendenza quantitativa che avevo manifestato piuttosto vivamente in alcuni periodi, non perché pensassi che fosse priva di interesse, ma perché avrebbe richiesto una conoscenza molto maggiore dell'algebra e della matematica e al punto in cui stavano le cose non potevo approfondire io stesso questo problema. Inoltre, quando lo cercai, non trovai nessuno che conoscesse la clinica psichiatrica e sapesse utilizzare le equazioni matematiche in misura sufficiente per potersi muovere con una certa sicurezza in entrambi i settori. Abbandonai dunque questa linea concettuale non perché mancasse di interesse, ma perché non mi fu possibile seguirla di persona. Attualmente, nei colloqui che faccio o analizzo non seguo l'ordinamento quantitativo, bensì quello qualitativo basato su questi indici.

In sintesi, ho esposto in maniera molto generale il problema della diagnosi (suscitando interrogativi riguardo al tipo di terapia, di obiettivi e di teoria della cura che si intende seguire) e ho richiamato l'attenzione sulla tendenza da parte di alcuni psichiatri e psicoanalisti a non fare diagnosi, e sulla necessità della diagnosi funzionale impostata in termini di parametri e indicatori. Fra i parametri ho segnalato brevemente quelli che ritenevo fondamentali: il problema delle strutture, quello dell'organizzazione patografica, la parte nevrotica, la parte psicotica, il clivaggio, la stereotipia e la mobilità, la simbiosi. Ho accennato alla suddivisione degli indicatori clinici in due scale, una relativa alla parte nevrotica e l'altra alla parte psicotica della personalità, che non si escludono a vicenda ma di solito coesistono. Considerato globalmente, questo modo di affrontare i colloqui offre una visione abbastanza ampia. In generale, preferisco fare un colloquio solo, anziché due o tre, e passare un paio d'ore a studiarlo. Infatti mi è molto più utile avere un colloquio di quindici o trenta minuti e soffermarmi a con-

siderare i primi dieci o, se il colloquio dura un'ora, dedicarne al suo esame una, due, tre o quattro, a seconda delle necessità. A volte un colloquio può esigere un tempo di studio piuttosto breve o fornirci subito un orientamento corretto, altre volte richiede diverse ore, a seconda dei casi. Mi è capitato di impiegare venti o venticinque ore a studiarne uno. In ogni caso, ritengo che l'utilizzazione di questi indicatori possa essere di grande utilità sotto molti punti di vista, e non soltanto per soddisfare il desiderio di un *hobby* diagnostico o un'esigenza esclusivamente formale. Per concludere, voglio ribadire ancora una volta che, anziché fare diversi colloqui, è per me decisamente preferibile studiarne per molto tempo, e in maniera estremamente accurata, uno solo.

Fra le caratteristiche fondamentali della schizofrenia Bleuler incluse quelle che egli stesso denominò autismo e che è contraddistinto da:

- 1) distacco dalla realtà e/o isolamento;
- 2) predominio relativo o assoluto della vita interiore;
- 3) perdita del senso della realtà;
- 4) pensiero autistico (o derale).

Nel corso del tempo si verificò un duplice processo. Da un lato, si limitò la definizione di autismo al concetto di ritiro e distacco dalla realtà mediante l'innalzamento di un "muro" di separazione dal mondo esterno, e questo probabilmente grazie all'influenza e alla diffusione della nozione di autismo infantile proposta da Kanner. D'altra parte, paradossalmente, si ridusse tale concetto alla "perdita del senso della realtà", cosicché l'autismo, in base a quest'ultima accezione, venne considerato non più soltanto come ritiro, ma anche come espansione e addirittura come un'attività la cui caratteristica fondamentale risultava essere il predominio della vita interiore, ma senza l'isolamento e il pensiero derale. Rapaport, commentando l'articolo di Bleuler del 1912, affermò che per questo autore l'autismo non consiste soltanto nel pensiero autistico ma anche nell'isolamento, e che il solo pensiero autistico non è autismo. Rapaport ipotizzò che Bleuler si scontrò con problemi ancora irrisolti.

\* Tratto da una comunicazione letta al Quarto Congresso Europeo di Psichiatria, Roma, agosto 1974. Pubblicato postumo nella "Revista de Psiquiatria", XIII, No. 2, 1975.

JOSÉ BLEGER

### 3. SCHIZOFRENIA, AUTISMO E SIMBIOSI

#### Impostazione psicoanalitica\*

Fra le caratteristiche fondamentali della schizofrenia Bleuler incluse quello che egli stesso denominò autismo e che è contraddistinto da:

- 1) distacco dalla realtà e/o isolamento;
- 2) predominio relativo o assoluto della vita interiore;
- 3) perdita del senso della realtà;
- 4) pensiero autistico (o dereale).

Nel corso del tempo si verificò un duplice processo. Da un lato, si limitò la definizione di autismo al concetto di ritiro e distacco dalla realtà mediante l'innalzamento di un "muro" di separazione dal mondo esterno, e questo probabilmente grazie all'influenza e alla diffusione della nozione di autismo infantile precoce proposta da Kanner. D'altra parte, paradossalmente, si ridusse tale concetto alla "perdita del senso della realtà", cosicché l'autismo, in base a quest'ultima accezione, venne considerato non più soltanto come ritiro, ma anche come espansione e addirittura come un'attività la cui caratteristica fondamentale risultava essere il predominio della vita interiore, ma *senza l'isolamento*: il pensiero dereale. Rapaport, commentando l'articolo di Bleuler del 1912, afferma che per questo autore l'autismo non consiste soltanto nel pensiero autistico ma anche nell'isolamento, e che il solo pensiero autistico non è autismo. Rapaport ipotizza che Bleuler si scontri con problemi ancora irrisolti.

\* Tratto da una comunicazione letta al Quarto Congresso Argentino di Psichiatria, Rosario, agosto 1970. Pubblicato postumo nella "Revista de Psicoanálisis", XXX, 2, 1973.

Secondo Bleuler il pensiero realistico e quello autistico (o dereale) possono coesistere, ed egli riconosce casi in cui l'autismo può essere parziale. Il problema ora consiste in questo: un elemento che appare sempre necessario nell'autismo è il predominio della vita interiore che, implicitamente, significa anche perdita del senso della realtà e pensiero dereale, ma non esige la presenza del distacco o dell'isolamento. Il pensiero autistico o dereale è presente inoltre in situazioni diverse dall'autismo.

Fu Minkowski ad ampliare il concetto di autismo ricollegandolo all'interiorizzazione, ma non sempre al distacco dalla realtà; in altri termini, l'autistico non sempre è un introverso, ma può anche essere un estroverso, e si deve quindi riconoscere l'esistenza non soltanto di un'affettività e di un pensiero autistici, bensì anche di un'attività autistica. Vi sarebbero così, da quanto deduco, un autismo schizoide e uno espansivo. La caratteristica comune a entrambi è non già l'isolamento quanto piuttosto il predominio della vita interiore, la perdita del senso della realtà e il pensiero dereale. Faccio notare che questo autismo espansivo viene a volte erroneamente descritto come maniaco, quando si considerano le sue caratteristiche: negazione, onnipotenza e idealizzazione. Benché la mania (intesa come malattia o come meccanismo) possieda senz'altro queste particolarità, ne ha anche altre e inoltre la negazione, l'idealizzazione e l'onnipotenza sono presenti altresì in affezioni e meccanismi non maniacali. Freud considerò la schizofrenia come una nevrosi narcisistica e con questo volle essenzialmente significare che in essa non era presente il fenomeno transferale. Da questa angolazione, la schizofrenia era anche per lui un autismo, nel senso di "muro": isolamento e distacco.

L'indagine psicoanalitica posteriore arrivò tuttavia a constatazioni opposte: non soltanto il paziente schizofrenico presenta fenomeni transferali, ma questi ultimi sono anche più intensi, tenaci, precoci e massivi, oltre ad essere labili. Un altro paradosso sta nel fatto che inizialmente si attribuì al "narcisismo" il significato di "non transfert" fino ad arrivare oggi a parlare di transfert narcisistico. Tralascio di approfondire questo punto, cosa che d'altronde porterebbe, a mio avviso, alla necessità di sopprimere il concetto di narcisismo o che, quanto meno, invaliderebbe la metapsicologia che esso propone ("carica libidica dell'Io").

Le innovazioni non finiscono qui. Il carattere di questo transfert narcisistico, insieme all'esame del controtransfert, mi hanno portato a indivi-

duare il fenomeno simbiotico nella schizofrenia. Il paradosso consiste qui nel fatto che la malattia per la quale si è ipotizzata l'esistenza di un "muro" [distacco, isolamento e incapacità di comunicare (autismo)] deve ora venire presentata come una malattia legata alla simbiosi.

L'esperienza psicoanalitica e quella psichiatrica ci mostrano che anche lo schizofrenico isolato e quello delirante presentano forti fenomeni transferali: tali soggetti cercano di stabilire una relazione simbiotica ma sono incapaci di conservarla, per cui l'affermazione della relazione terapeutica dipende molto, in questo senso, dal terapeuta. Riguardo a ciò, si può dire che vi sono tre posizioni tecniche fondamentali nella terapia psicoanalitica degli schizofrenici: una che non permette né la depositazione né la simbiosi; un'altra favorevole all'inclusione del terapeuta in una vera e propria simbiosi psicotica (quella che Searles chiama simbiosi pre-ambivalente); una terza (Rosenfeld, Bion, Pichon-Rivière) che accetta e utilizza la depositazione ma non la relazione simbiotica (come direttiva tecnica). È quest'ultima che ritengo corretta.

A giudicare dalla relazione transferale che si stabilisce e dalle condizioni in cui la psicoanalisi risulta terapeuticamente positiva, lo schizofrenico può essere considerato come un individuo che ha avuto nel corso dello sviluppo e continua ad avere al momento attuale una relazione simbiotica patologica. L'elemento patologico di questa simbiosi sta nel fatto che si rialimentano la sottomissione e la dipendenza con l'impoverimento della personalità, senza che tale dipendenza gli possa servire per svilupparsi, o per evolversi e arricchirsi. Lo sforzo tecnico tende ad elaborare una simbiosi che sia diversa da quella patologica in cui si è strutturata questa personalità, e può essere diversa se è una simbiosi per il paziente e non per il terapeuta: è quest'ultimo che deve "uscire" controtransferalmente dalla riproduzione della simbiosi patologica nella situazione terapeutica.

Applico il termine di "simbiosi" a quei casi in cui fra due o più persone si è stabilita una stretta interdipendenza che nello schizofrenico è generalmente "muta", cioè sembra non esistere. Quello che appare manifesto e significativo è l'autismo nella sua accezione di predominio della vita interiore (con perdita del senso della realtà e pensiero dereale) o di distacco e/o ritiro dalla realtà.

Studiando i precedenti o l'evoluzione di persone in cui si è prodotta una disgregazione schizofrenica, trovo che si tratta di individui che hanno



avuto una forte dipendenza simbiotica (a volte molto nascosta), un grande restringimento dell'Io, e per i quali la disgregazione psicotica si verifica quando manca o viene meno il depositario simbiotico (una persona, il gruppo familiare, eccetera).

Come nel caso dello schizofrenico o del paziente nel periodo anteriore alla disgregazione psicotica, la simbiosi risulta pericolosa (benché necessaria) per molti motivi, e quindi il soggetto si ritira (è questa una delle due forme di autismo che abbiamo visto). Questo ritiro autistico può anche essere - come ho detto - un'altra delle condizioni cliniche che precedono la disgregazione schizofrenica. Ma anche i pazienti clinicamente autistico-schizoidi mantengono in forma "muta" una relazione simbiotica (che molte volte si instaura con oggetti inanimati che controlla in maniera rigorosa). Così, *in ogni schizofrenico troviamo la coesistenza di autismo e di simbiosi.*

Strutturalmente questa è una variante espansiva dell'autismo e da un punto di vista dinamico l'autismo schizoide appare come una formazione reattiva della simbiosi. In questo modo, acquista un senso pieno la differenza fra autismo come isolamento e autismo come perdita del senso della realtà con pensiero dereale, poiché se clinicamente l'autismo e la simbiosi appaiono diversi (benché coesistenti) per quanto riguarda l'isolamento (presente nell'autismo e non nella simbiosi), essi non differiscono dal punto di vista strutturale: in entrambi vi è la mancanza o la perdita del senso della realtà con pensiero dereale.

Se esaminiamo più dettagliatamente il transfert dello schizofrenico - simbiosi patologica e autismo - vedremo che presenta una *mancanza di discriminazione* fra mondo esterno e interno, fra Io e oggetto, fra oggetti buoni e cattivi, eccetera. In realtà, non esiste per il soggetto né interiorità né esteriorità. Dobbiamo dunque concludere che nell'autismo (così come nella simbiosi) non vi è "un predominio della vita interiore", ma una mancanza di discriminazione fra mondo interno ed esterno, e che in esso non vi è nemmeno una perdita del senso della realtà, bensì la costruzione di un "proprio" senso della realtà diverso dal nostro.

Possiamo ora ritornare alle affermazioni citate all'inizio (di Bleuler) e osservare che l'autismo non presenta caratteristiche di predominio della vita interiore e di perdita del senso della realtà, perché quello che predomina non è la vita interiore, ma un'organizzazione che non è né interna né esterna o, meglio, in cui l'interno non è separato o discriminato dall'ester-

no; vediamo altresì che non si tratta nemmeno di perdita del senso della realtà, ma di un *altro* senso della realtà.

Questo fenomeno, per il quale ho adottato il termine di sincretismo, può apparire come confusione, ma soltanto per l'osservatore e non per il paziente: è essenzialmente su questo punto che la mia opinione diverge dalle enunciazioni di Rosenfeld al riguardo.

Rosenfeld ipotizza che questa indifferenziazione che ho denominato sincretismo sia confusione e si produca per identificazione proiettiva. Fermo restando che sincretismo non è confusione, ammetto il predominio di tale meccanismo; tuttavia, sostengo anche l'esistenza nella schizofrenia di un sincretismo che non si produce per identificazione proiettiva, ma che è il residuo di un'organizzazione della personalità che non si è evoluta (ad esempio, nella dipendenza o simbiosi antecedente, o anche posteriore, alla disgregazione psicotica). Nella restituzione psicotica si produce un'agglutinazione che si manifesta con la comparsa di quelli che Bion denominò oggetti bizzarri. In base alle considerazioni qui esposte questa agglutinazione è anche un fenomeno sincretico che ho descritto come Nucleo Agglutinato.

Il disturbo dello schizofrenico consiste nel fatto che non è arrivato alla dissociazione (*splitting*) normale corrispondente alla posizione schizoparanoide e si mantiene dunque molto dipendente, senza discriminazioni, cioè nel sincretismo (in quella che ho denominato posizione glischro-carica). Un altro disturbo è una conseguenza del fatto che quando questa dipendenza fallisce (nel mantenimento del depositario) si può produrre uno *splitting* patologico (la disgregazione schizofrenica) che neppure porta alla discriminazione, e da cui può derivare una restituzione psicotica come tentativo di ritorno al sincretismo (ma di carattere diverso: l'agglutinamento).

Chiariremo questo quadro sulla base di considerazioni di ordine semantico e clinico: il termine "simbiosi" deve essere usato per indicare l'interdipendenza fra due o più persone. Lo schizofrenico riesce, in questo senso, a raggiungere una simbiosi patologica (prima o dopo la disgregazione) che di solito è deficitaria; in tal caso dobbiamo parlare di dipendenza patologica, che si instaura nei casi di utilizzazione dell'altro come depositario (è la condizione della terapia psicoanalitica). Tuttavia, nella simbiosi dello schizofrenico si verificano per lo meno tre fenomeni diversi: una simbiosi per identificazione proiettiva, che venne studiata dalla scuola kleiniana; una simbiosi per organizzazione del Nucleo Agglutinato, che può coesistere con la

precedente o farne parte; in terzo luogo, una simbiosi per persistenza di una fusione primitiva o per regressione verso tale condizione, in cui non esistono né proiezione né introiezione, né mondo esterno né mondo interno, né Io né oggetto, eccetera. Pertanto, siamo ora in grado di chiarire che se per transfert si intende la proiezione o lo spostamento di un oggetto interno (parziale o totale) su un oggetto della realtà, il transfert psicotico non ha propriamente queste caratteristiche, così come deduciamo dalle modalità della relazione simbiotica che vediamo stabilirsi nel rapporto terapeutico.

Il termine "autismo" deve essere applicato alle situazioni cliniche di ritiro con perdita del contatto e del senso della realtà. I pazienti autistici tendono sempre a stabilire una dipendenza o una simbiosi patologica anche in forma latente o non apparente, ma soprattutto preverbale. D'altra parte l'autistico schizoide ha, in questo modo, anche un "suo" proprio senso della realtà.

Il termine "sincretismo" designa una struttura in cui non esiste discriminazione (non si è stabilita la posizione schizoparanoide). Quando questa indifferenziazione è quella delle prime tappe della vita o un residuo di essa, la denomiho *struttura sinciziale*. Il sincretismo può trovarsi tanto nella simbiosi patologica quanto in quella normale, nella restituzione psicotica, mentre la struttura sinciziale è presente normalmente all'inizio dello sviluppo della personalità e in un certo tipo di simbiosi (o in una parte di essa), che non si stabilisce quindi per identificazione proiettiva.

Sia l'autismo che la simbiosi dello schizofrenico hanno una struttura sincretica. Essi si differenziano per l'ampiezza o la restrizione del sincretismo, che dipende dalle probabilità di ottenere o meno dei depositari. In tutti i casi di schizofrenia i depositari non vengono considerati né riconosciuti come persone, ma solo come depositari (può trattarsi anche di cose). La persona dell'altro non esiste come tale: è "cosificata".

M. Mahler ha proposto di distinguere le psicosi autistiche dalle psicosi simbiotiche. Tale differenza non sussiste per le disgregazioni psicotiche. In quanto tali, queste possono derivare da un autismo o da una simbiosi (clinici) precedentemente insorti, ma in esse il bambino autistico non può venire differenziato da quello simbiotico se non in base a un'indagine dei precedenti, come dice chiaramente - fra gli altri - Geleerd. Il termine "psicosi autistica" deve essere utilizzato quindi per l'autismo infantile di Kaner. Quando si parla di psicosi simbiotica ci si riferisce generalmente alla

disgregazione psicotica ossia alla rottura di una dipendenza simbiotica previa. A mio giudizio, poiché non vi è differenza fra autismo e simbiosi quando si è prodotta la disgregazione, la definizione di psicosi simbiotica deve essere applicata alle relazioni simbiotiche o alle dipendenze patologiche molto intense con grandi limitazioni dell'Io, con predominio del sincretismo o della struttura sinciziale. Non è in se stessa schizofrenia, ma può essere la sua condizione previa e al tempo stesso una difesa contro la disgregazione schizofrenica.

Sia l'autismo che la simbiosi (o la dipendenza dello schizofrenico) possono insorgere prima o dopo una disgregazione schizofrenica o senza che questa compaia mai. In tal senso, quelle che chiamo psicosi simbiotica e autistica possono sfociare o meno in schizofrenia, ma di per sé non lo sono. La schizofrenia richiede uno *splitting* patologico. Senza arrivare agli estremi della psicosi autistica o simbiotica, il fenomeno del sincretismo o la struttura sinciziale possono trovarsi anche in altre manifestazioni cliniche. Bisogna inoltre tener conto del fatto che l'autismo e la simbiosi sono normali nel corso dello sviluppo. Desidero sottolineare, tuttavia, che spesso osservo come la disgregazione schizofrenica si manifesti non in pazienti autistici, ma in pazienti clinicamente simbiotici, fatto già segnalato da Fairbairn. La schizofrenia deriva da una frammentazione (*splitting*) patologica, insufficiente a strutturare la divisione schizoide della posizione schizoparanoide. Frequentemente noto anche che vengono diagnosticati come schizofrenia simplex dei quadri clinicamente simbiotici con forti restrizioni dell'Io.

Questi possono a volte migliorare in seguito a una disgregazione, come se questa fosse la condizione necessaria per arrivare alla discriminazione della posizione schizo-paranoide. French e Kasanin hanno studiato il fenomeno in base al quale una disgregazione psicotica "può essere un episodio transitorio fra il processo di emancipazione da un metodo antico di adattamento e il processo di apprendimento di uno nuovo".

Sono giunto anche alla conclusione che si deve sostituire il termine "narcisismo" con quelli di "struttura sinciziale" e "sincretismo". Benché essi clinicamente si possano sovrapporre per molti aspetti, l'adozione di questa terminologia presenta i seguenti vantaggi: 1) "struttura sinciziale" e "sincretismo" hanno una chiara definizione clinica e non rimandano a una metapsicologia, senza la quale mantenere il termine "narcisismo" non ha senso e può portare a confusioni; 2) quest'ultimo termine ha condotto a designa-

re fatti clinici opposti (come, ad esempio, la mancanza di transfert e l'esistenza di un transfert narcisistico); 3) in base a quanto abbiamo osservato, i concetti di struttura sinciziale e sincretismo ci permettono una più ampia prospettiva clinica (che qui ho limitato al caso della schizofrenia).

BIBLIOGRAFIA

- BION W.R., *Differentiation of the Psychotic from the Non Psychotic Personalities*, Int. J. Psychoanal., 1957, 38, 3-4.
- BLEGER J., *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967.
- BREGEA J., *El concepto de psicosis*, Revista de Psicoanál., 1971, 28, 1.
- BLEULER E., *Dementia Praecox of the Group of Schizophrenias* (1911), New York, Internat. Univ. Press, 1959.
- FAIRBAIRN W.R.D., *The War Neuroses*, in "Psychoanalytic Studies of the Personality", Tavistock Publ., Londra, 1950. Trad. it.: *Studi psiconaliti sulla personalità*, Boringhieri, Torino.
- FRENCH T.M. - KASANIN J., *Un estudio psicodinámico de la recuperación de dos casos de esquizofrenia*, Revista de Psicoanál., 1944, 1, 4.
- FREUD S., *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)*, 1910, in O.S.F., Vol. VI, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Prefazione a "La psicologia dei sogni a occhi aperti" di J. Varendonck*, 1921, in O.S.F., Vol. 9, Boringhieri, Torino.
- FROMM REICHMAN F., *Problemas de transferencia en los esquizofrénicos*, Revista de Psicoanál., 1947-48, 5, 2.
- GELEERD E.R., *Borderline States in Childhood and Adolescence*, Psychoanal. Study Child., 1958, 13.
- KANNER L., *Psiquiatría infantil*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- MAHLER M., *On Childhood Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychosis*, Psychoanal. Study Child., 1952, 7.
- MAHLER M. - FURER M. - SETTAGE C.F., *Severe Emotional Disturbance in Childhood: Psychosis*, in Arieti S., "American Handbook of Psychiatry", New York, Basic Books, 1959.
- MINKOWSKI E., *La esquizofrenia*, Paidós, Buenos Aires, 1960.

- PICHON-RIVIÈRE E., *Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos*, Revista de Psicoanál., 1961, 18, 2.
- RAPAPORT D., *Organization and Pathology of Thought*, New York, Columbia Univ. Press, 1959.
- ROSENFELD H.A., *Psychotic States*, Hogarth Press, Londra, 1965. Trad. it.: *Stati psicotici*, Armando, Roma.
- SEARLES H., *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Hogarth Press, Londra, 1965. Trad. it.: *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri, Torino, 1974.

La differenziazione netta fra queste due strutture, e le relazioni fra l'una e l'altra, non sono state ancora ben determinate dal punto di vista clinico e dinamico nell'esperienza psicanalitica. Non intendendo fare qui una storia di questa problematica, si ritornerà all'articolo di Widom che tratta la luce con estrema chiarezza le nuove scarse conoscenze della metapsica sulla quale si fonda la nuova psicanalisi: l'isteria.

Nel corso della nostra esperienza, abbiamo spesso constatato come, approfondendo lo studio di tali strutture sotto l'aspetto psicanalitico, le differenze si cancellino e quello che clinicamente era stato definito una conversione isterica finisce col non distinguersi dall'ipochondria. È su questo argomento specifico che ora vogliamo soffermarci. L'isteria è caratterizzata sommarariamente dalla conversione, cioè - dal punto di vista kleiniano - dal controllo sul corpo di un oggetto parziale (oggetto cattivo) mediante una dissociazione perfettamente stabile, che corrisponde ad una divisione schizoide ben configurata, cosicché l'io possa mantenersi a una certa distanza dal sistema convertito (*dehix indifférence*), dal livello delico dell'organizzazione e dai contenuti edipici incestuosi di questa.

Nell'ipochondria il corpo è depositario di un nucleo oggettivo (1), il che significa che non si tratta di un oggetto parziale, ma di un nucleo indi-

\* Questo lavoro costituisce un capitolo di un libro inedito sulla psicanalisi psicanalitica. La sua pubblicazione nella rivista *Langage de Psicanalyste* (1973) è stata espressamente autorizzata da Lily S. Singer.

(1) Per Rosenfeld l'ipochondria si struttura come difesa di fronte a nuclei incestuosi.

JOSÉ BLEGER

#### 4. CONVERSIONE ISTERICA E IPOCONDRIA\*

La differenziazione netta fra queste due strutture, e le relazioni fra l'una e l'altra, non sono state ancora ben determinate dal punto di vista clinico e dinamico nell'esperienza psicoanalitica. Non intendendo fare qui una storia di questa problematica, ci atteniamo all'articolo di Wisdom che mette in luce con estrema chiarezza la nostra scarsa conoscenza della malattia sulla quale si fonda la stessa psicoanalisi: l'isteria.

Nel corso della nostra esperienza, abbiamo spesso constatato come, approfondendo lo studio di tali strutture sotto l'aspetto psicoanalitico, le differenze si cancellino e quello che clinicamente era stato definito una conversione isterica finisca col non distinguersi dall'ipocondria. È su questo argomento specifico che ora vogliamo soffermarci. L'isteria è caratterizzata sommariamente dalla conversione, cioè - dal punto di vista kleiniano - dal controllo nel corpo di un oggetto parziale (oggetto cattivo) mediante una dissociazione perfettamente stabilita, che corrisponde ad una divisione schizoide ben configurata, cosicché l'Io possa mantenersi a una certa distanza dal sintomo conversivo (*belle indifférence*), dal livello fallico dell'organizzazione e dai contenuti edipici incestuosi di questa.

Nell'ipocondria il corpo è depositario di un *nucleo agglutinato* (1), il che significa che non si tratta di un oggetto parziale, ma di un nucleo indi-

\* Questo lavoro costituisce un capitolo di un libro inedito sulla psichiatria psicoanalitica. La sua pubblicazione nella *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (1979) è stata espressamente autorizzata da Lily S. Bleger

(1) Per Rosenfeld l'ipocondria si struttura come difesa di fronte a nuclei confusionali.

scriminato (1); il clivaggio o la separazione dell'Io non sono così ben delineati come nell'isteria, di conseguenza si sovrappongono altre difese quali l'autosservazione, la preoccupazione e il lamento.

Sebbene questa caratterizzazione dei due quadri sia tuttora valida, nello studio approfondito di una conversione isterica ci è capitato di trovare la stessa struttura del nucleo agglutinato, cosicché sorgevano dei dubbi sulla correttezza della diagnosi, ed erano tali da indurci addirittura a dubitare che la conversione isterica esistesse realmente.

La conclusione a cui siamo giunti, e che vogliamo qui rendere nota, è la seguente: sia nella conversione isterica che nell'ipocondriaca vi è il controllo di un nucleo agglutinato che si tenta di mantenere lontano dall'Io perché questo non sia perturbato dalla disorganizzazione psicotica. Ma mentre nell'ipocondriaca il nucleo agglutinato è in primo piano, nella conversione isterica si verifica un altro fenomeno che denominiamo *formazione piriforme* e che consiste in questo: il nucleo agglutinato rimane mascherato e in secondo piano per la sovrapposizione di un livello fallico, di un oggetto parziale e di una tematica edipica incestuosa, di modo che l'insieme assomiglia a una specie di imbuto o pera, la cui punta, formata dalla conversione, è quello che vediamo in primo piano nella conversione isterica, mentre la "bocca" o base è costituita dal nucleo agglutinato.

Non stiamo parlando qui del frequente fenomeno per cui una stessa persona presenta manifestazioni convertive isteriche ed è un'ipocondriaca in altri aspetti della personalità. Il fatto è che l'approfondimento dell'analisi di una sintomatologia convertiva isterica di primo piano dimostra che questa nasconde una struttura ipocondriaca. In base al materiale esaminato e alla costanza del fenomeno arriviamo a pensare che questa sia la struttura permanente della conversione isterica.

Lo schema originario relativamente semplice presentato inizialmente da Freud e rimasto pressoché invariato nel corso degli anni, in base al quale la conversione isterica appartenerrebbe al livello o alla fase fallica con un contenuto sessuale edipico incestuoso, era già stato messo in discussione da altri autori, secondo i quali nella conversione isterica sarebbero invece attivi e operanti i livelli orali (Rangel, Marmer, eccetera).

(1) M. BARANGER e altri lo denominarono in seguito "cisti ipocondriaca".



Ora vediamo che queste riserve sul livello fallico "puro" hanno le loro ragioni di essere e le loro giustificazioni. Sappiamo, tuttavia, che il problema è ancora più complesso e non riguarda unicamente l'inserimento della fase dei livelli orali, ma anche contenuti anali, oggetti parziali, parti del mondo esterno, oggetti interni, eccetera, il tutto mal discriminato e per di più compresso o agglutinato come il nucleo agglutinato da me descritto.

La conversione isterica, con livelli più maturi e più sviluppati di integrazione, permette, mediante un "organizzatore" che altro non è che la sessualità, di presentare questo come il piano più visibile e nel contempo fa sì che il nucleo agglutinato venga controllato da tale organizzatore. Intendo dire che la conversione isterica corrisponde al piano del rapporto interpersonale con oggetti parziali, mentre la parte della personalità coinvolta nell'ipocondria propriamente detta, o nell'ipocondria a organizzazione piriforme, corrisponde alla socialità sincretica che è caratterizzata da una mancanza di discriminazione (in questo nucleo) fra l'Io e l'oggetto interno e il depositario o mondo esterno. In altri termini, nella conversione isterica avremmo due piani, quello del rapporto interpersonale e quello delle identificazioni, caratterizzati dal fatto che il primo organizza e nasconde il secondo; l'ipocondria invece presenta un unico piano, quello delle identificazioni.

L'incesto, la sessualità e il livello fallico si configurano come organizzatori, nel senso che funzionano come un "aneddoto" o una "spiegazione" molto meno complessa per il soggetto stesso; in tal modo l'Io si trova di fronte a una problematica definita (l'incesto edipico) ed evita di sentirsi minacciato dal nucleo agglutinato e dal conseguente pericolo di una disgregazione psicotica. L'incesto sarebbe così "il romanzo" che il paziente si inventa per mantenere organizzato il suo panico di fronte alla disgregazione psicotica con cui lo minaccia il nucleo agglutinato. "L'incesto è in fondo il romanzo che mette ordine nel caos" (Corin), dato che il tratto caratteristico del nucleo agglutinato è l'indiscriminazione, che per l'Io costituisce indubbiamente una situazione caotica. Da questo punto di vista la conversione isterica è un compromesso vantaggioso, sempre che sia possibile organizzare il livello fallico incestuoso.

Norma, una venticinquenne nubile, paziente di un gruppo terapeutico, aveva come precedenti un confuso episodio di tentato suicidio mediante ingestione di ansiolitici, avvenuto poco dopo un cambiamento di domicilio

dei suoi genitori, entrambi insegnanti elementari, che si erano trasferiti nella capitale. Iniziò il trattamento perché si sentiva bloccata di fronte a un esame di dattilografia, materia in cui peraltro riusciva molto bene. Nel corso di una seduta la paziente si dilungò a raccontare che il suo fidanzato, Riccardo, la correggeva sempre e trovava sbagliato tutto quello che lei diceva. In quel momento il terapeuta le chiese qual era la professione di suo padre, al che lei rispose che faceva il maestro, e mentre rispondeva apparve sul suo volto un'espressione turbata, segno che aveva tacitamente inteso l'analogia fra Riccardo e il padre, che vedeva come due maestri (o uno solo) che la correggevano continuamente.

Alla seduta successiva si presentò in pantaloni, dicendo che li doveva portare perché aveva un'eruzione alle gambe. Aggiunse che si era sentita molto inquieta dopo l'interpretazione che, nella seduta precedente, le aveva dato l'analista riguardo alla professione di suo padre per farle capire che anche Riccardo si stava comportando con lei come un maestro, e si rivolse al terapeuta in questi termini: "Lei con la sua interpretazione non mi ha fatto dormire, e ora con questa eruzione devo coprirmi le gambe, che invece mi piace tanto mostrare. Il resto della giornata lo passo a letto perché non voglio uscire in questo stato, e oltre tutto non mi piace portare i pantaloni".

L'eruzione venne interpretata come una conversione isterica, dovuta al fatto che l'analista aveva fuso due immagini che lei aveva mantenuto dissociate (quella del padre e quella del fidanzato). Il suo rapporto con quest'ultimo, in conseguenza di tale fusione, era diventato incestuoso e aveva dovuto perciò venire represso con una conversione localizzata sulla superficie della pelle di quella zona erogena che erano per lei le gambe.

Sogno posteriore alla seduta. Fin qui la situazione di conversione isterica è lineare o comunque molto chiara, ma continuando l'analisi appare subito evidente che questo è soltanto il punto culminante di un'organizzazione piriforme e che la "bocca" dell'imbuto è molto più complicata. Così, nella seduta seguente, Norma racconta di aver fatto un sogno e nello stesso momento fa il gesto di portare le mani al collo lasciando capire che il sogno le procura un senso di soffocamento, e dice: "Questo sogno mi opprime; inizia che io cerco disperatamente di vedere Riccardo (il fidanzato) ma finisce senza che sia riuscita a vederlo. Ho dormito un po' nel pomeriggio, ho fatto un sogno venti minuti prima dell'appuntamento e quando mi sono sve-

gliata ero fuori del tempo, non avevo la più pallida idea né dell'ora, né del giorno della settimana, né del periodo in cui vivevo".

Immediatamente associa questo con il fatto che il padre acconsente con estrema facilità a tutto ciò che lei desidera e che spesso le dice: "Io sogno te e tu sogni me". E la paziente prosegue: "Nel sogno dicevo che si stava facendo tardi; nella realtà non lo dico mai. Papà nel sogno mi diceva che mi avrebbe accompagnato lui, ma gli avevano rubato l'automobile. Questo lo associo con l'automobile che hanno rubato a mio zio la settimana scorsa. Voglio precisare che l'azienda in cui lavora mio padre lo ha assunto proprio perché ha la macchina, perché usi la macchina nella promozione di libri; in realtà non li vende, ma li dà in omaggio agli insegnanti nelle diverse scuole, e offrirli in omaggio è la pubblicità migliore perché i maestri poi li raccomandano ai loro alunni".

"Nel sogno - l'auto rubata è una Fiat - gli diedero una Ford vecchia ma molto ben conservata. Non so perché mi viene in mente che la mamma compie gli anni domani. Nel sogno anziché portarmi da Riccardo mi portarono in uno spiazzo da un commissario di polizia. Com'è irrazionale tutto questo. Nel sogno guidava lui e non mio fratello come al solito; io mi disperavo e loro erano così tranquilli. Quando arrivammo al commissariato era tutto buio, eravamo partiti quando faceva chiaro e le luci erano spente; io volevo scendere, ma ero circondata da aggressori e non potevo andarmene da sola. Papà mi aprì lo sportello, scesi e le luci si accesero, da lì mi diressi verso un treno che terminava in una stazione di metropolitana; lui mi accompagnava, ma molto adagio e con tre signore che mi infastidivano molto. Mi svegliai alquanto angosciata, con un senso di oppressione al collo; ricordo che Riccardo mi disse che è lui la realtà e che lui mi tirerà fuori di lì, riferendosi alla mia famiglia, e mi diede da leggere *Werther* di Goethe. È la storia di un suicidio".

Per comprendere meglio questo sogno dobbiamo tener conto ora di alcuni precedenti di questa paziente. Si tratta di una persona fortemente dipendente dai genitori e con tratti di carattere infantili. A un dato momento comincia ad avere frequenti litigi con i suoi, ai quali si oppone nel tentativo di trovare la propria identità e di uscire dal gruppo familiare. Ha un primo fidanzato che è di un'altra religione e che i suoi non vogliono accettare, ragion per cui tenta di ribellarsi all'organizzazione dell'endogruppo. Il suo secondo fidanzato ha quattordici anni più di lei; si tratta di una relazione

esclusivamente sessuale portata avanti con molto distacco, nella quale compaiono le caratteristiche di un ritorno alla relazione edipica, ma la sessualità rimane dissociata dal suo rapporto con il padre. Il suo terzo fidanzato è un proprietario terriero della Patagonia, con il quale mantiene una relazione carente di erotismo, per cui il suo ritorno alla dipendenza paterna avviene più intenso e desessuato. Il suo quarto fidanzato, quello attuale, è fortemente superegoico, la rimprovera sempre e la corregge in tutto quello che fa. Sembrava che la relazione con lui fosse più di tipo esogamico, ma questo tratto paterno del suo attuale fidanzato era rimasto totalmente dissociato. Quando l'analista le fa notare che anche il rapporto con Riccardo è contaminato dalla relazione incestuosa con il padre compare la conversione isterica.

La sua conversione isterica rientra dunque in un conflitto molto più vasto che è quello della lotta per la sua indipendenza e per il passaggio dall'endogrupo all'esogrupo, che si blocca quando il conflitto edipico contamina le relazioni con l'esogrupo. In questa drammatica lotta per la sua indipendenza e la sua personificazione sogna il mondo esterno come un nido di vipere avidi e il mondo interno completamente vuoto. Il suo conflitto fra la dipendenza e l'indipendenza, fra l'endogrupo e l'esogrupo, così come il conflitto femminilità-mascolinità, fra identificazioni maschili e femminili, appaiono sovrapposti anche nella somatizzazione. L'eruzione si manifesta in una zona in cui manca, psicologicamente, la delimitazione fra mondo esterno e mondo interno, o in cui questi sono sovrapposti.

Nel sogno che abbiamo raccontato Riccardo, il suo fidanzato, non esiste più, ma figurano invece il padre e il fratello. Il sogno appare fuori del tempo, come una sovrapposizione del presente e del passato, ancora una volta come una contaminazione edipica nei confronti del padre ("tu sogni me e io sogno te"). È il padre che l'accompagnerà in macchina, ma gliel'hanno rubata. La comparsa di una Ford vecchissima e l'immediata associazione con il compleanno della madre costituiscono un sintomo, confermato da altre manifestazioni, della sua forte apprensione e del terrore che i suoi genitori muoiano man mano che lei diventa adulta e va accettando la sua sessualità e la sua indipendenza. Compaiono anche delle componenti persecutorie (gli aggressori). Con il riferimento al *Werther* di Goethe e al suicidio, fanno la loro comparsa ancora una volta delle fantasie di morte. Se lei cresce i suoi genitori muoiono. Il conflitto non si presenta dunque

esclusivamente come un problema incestuoso di livello fallico, ma in quest'ultimo confluiscono anche i conflitti fra la sua crescita e la sua indipendenza da un lato, e la sua dipendenza e l'immobilizzazione del suo terrore della morte dall'altro.

Dopo questo sogno la paziente rimane una settimana a letto con l'influenza e l'eruzione cutanea persiste. Quando riprende le sedute porta ancora i pantaloni e racconta il seguente sogno: "Mentre ero ammalata ho fatto dei sogni che mi hanno terrorizzato. Me ne ricordo uno in particolare: c'era un esserino malformato, o non ancora formato del tutto, che non aveva né sesso né bocca, stava appeso ad un albero e non poteva parlare. La gente del posto mi diceva che a quella creatura nessuno voleva bene, non l'amavano né la nutrivano, anche se era rotonda come se fosse grassa; doveva riuscire a sopravvivere da sola, nessuno le voleva bene. Io mi avvicinai, lui mi tese la mano, mi spaventai, mi svegliai, per poco non caddi dal letto". E la paziente fa un'associazione immediata: "Ricordo che quando cominciai ad avere rapporti sessuali fu tutto troppo improvviso, troppo rapido. Rimasi incinta e credo che questo bambino avrebbe dovuto nascere nel novembre del '69; non ho mai perdonato a me stessa la mia noncuranza e la mia imprudenza. Se all'epoca i miei genitori non se ne resero conto fu perché non vollero rendersene conto (si riferisce all'interruzione di quella gravidanza). Incominciai ad avere rapporti sessuali con il mio secondo fidanzato e ricordo che morirono uno zio a cui volevo molto bene, un parente e un altro zio; fu un anno pieno di morti. Non ho avuto quel figlio, ma per me compie gli anni in questo periodo, a novembre. So, del resto, che è tutto così assurdo. Mentre ero a letto con attacchi di vomito è sparita l'allergia; adesso invece mi è ritornata, ma in forma molto più leggera (si riferisce all'eruzione alle gambe). Penso che smetterò di usare i pantaloni. Ricordo che a novembre, quando avrebbe dovuto nascere il bambino, ebbi una crisi di colite che assomigliava a un parto".

Un precedente importante nella vita di questa paziente è costituito dal fatto che il suo mondo si è dovuto limitare al nucleo familiare (padre, madre e fratello) dato che per la professione dei suoi genitori si è trovata a dover cambiare spesso domicilio. A questo proposito, lei si lamentava sempre che non aveva mai potuto farsi delle amiche, cosa che continua tuttora a ripetere, e raccontava che nel Chaco, dove aveva trascorso il primo periodo della sua infanzia fino a sei anni, si era fatta molti amici, ma che poi

erano incominciati i cambiamenti e da allora non era più riuscita a stringere amicizia con gente della sua età.

L'importanza che per questa persona ha avuto ed ha il nucleo familiare come gruppo di appartenenza e di identità, così come l'importanza dei limiti del proprio corpo, deve essersi incrementata in rapporto ai cambiamenti di domicilio e di località. Il gruppo familiare è anche il limite esterno della sua pelle e questo spiegherebbe in parte la scelta della conversione isterica, nel senso che quando lei tenta di separarsi dal suo gruppo familiare o di individualizzarsi è sulla pelle che si manifesta l'eruzione.

Interpretazione del secondo sogno. Non ha bocca né sesso. Il bambino appeso non riceve affetto. È lei che si identifica con questo bambino, con il suo stesso feto distrutto e abortito; ma è lei invasa anche dal pensiero dei tre zii morti e dall'odio che prova contro i suoi genitori perché non si sono presi cura di lei. Non si sono presi cura di lei né quando ha avuto i primi rapporti sessuali né quando ha abortito; in altre parole, "non le hanno teso la mano".

Il bambino appeso è sovrapposto anche al pene, che non si può toccare. Nella sua gravidanza e nel conseguente aborto si possono vedere un disperato tentativo di andare verso l'esogruppo e il fallimento di questo tentativo, rappresentato dal ritorno all'endogruppo. Il suo aborto, rappresentato a un dato momento da coliche che nella sua fantasia ha associato a un parto, si sovrappone anche a tutte le circostanze in cui lei è stata abortita: tutte le volte in cui ha dovuto traslocare e quindi abbandonare completamente le sue amicizie. Il bambino appeso che non ha né sesso né bocca è la rimozione a cui si è vista costretta, rimozione della sua sessualità e della bocca che non può parlare: innanzitutto il sadismo orale. L'attività sessuale, la gravidanza e l'aborto in questa paziente sono vere e proprie azioni psicopatiche con cui ha tentato di controllare la disorganizzazione della dipendenza simbiotica, ossia il disordine del nucleo agglutinato. La domanda dell'analista, che funge da interpretazione mettendo in luce il carattere paterno del suo fidanzato, fa sì che, di tutto questo insieme di fattori incorporati nel nucleo agglutinato, il fattore incestuoso e il livello fallico si staccino da esso e formino l'infundibolo del primo piano, il più manifesto, di tale nucleo agglutinato, la cui totalità rimane in un secondo piano.

Esiste anche una mancanza di discriminazione e una sovrapposizione fra gli orifici, dal momento che questa paziente sovrappone e assimila l'aborto alla colite e alla coprolalia nei periodi in cui è irritata con i suoi genitori.

Cristina è una giovane paziente in trattamento psicoanalitico da alcuni anni. Inizia una seduta dicendo che ha fatto un sogno: "Ero a casa della vicina, nell'appartamento di fronte. Stavo mangiando chicchi di caffè che associo con i "Kellog's" perché sono croccanti. Avevo la sensazione di essere lì clandestinamente e mi sentivo osservata. Dalla finestra mi guardava un uccellino colorato che è entrato e ha cominciato a beccarmi la testa, mi faceva male e mi dava fastidio; in quel momento l'ho afferrato con le mani e avevo voglia di strangolarlo. Tornavo per il corridoio di casa mia e cercavo l'ufficio di Coco (suo marito). Mi rendevo conto che era assurdo cercarlo nel palazzo. Ho incontrato un uomo vecchio, magro, brizzolato ed elegante, che camminava curvo toccando le pareti e mi sono accorta che, a causa di certi dolori al ventre, stavo camminando come lui. Tentavo di raddrizzarmi e la sensazione di sembrare vecchia mi infastidiva. Stavo guardando lo spettacolo che davano al 'Maipo' (1): per non dover ripetere continuamente la scena l'avevano filmata; la proiettavano e io vedevo le ragazze in bikini che ballavano. Mi sono svegliata con dei dolori al ventre come nel sogno".

Qui abbiamo in un primo piano una conversione isterica: l'uccellino che le becca la testa è la sua inquietudine riguardo a una gravidanza, al desiderio e al timore di rimanere incinta che la preoccupano costantemente. Il fatto di afferrare l'uccellino e strangolarlo costituisce la rimozione; i dolori al ventre rappresentano la conversione isterica. L'uccellino che le becca la testa sono le sue preoccupazioni, nonché il pene e la gravidanza che lei desidera e teme. L'uccellino è un nucleo agglutinato ipocondriaco.

In altre parole, quello che non viene tollerato a livello mentale (preoccupazione riguardo alla gravidanza, al pene, alla sessualità e altre paure) viene "strangolato", rimosso, e compare la conversione.

Tuttavia, l'analisi di questo sogno rivela un livello di complessità molto maggiore. La paziente sta passando un periodo in cui vive nella costante attesa di rimanere incinta. Il fatto di essere in casa della vicina, nell'appartamento di fronte, nel sogno rappresenta il suo corpo e il corpo della vicina rappresenta quello di sua madre; per poter essere madre sogna di essere un'al-

(1) Teatro di rivista di Buenos Aires (n.d.t.).

tra, e di risolvere così la simbiosi con sua madre. I chicchi di caffè sono la rappresentazione di contenuti anali con l'incorporazione del pene, del feto e anche di una distruzione (i biscottini croccanti).

L'intero processo è estremamente pericoloso per il carattere contraddittorio e complesso del nucleo agglutinato, e il suo Io è vigile e osserva.

Su questa base si organizza il livello edipico e fallico mediante l'uccellino (pene-feto) che lei strozza; ma strozzando o rimuovendo la preoccupazione rimuove anche qualsiasi associazione con un figlio morto in un precedente aborto (tramite i suoi attacchi orali contro il figlio e quelli del figlio contro di lei), la sua paura che i genitori muoiano se lei rimane incinta, il suo timore che il padre abbia un cancro allo stomaco (vi è l'identificazione con quell'uomo "vecchio, brizzolato, magro ed elegante") e affiorano il panico di apparire vecchia e la paura di morire durante una gravidanza o un parto.

L'ultima parte del sogno è connessa all'attualizzazione di queste difese di fronte al nucleo agglutinato che, in un altro momento della sua vita, si caratterizzarono come esibizionismo e promiscuità sessuale. La paziente sta passando un periodo in cui desidera concepire un figlio, ma vive nel dubbio costante di non esserne capace a causa degli aborti avuti in anni precedenti. Vi è in lei una specie di coazione per cui la paura di essere sterile si risolve in una gravidanza, e questa in un aborto, e il timore della sterilità ricompare allora dopo ogni aborto come possibile conseguenza di quest'ultimo. Associa questo anche al fatto che non le piace il suo appartamento, che non ha finito di arredare e di cui rompe continuamente le pareti in una riparazione interminabile, che rappresenta il lavoro permanente che sta facendo nell'analisi con tutti i pericoli conseguenti.

In sintesi, troviamo in questa paziente lo stesso tipo di organizzazione: in un primo piano una conversione isterica con caratteristiche falliche e edipiche incestuose, che però costituisce soltanto il culmine di un'organizzazione piriforme nella cui base si trova il nucleo agglutinato, cioè una sovrapposizione, un agglutinamento o un concentrato di identificazioni multiple, timori, perdite, sovrapposizioni di zone e di conflitti, eccetera.

Si tratta di una paziente di vent'anni profondamente dipendente dai suoi genitori che è entrata in analisi senza sapere perché, dicendo però che nella sua famiglia c'erano "molti problemi". Nel suo desiderio e nel suo timore della gravidanza, nel pene-feto-uccellino del sogno, rientrano anche



cinque aborti della madre, causati, secondo la paziente, dalla lacerazione dell'utero che lei, nascendo, le ha provocato e in seguito alla quale questa non ha più potuto avere figli.

Cristina si è attribuita costantemente la colpa di non aver fatto niente per unire i suoi genitori, che hanno finito col divorziare. Fin da giovanissima ha condotto una vita sessuale molto promiscua, che condivideva con la madre; si comportavano infatti come se fossero due sorelle. A volte rispondevano indifferentemente alle telefonate, e Cristina diceva: "Mi confondevo; non sapevo se ero io mia madre. A volte mi sento come se fossi io sua madre".

La paziente, all'inizio del trattamento, si sentiva totalmente disorientata, fuori posto e molto instabile; aveva sporadici dolori al basso ventre, soffriva di cefalea e di un'annessite contratta in seguito a un aborto, e aveva cominciato ad avere rapporti sessuali coattivi il giorno in cui aveva scoperto i rapporti sessuali di sua madre con un amante di 14 anni più giovane. Spesso i suoi racconti avevano un tono palesemente drammatico, che contrastava con il suo atteggiamento indifferente e disinvolto.

La sua annessite, come pure la sua preoccupazione per la presunta sterilità, erano di carattere nettamente ipocondriaco. Era indubbio il carattere confusionale tipico di questa paziente, e c'è da supporre che l'avanzare e il progredire dell'analisi abbiano favorito la comparsa di quei livelli di conversione isterica mediante l'azione del processo piriforme e la riduzione o limitazione della problematica sessuale edipica incestuosa estratta dal nucleo agglutinato. Oltre a tenere un comportamento sessuale promiscuo, intratteneva una relazione simbiotica con un'amica della sua età in un legame dalle caratteristiche omosessuali. Inoltre aveva, per molti anni, condiviso il letto con sua madre.

Non vi è alcun dubbio neppure sul carattere immaturo, dipendente e simbiotico di Cristina, né sul fatto che i livelli conversivi isterici che può utilizzare costituiscono dei livelli di integrazione più elaborati.

Nel caso di pazienti isterici e di pazienti con conversioni isteriche ci troviamo di fronte a persone estremamente dipendenti che riescono a stabilire un certo distacco fra l'intensa dipendenza e una determinata sfera in cui si muovono con relativa indipendenza. La paziente di cui abbiamo esposto il caso era concertista fino a due anni fa, quando cominciò a provare una forte inibizione che tuttora le impedisce di suonare il piano.

Fintanto che la dipendenza (e con essa il sincretismo concomitante) si mantiene ben "clivata" rispetto ai livelli meglio integrati della personalità, quest'ultima può raggiungere una certa evoluzione, ma quando questa stretta delimitazione viene superata, come è avvenuto in questa paziente, l'Io si vede schiacciato da un livello o da un'organizzazione estremamente complessa di oggetti sovrapposti e di ansie di diverso tipo, di parti del mondo esterno e del corpo, dell'Io, della realtà esterna, dell'eterosessualità e dell'omosessualità, di identificazioni femminili e maschili, di contenuti anali, orali e uretrali, di pulsioni libidiche e aggressive, eccetera.

Un modo per esercitare un controllo su questa disorganizzazione (che può giungere fino alla disorganizzazione psicotica o a un quadro confusionale) è l'ipocondria, ossia l'enucleazione di tutta questa organizzazione sincretica e la sua depositazione in un organo. Un'altra possibilità consiste in un'enucleazione mascherata, però, dai livelli meglio organizzati della personalità, che si muovono su un livello fallico e su una problematica edipica incestuosa. Quest'ultimo caso è quello della conversione isterica.

#### Riassunto

L'esperienza clinica mostra di frequente che a mano a mano che si approfondisce lo studio della conversione isterica e dell'ipocondria, ogni differenza scompare.

L'isteria è caratterizzata da una conversione che si può concettualizzare come il controllo nel corpo di un oggetto parziale (oggetto cattivo), mediante una dissociazione consolidata a tal punto che l'Io può mantenersi a una certa distanza dal sintomo convertivo.

L'ipocondria è caratterizzata dal fatto che il corpo è depositario di un *nucleo agglutinato*. Non si tratta di un oggetto parziale, bensì di un nucleo indiscriminato (cisti ipocondriaca). Il clivaggio o la separazione dell'Io non sono altrettanto consolidati che nell'isteria, di modo che si sovrappongono altre difese come l'auto osservazione, la preoccupazione e il lamento.

Nello studio della conversione isterica si è trovata la stessa struttura di nucleo agglutinato, al punto che questo ha generato dei dubbi sulla diagnosi.

Sulla base del materiale clinico si giunge alla conclusione che tanto nella conversione isterica quanto nell'ipocondria viene esercitato un controllo su un nucleo agglutinato nel tentativo di mantenerlo lontano dall'Io perché quest'ultimo non si senta perturbato dalla disorganizzazione psicotica. Mentre nell'ipocondria il nucleo agglutinato è in primo piano, nella conversione isterica si verifica un altro fenomeno, la *formazione piriforme*. Questa consiste nel fatto che il nucleo agglutinato rimane nascosto e in secondo piano per la sovrapposizione di un livello fallico, di un oggetto parziale e di una tematica edipica incestuosa, di modo che l'insieme assomiglia a una specie di imbuto, o pera, la cui punta è quello che vediamo, la conversione isterica.

La conversione isterica corrisponde al piano della relazione interpersonale con oggetti parziali, mentre quella parte della personalità coinvolta nell'ipocondria propriamente detta, o nell'ipocondria a organizzazione piriforme, corrisponde alla socialità sincretica caratterizzata da una mancanza di discriminazione - in questo nucleo - fra l'Io e l'oggetto interno e fra il depositario e l'oggetto esterno. La sessualità a livello fallico - l'Edipo come mito - fornisce al soggetto una "spiegazione" in maniera tale che l'Io si trova di fronte a una problematica definita (incesto), ed elude la minaccia del nucleo agglutinato e il pericolo della disgregazione psicotica.

JOSÉ BLEGER - NATALIO CVIK - BEATRIZ GRUNFELD

### 5. PERVERSIONI\*

Il concetto di perversione è strettamente legato ad altri due modelli concettuali che caratterizzano le perversioni in quanto aberrazioni o deviazioni il cui numero e tipo è in relazione agli istinti di cui si riconosce l'esistenza e che possono deviare o scostarsi dalla norma. Quegli autori che ammettono una pluralità di istinti intendono la perversione in un senso ampio che include per esempio la perversione dell'"istinto di conservazione", del "senso morale" (delinquenza), degli "istinti sociali" (prossenetismo), dell'"istinto di nutrizione" (bulimia, dipsomania); si definisce anche come perverso un carattere o un comportamento crudele o maligno. A questo proposito Laplanche e Pontalis (1) segnalano che l'aggettivo "perverso" è ambiguo in quanto corrisponde a due sostantivi: "perversità" e "perversione". Con il primo termine si designano la malignità, la crudeltà o la tendenza distruttiva proprie di determinati comportamenti. In psicoanalisi si parla di perversione soltanto in relazione alla sessualità: pur riconoscendo che esistono due istinti fondamentali, si ammette l'"aberrazione" per uno solo di essi, sia in base alla prima teoria degli istinti (sessuale-Io) che a quella posteriore (Eros-Thanatos).

Non si conoscono finora "perversioni dell'Io" o "perversioni dell'istinto di morte".

\* Pubblicato in "Minerva Psiquiátrica Argentina", I, 3, 1972 (versione 1971).

(1) LAPLANCHE J. - PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la Psychanalyse*, P.U.F., Parigi, 1967  
Trad. it.: "Enciclopedia della psicanalisi" Laterza. LAPLANCHE J. - PONTALIS J.B., *Sexologie-Lexicon*, Gonthler, Parigi, 1962.

In ogni caso, sia che si riconosca una pluralità di istinti sia che si vogliano limitare le perversioni a quelle sessuali (ammettendo per tutte come punto focale unicamente l'istinto sessuale), in tali sistemi la perversione è sempre concepita come deviazione o aberrazione dell'istinto. È questa la corrente di pensiero seguita sistematicamente anche da Freud, il quale considera la perversione una forma di sessualità deviata, rispetto o al suo oggetto o al suo fine, a causa della fissazione o della regressione dell'istinto agli stadi precedenti l'organizzazione genitale della sessualità.

In Freud (1) la perversione è sempre esclusivamente sessuale e viene studiata per se stessa: la perversione sessuale si ricollega a un istinto sessuale parziale. Essa si configura a sua volta come il fattore a cui si fanno risalire altri fenomeni patologici e come un parametro privilegiato della teoria psicoanalitica. Non presenteremo qui una sintesi delle successive elaborazioni di Freud sul ruolo delle identificazioni o della "scissione dell'Io" nel feticismo, tema che verrà trattato separatamente (2).

Quando in seguito si include l'istinto di morte nello schema psicoanalitico delle perversioni (in particolare in M. Klein) il quadro si complica ulteriormente, poiché allora i comportamenti distruttivi (perversità) e le perversioni non sarebbero più soltanto deviazioni o aberrazioni della sessualità, ma in essi interverrebbe anche l'istinto di morte (o la sua espressione, cioè il sadismo). È vero che secondo M. Klein le perversioni sessuali sono legate più all'aggressività e all'ansia che all'istinto sessuale; si potrebbe anzi affermare che nella concezione di questa autrice esse si caratterizzano come perversità.

Un'altra corrente di pensiero ha posto in relazione le perversioni con le psicopatie; autori come Kraft Ebing o Von Schrenk-Notzin le consideravano infatti come tali e anche secondo Fenichel (3) i perversi e i nevrotici impulsivi non sono dei nevrotici, ma degli psicopatici; tuttavia tale caratte-

(1) FREUD S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905, in O.S.F., vol. IV, Boringhieri, Torino.

(2) Parallelamente a questo lavoro collettivo, ne sono stati realizzati altri tre di individuali (non ancora pubblicati): GRUNFELD B., "Las teorías de Freud sobre las perversiones"; CVIK N., "Las perversiones en la obra de M. Klein"; BLEGER J., "Estudio crítico de la perversion en Freud y M. Klein"

(3) FENICHEL O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Nova, Buenos Aires, 1957

rizzazione, corretta a nostro giudizio, è stata in seguito abbandonata e si sono costituiti due quadri rigorosamente separati che comprendono l'uno le perversioni e l'altro le psicopatie. In precedenza, anche quelle che oggi chiamiamo personalità psicopatiche erano considerate "perversioni del senso morale" (moral insanity).

Attualmente si tende sempre più a includere le perversioni (o "deviazioni", come preferiscono denominarle altri autori) fra le "sociopatie".

In psicoanalisi, il panorama clinico e teorico delle perversioni è ben lungi dall'essere chiarito o risolto; così, ad esempio, Sachs (1) segnala che la perversione è una figura teorica di incerta comprensione e indica le dipendenze come l'anello di congiunzione fra la gratificazione perversa e il sintomo nevrotico. M. Schmideberg (2) afferma che gli atti delittuosi sono perversioni.

#### Caratterizzazione generale delle perversioni

Per tentare di caratterizzare nelle loro linee generali le perversioni partiremo dall'esperienza clinica.

Questa ci suggerisce di distinguere le perversioni sessuali che si possono riscontrare in qualunque tipo di personalità (anche in quelle creative e con attività eterosessuale) dalle perversioni presenti in personalità totalmente immature (che per ora preferiamo definire in questo modo) (3).

Se concentriamo la nostra attenzione sulle prime, che chiameremo azioni perverse, potremo constatare che sono egodistoniche e che ci troviamo sempre in presenza di un clivaggio della personalità che separa due suoi diversi livelli di integrazione. È precisamente in questo che si differenzia dalla dissociazione: quest'ultima consiste in una divisione e separazione in parti di una sola struttura, di uno stesso piano, che perciò costituiscono un livello più

(1) SACHS H., in "Int. Zeitschrift für Psychoan.", 1923.

(2) SCHMIDEBERG M., *Delinquent Acts as Perversion and Fetichism*, in "Int. J. Psycho-Anal.", 1956, 4-5.

(3) Bychowski descrive molto bene questo tipo di personalità, ma non la differenzia dall'agito perverso, per cui il suo contributo perde in chiarezza e precisione (BYCHOWSKI G., *The Ego and the Object of the Omosexual*, in "Int. J. Psycho-Anal.", 1961, XLII, 3).

integrato della personalità; se invece ci soffermiamo a considerare la struttura dell'atto perverso e le fantasie che lo accompagnano troviamo che esso corrisponde a un livello della personalità più immaturo o regressivo del precedente. Siamo anche in grado di caratterizzare meglio i tratti della cosiddetta parte immatura della personalità, che in realtà è diversa da quella che abbiamo definito personalità immatura (per esempio, isterica).

Una delle modalità con cui si preserva rigorosamente il clivaggio fra le due parti della personalità è appunto l'azione perversa, che permette la concretizzazione e la messa in moto delle fantasie e della parte immatura della personalità, mantenendo così libera dal suo peso la parte più matura o integrata. Nel caso dell'agito perverso possiamo parlare di un vero e proprio sdoppiamento della personalità nel senso indicato da Morton Price o Janet; ma esso si differenzia dalle perversioni per il fatto che nello sdoppiamento (o nella doppia o tripla personalità) l'alternanza fra una personalità e l'altra viene intercettata o separata dall'amnesia, fenomeno che non si produce nelle perversioni. Essi presentano, tuttavia, dei punti in comune: uno sdoppiamento della personalità può essere un acting perverso. Quest'ultimo è caratterizzato, oltre che dal clivaggio che in esso osserviamo, dal fatto che la parte più immatura della personalità ("clivata", come si è detto, dalla parte più integrata) costituisce un nucleo dall'organizzazione particolare che Bleger ha denominato Nucleo Agglutinato (1). Questo è contraddistinto da una struttura sincretica, cioè da una mancanza di discriminazione o di differenziazione fra Io e non-Io, fra diversi elementi della realtà, molteplici identificazioni e vari oggetti parziali e totali, corrispondenti a tappe distinte dello sviluppo.

La parte "clivata" è nello stesso tempo agglomerata o condensata (Nucleo Agglutinato). Non vi è dubbio che l'azione perversa studiata in se stessa, a causa della sua natura, delle fantasie che vi intervengono, delle relazioni oggettuali, della struttura sincretica, della perdita del senso della realtà, costituisce un vero e proprio episodio psicotico, che non definiamo tale per il fatto che è transitorio (la sua durata è limitata a quella dell'acting perverso sia nella realtà che nella fantasia), e che in esso è sempre presente (ben-

(1) BLEGER J., *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967

ché in una maniera particolare di cui parleremo in seguito) la parte matura della personalità. Nell'agito perverso si dispiegano o agiscono molteplici identificazioni legate a differenti periodi, con diversi oggetti e fantasie che sono rimasti isolati e non si sono integrati nella personalità.

Fra le teorie di Freud sulle perversioni riprendiamo e sintetizziamo qui quella riguardante il ruolo da lui attribuito alle identificazioni, alla dissociazione e alle relazioni oggettuali (1). Freud elabora varie teorie sulla perversione o meglio le studia partendo da angolazioni diverse. Questo contributo tende a mettere insieme molteplici aspetti, in mancanza di un certo numero di conoscenze (che ancora oggi non possediamo) necessarie per costruire una teoria psicoanalitica integrata e completa sulla perversione.

Una terza caratteristica delle perversioni è quella di differenziarsi da qualunque episodio psicotico o da qualsiasi fenomeno analogo; infatti, durante l'acting perverso l'Io più integrato rimane subordinato e al servizio del "dispiegamento" delle identificazioni della parte psicotica, per riprendere a predominare una volta conclusosi l'acting perverso.

L'assoggettamento dell'Io al nucleo psicotico o la sua accettazione di quest'ultimo è in relazione con quanto avviene durante l'episodio perverso, poiché il soggetto a posteriori può, con il suo Io più integrato, rifiutare la perversione o sentirsi colpevole a causa di questa. L'egodistonia è presente nella vita del soggetto a prescindere dall'azione perversa. Quest'ultima non è totalmente, in se stessa, né egodistonica né egosintonica, o è entrambe le cose allo stesso tempo.

Questo differenzia sotto l'aspetto dinamico l'acting perverso da altre situazioni in cui l'Io è invaso e compromesso dal nucleo psicotico (nella confusione) oppure disgregato (episodio di disgregazione psicotica), o in cui si organizzano altre difese di fronte al rischio di rottura del clivaggio. Al contrario, le condizioni e le relazioni che si stabiliscono fra il nucleo agglutinato e l'Io nell'azione perversa sono presenti anche nell'agito psicopatico.

(1) FREUD S., si vedano le note in appendice a *Three Essays on the Theory of Sexuality* (S.E., VII), *Fetichism* (S.E. XXI), *A Child is Being Beaten. A Contribution to the Study of the Origin of Sexual Perversions* (S.E., XVII), *Leonardo da Vinci* (S.E., XI), *A Special Type of Choice Object made by Man* (S.E., XI), *Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality* (S.E., XVIII), *Female Sexuality* (S.E., XXI).



Durante l'azione perversa l'Io più integrato conserva il senso della realtà, ma grazie a un compromesso che gli permette di accettare un'altra realtà, rappresentata dal "dispiegamento" del nucleo agglutinato, senza rifiutarla e senza soccombere. Questo compromesso dell'Io, segnalata da Freud nel feticismo, appare come una situazione ambigua in cui i diversi livelli di struttura della personalità possono essere presenti nello stesso tempo. La formazione di compromesso dell'Io nell'azione perversa si differenzia da quella dei sintomi nevrotici per il fatto che in questi ultimi il processo si svolge fra il rimosso e la rimozione, cosa che non avviene nell'azione perversa.

Possiamo caratterizzare questa sottomissione dell'Io nell'azione perversa (formazione di compromesso) rifacendoci a quello che osserva Fenichel riguardo al perverso: questi si sente costretto a fare in modo che qualcosa "gli piaccia", anche contro la sua volontà. Aggiungiamo che così facendo egli preserva la sua integrità e rende possibile il successivo ripristino del clivaggio.

Illustreremo questi aspetti fondamentali degli acting perversi citando l'esempio di A.T., un ragazzo di diciotto anni che si masturba in maniera compulsiva e presenta difficoltà di apprendimento. Tutto questo si è aggravato dopo i tredici anni, nel periodo in cui è morto suo padre ed egli ha incominciato ad essere irritabile, aggressivo e molto carente nel rendimento scolastico. Nel corso del trattamento psicoanalitico emergono i dettagli della sua masturbazione compulsiva con caratteristiche feticiste.

Egli si masturba seguendo un rituale in cui indossa una camicia e una cravatta che erano appartenute al padre, e in seguito anche una sua cintura. Vestendosi in questo modo si eccita incredibilmente e si masturba immaginando che qualcuno gli colpisca il pene e che degli uccelli enormi glielo becchino; la masturbazione è così violenta che si fa male e sanguina. Altre volte lo fa infilandosi nel pene anelli metallici che gli procurano delle ferite.

La perversione su cui vogliamo soffermarci consiste, in questo caso, nel feticismo che ha per oggetto i vestiti del padre; insieme alla masturbazione aggressiva, questo costituisce nel suo insieme un episodio psicotico: il soggetto passa a un'altra realtà configurata dalle identificazioni, continuando tuttavia ad essere presente con il suo Io più integrato. Indossare gli abiti paterni significa diventare il padre senza smettere di essere se stesso, cioè recuperarlo come oggetto vivo negando la sua morte, pur sapendo nello stesso tempo che è morto. Nel mettere quei vestiti il soggetto si tra-

sforma nell'oggetto perduto, ma mentre rivive psicoticamente il padre, il suo Io più integrato si sottomette a questa fantasia psicotica con la consapevolezza che egli continua ad essere il soggetto e non il padre. La psicosi trova il suo completamento nel fatto che le fantasie sadiche rivolte contro il proprio pene sono nel contempo degli attacchi contro il pene di suo padre e contro la scena primaria. Questa aggressione rappresenta inoltre la concretizzazione di fantasie incestuose e l'identificazione con il padre che lo punisce e lo castra a causa di queste fantasie.

L'azione perversa (feticista) che si manifesta dopo la perdita del padre è determinata dalla mobilitazione del nucleo agglutinato, mantenuto fino ad allora immobilizzato nel padre che ne costituiva il depositario. Tale depositazione (con il conseguente clivaggio) ha permesso la crescita e lo sviluppo della parte più integrata della personalità. La perdita del depositario ha comportato la reintroiezione del nucleo agglutinato e il pericolo di confusione e disorganizzazione dell'Io; il mantenimento del clivaggio si ottiene attraverso l'acting o "dispiegamento" delle molteplici identificazioni che coesistono in questo nucleo agglutinato. L'agito perverso permette anche, in forma psicotica, la reminiscenza fantastica e agita dell'oggetto perduto, non ancora discriminato da quello che in esso veniva proiettato. Nel corso del trattamento psicoanalitico di questo paziente sono entrati in gioco anche comportamenti omosessuali sadici in cui spesso egli risulta impotente.

Questo corrisponde a una redistribuzione del nucleo agglutinato che invade progressivamente anche l'Io più integrato e arriva a manifestarsi con comportamenti psicotici: ora si eccita guardando il partner omosessuale che si masturba; le sue aggressioni contro il partner sono più evidenti e frequenti e ultimamente in una crisi d'ansia ha bevuto la sua urina. La struttura sincretica del nucleo agglutinato è costituita da una molteplicità di identificazioni, oggetti e fantasie (che coesistono senza escludersi) che si "dispiegano" nell'agito perverso e nella psicosi finiscono per imporsi sull'Io invadendolo. Il sincretismo consiste inoltre nella mancanza di discriminazione Io-oggetto che vi è in ognuna di queste identificazioni. Bychowski ne parla utilizzando i termini descrittivi di "costellazioni complesse" o "costellazioni libidiche". Benché egli si riferisca all'Io dell'omosessuale (incapace di sintesi), queste presentano la stessa situazione o struttura del nucleo agglutinato. Nell'agito perverso tale struttura (molteplici identificazioni coesistenti e simultaneamente attive) è uguale a quella dell'Io del soggetto che prima abbiamo definito immaturo (che presenta un'omosessualità egosintonica).

## Perversione e dipendenza

L'esistenza del nucleo agglutinato negli agiti perversi non è qualcosa di specifico ed esclusivo di questi ultimi, dato che se ne osserva la presenza, come elemento determinante, anche nella psicologia e psicopatologia della malinconia, dell'ipocondria, delle alterazioni psicosomatiche, ecc. I fattori peculiari di ciascuna di queste sono i seguenti: a) il modo in cui si arriva a mantenere il clivaggio e quindi a preservare l'Io più integrato; b) le relazioni che si stabiliscono fra il nucleo agglutinato e l'Io, una volta che il clivaggio si riduce o scompare. L'agito perverso è caratterizzato da una particolare modalità di "utilizzo" del nucleo agglutinato da parte dell'Io: il mantenimento del clivaggio anche attraverso il "dispiegamento" della psicosi, mediante un compromesso o una transazione dell'Io che porta quest'ultimo a sottomettersi all'acting perverso, ma senza soccombere né disgregarsi, né alterare la sua struttura, con il conseguente e facile recupero del clivaggio e delle funzioni dell'Io più integrato.

Tuttavia, l'esistenza del nucleo agglutinato in tutte queste patologie non si evidenzia soltanto nelle similitudini e differenze da noi segnalate, poiché vi è un'altra importante situazione sempre presente nella genesi di tali manifestazioni, che consiste nella perdita di un depositario per il nucleo agglutinato con la reintroiezione di quest'ultimo e una conseguente minaccia di disintegrazione dell'Io.

In ultima analisi, Bleger ritiene che tutte queste alterazioni siano dovute alla perdita di un depositario simbiotico nel quale rimaneva immobilizzato e controllato il nucleo agglutinato. Tale perdita comporta il pericolo di una disgregazione psicotica per l'introiezione del nucleo stesso, un rischio sempre presente in quadri patologici di questo tipo, ma che si evita grazie alla messa in moto di diversi meccanismi. In seguito alla rottura della dipendenza e alla successiva mobilitazione del nucleo agglutinato l'acting perverso può anche non insediarsi immediatamente, ma succedere o alternarsi a un'ipocondria, una melanconia, un'epilessia, una somatizzazione, ecc. Il nucleo agglutinato è, per così dire, il comune denominatore di tutte queste manifestazioni (compreso l'acting perverso) o, se vogliamo, costituisce la "malattia unica" della patologia della posizione glischro-carica. Per "comune denominatore" intendiamo l'"elemento" o il "problema" che si affronta in tali casi.

Il soggetto diventa "dipendente" dalla perversione allo stesso modo in cui altri si ritrovano a dipendere da droghe o da persone, e si configurano così nuovi tipi di dipendenza; nella perversione il nucleo agglutinato può essere depositato in un partner o condiviso con lui (nel caso dell'omosessualità, del sadismo, del masochismo, ecc.) e si instaura allora una dipendenza da una o più persone che per il paziente non sono effettivamente tali, ma costituiscono dei depositari.

La perversione sessuale è, a rigore, l'utilizzazione dei genitali, del coito o del contesto in cui questo avviene, finalizzata all'acting o al "dispiegamento" della parte psicotica della personalità; in tal senso, essa non è semplicemente una distorsione o un'aberrazione della sessualità, quanto piuttosto una simulazione di sessualità o genitalità per mezzo della quale si controlla la parte psicotica della personalità nell'intento di evitare o prevenire una disgregazione psicotica. In questo modo, l'agito perverso non è soltanto un "dispiegamento" del nucleo agglutinato, ma anche una restituzione psicotica, in quanto viene organizzato un comportamento intorno alla sessualità con elementi della realtà che in parte sono simili ad essa e in parte la distorcono. È precisamente per questo suo carattere di "restituzione psicotica" che l'agito perverso si differenzia da quello psicopatico. Questa distorsione per cui la perversione consiste nella comparsa del nucleo agglutinato sotto forma di sessualità arriva a un punto tale che gli stessi ricercatori hanno visto nella perversione sessuale problemi o conflitti sessuali, e si sono quindi lasciati ingannare dalle apparenze considerando il "tema" della restituzione (la sessualità) come se questa fosse il suo vero contenuto. Bychowski cita Schwarz, il quale afferma che "la struttura interna dell'omosessualità è un'anomalia delle relazioni non sessuali che si esprime nella funzione sessuale". Nella posizione glischro-carica svolge un ruolo di primaria importanza la lotta per la discriminazione, il cui esito permette o impedisce l'elaborazione del vincolo simbiotico; in questo processo i fenomeni della posizione glischro-carica si presentano in maniera sporadica, mutevole e transitoria. La situazione di anormalità si ha nei casi di persistenza stereotipata del nucleo agglutinato in una qualunque delle sue manifestazioni cliniche, fra le quali vi è l'agito perverso.

Le perversioni egosintoniche sono diverse dal punto di vista patogenetico: esse hanno origine dalla mancanza precoce, duratura o cronica di una relazione simbiotica che avrebbe permesso un clivaggio e lo sviluppo di un

Io più integrato. Tuttavia, la personalità dei perversi egosintonici presenta caratteristiche che non sono proprie della perversione (come ipotizza Bychowski), ma comuni a tutto il gruppo delle personalità ambigue, come Bleger ha spiegato in precedenti occasioni.

#### Ampiezza del concetto di perversione

Le perversioni abbracciano un ambito molto più vasto di quello delle cosiddette perversioni sessuali, che costituiscono un sottogruppo delle prime. Si è visto, inoltre, che parlare di perversioni sessuali ha un significato puramente descrittivo.

Se sono presenti le tre fondamentali caratteristiche indicate ci troviamo di fronte a una perversione, che questa abbia o meno una natura o un'apparenza sessuale, ma tali particolarità possiamo riscontrarle anche in contesti e comportamenti non inclusi abitualmente fra le perversioni, ed è su questo aspetto che ci interessa ora soffermarci.

Possiamo riconoscere una perversione sia della relazione transferale che del rapporto interpersonale in generale. A rigore, si potrebbe considerare che il *punto essenziale*, anche in quelle sessuali, è *sempre la perversione della relazione interpersonale*.

Questa si determina quando viene sovvertito in modo particolare il senso della relazione (transferale o meno); tale deviazione (aberrazione o perversione) del senso di una relazione è caratterizzata dal fatto che il significato "aperto" o esplicito di quest'ultima è riconosciuto, accettato e sostenuto ma, nello stesso tempo, viene sottomesso (deviato o pervertito) da un altro evento simultaneo che ha un senso o un fine diverso. L'Io dei due o più partner arriva a un compromesso. Coloro che prendono parte alla relazione perversa entrano in un'interazione in cui avviene una ripartizione dei loro nuclei psicotici mediante reciproche identificazioni proiettive-introiettive; diventano depositari e questo prevale sul senso o sul fine riconosciuto del rapporto. Una relazione transferale non è perversa fintantoché viene soddisfatto quello che è il suo obiettivo, benché il transfert sia un "as if". Se entrambi i componenti agiscono l' "as if" (come acting o simbiosi), la relazione diventa perversa. Il transfert che si stabilisce in un rapporto terapeutico non è perverso fino a quando questa simbiosi non appare "trattenuta"

o "alimentata" come la parte fondamentale del rapporto stesso, e non ne vengono quindi stravolti il senso e gli obiettivi; o finché la simbiosi si mantiene come un piano non "dispiegato" o non agito della relazione, che permette a quest'ultima di continuare a stare in primo piano. Il pericolo di perversione del rapporto terapeutico appare quando sono presenti e attive identificazioni proiettive-introiettive di nuclei psicotici che sono accettati e salvaguardati dal paziente e dal terapeuta. Tuttavia, questo rischio esiste anche nel transfert e nel controtransfert nevrotico quando, ad esempio, il terapeuta acconsente ad essere innanzitutto un accompagnatore per il paziente fobico, paralizzando in tal modo il rapporto terapeutico, mentre entrambi sono convinti che prosegua. Il significato latente di una relazione o le sue motivazioni inconscie non indicano necessariamente che si tratta di un rapporto perverso. Perché si possa parlare di perversione deve esserci una *mutuazione*, una deviazione o una distruzione degli obiettivi di un determinato contesto, nel senso che questi obiettivi espliciti devono arrivare a un compromesso con la comparsa di un altro significato del rapporto.

Nell'inganno si utilizza, più o meno consciamente, una situazione per raggiungere fini diversi, ma mancano in questo caso la transazione o la sotmissione dell'Io tipici della perversione: gli obiettivi non coesistono, ma sono finalizzati l'uno al conseguimento dell'altro.

Nelle personalità narcisistiche (1), che entrano in analisi per ottenere una gratificazione dei loro bisogni narcisistici o per avere un depositario, non esiste perversione fintantoché il terapeuta non "si presta" ai loro scopi a favore di un "dispiegamento" e di un controllo della sua stessa parte psicotica; si tratterebbe allora di un caso di transfert pervertito.

L'agito perverso sessuale ha una struttura identica a quella della relazione interpersonale: si accetta la perversione sessuale, ma il contenuto è di natura non sessuale.

Nell'analisi può accadere che sia il paziente che il terapeuta utilizzino quest'ultima per il "dispiegamento" di una ripetizione che è una non-analisi. Se in tal caso si considera come analisi la non-analisi e come sessuale la perversione sessuale, ci si affida a quello che appare come facciata e si accetta-

(1) ABRAHAM K., *A particular Form of Neurotic Resistance Against the Psychoanalytic Method*, in "Selected Papers on Psycho-Analysis", Hogarth Press, Londra, 1949.

no quindi i termini in cui la perversione pone o, per meglio dire, traspone il problema. Essa risulta perversa non tanto perché si sovverte l'oggetto o il fine della relazione sessuale, quanto per il fatto che, sotto un'apparenza di sessualità, si soddisfano obiettivi non sessuali. In questo senso, una relazione eterosessuale può essere perversa, nonostante la consumazione del coito e l'orgasmo, quando ad esempio il suo scopo principale è quello di placare le ansie psicotiche e di impedire (o allontanare) il pericolo di una disgregazione psicotica.

Sorge necessariamente il problema di ricercare i fattori che fanno sì che la perversione del rapporto interpersonale si manifesti come perversione sessuale, una questione di capitale importanza su cui potremmo soltanto formulare delle ipotesi. Si potrebbe dunque supporre che la sessualità, o qualche cosa che è legato ad essa, serva da depositario o da "condensatore" del nucleo agglutinato, di fronte al rischio di disordine psicotico. Tale opinione accoglie l'affermazione di M. Klein sulla precocità genitale dei bambini psicotici.

#### Perversione e perversità

Dobbiamo concludere che la formula suggerita all'inizio è corretta: la perversione è il modo in cui si esprime e nello stesso tempo si nasconde la perversità. Il sadismo gioca un ruolo fondamentale nella costituzione di un nucleo agglutinato composto da un agglomerato di identificazioni.

Poiché ai due sostantivi (perversione e perversità) corrisponde un solo aggettivo (perverso), è preferibile utilizzare anche l'aggettivo "pervertito", cosicché dobbiamo denominare la perversione sessuale "relazione pervertita" e non "relazione perversa", in quanto quest'ultima definizione si ricollega più alla perversità che alla perversione. Una perversione è sempre una relazione pervertita, e un soggetto che ne è affetto è un pervertito e non un perverso. Utilizziamo dunque l'aggettivo "perverso" in riferimento alla perversità e non alla perversione.

Rifacendoci alla formula di Freud (la nevrosi è il negativo della perversione), risultata scorretta; possiamo ora affermare che la perversione è il negativo della perversità. La perversione sostituisce, soddisfa e nega (tutto questo contemporaneamente) la perversità. Considerando il problema da

tale prospettiva, non facciamo altro che riprendere con termini diversi quanto aveva già affermato M. Klein e che si potrebbe sintetizzare dicendo che la perversione è il negativo delle ansie psicotiche (1).

È possibile che l'agito psicopatico sia caratterizzato dalla perversità manifesta più di quanto non lo sia la perversione o l'acting perverso. Quindi, a rigor di termini, l'aggettivo "pervertito" deve essere riferito al sostantivo "perversione", e l'aggettivo "perverso" al sostantivo "perversità".

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM K., *A particular Form of Neurotic Resistance Against the Psychoanalytic Method*, 1919, in *Selected Papers on Psycho-Analysis*, Hogarth Press, Londra, 1949. Trad. it.: *Una forma particolare di resistenza nevrotica al metodo psicoanalitico*, Opere, vol. II, Boringhieri, Torino.
- BLEGER J., *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967. In corso di traduzione presso la Libreria Editrice Lauretana.
- BYCHOWSKI G., *The Ego and the Object of the Homosexual*, *Int. J. Psycho-Anal.*, 1961, XLII, 3.
- FENICHEL O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Nova, Buenos Aires, 1957. Trad. it.: *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma.
- FREUD S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905, in *Opere*, Vol. IV, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Feticismo*, 1927, in *Opere*, Vol. X, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Un bambino viene picchiato (Contributo alla conoscenza dell'origine delle perversioni sessuali)*, 1919, in *Opere*, Vol. IX, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci*, 1910, in *Opere*, Vol. VI, Boringhieri, Torino.

(1) Se si accettano come corrette tali formulazioni si arriva a dover ipotizzare una certa relazione fra la posizione glioschro-cárica (dinamica del nucleo agglutinato) e le ansie psicotiche.



- FREUD S., *Un tipo particolare di scelta oggettuale nell'uomo*, Opere, Vol. VI, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Alcuni meccanismi nevrotici nella gelosia, paranoia e omosessualità*, Opere, 1921, vol. IX, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Sessualità femminile*, Opere, Vol. XI, Boringhieri, Torino.
- LAPLANCHE J. - PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la Psychanalyse*, P.U.F., Parigi, 1967. Trad. it.: *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- SACHS H., *Int. Zeitschrift fur Psychoan.*, 1923.
- SCHMIDEBERG M., *Delinquent Acts as Perversion and Fetichism*, Int. J. Psycho-Anal., 1956, 4-5.
- Sexologie-Lexicon, Gonthier, Paris, 1962.

JOSÉ BLEGER

## 6. CRITERI DI CURA E OBIETTIVI DELLA PSICOANALISI \*

La psicoanalisi è nata come procedimento terapeutico e non ha mai smesso di essere tale. Vale a dire che il suo obiettivo è stato ed è la cura del paziente (1). Tuttavia, gli obiettivi o gli effetti ottenuti con un trattamento psicoanalitico vanno al di là di quella che in medicina viene denominata cura, e questa dipende a sua volta dal conseguimento di tali obiettivi. In altri termini, denominiamo cura una parte, un dato insieme di effetti derivanti da obiettivi o risultati della psicoanalisi. Si è più volte sottolineato quanto possa risultare fuorviante per la psicoanalisi una finalità terapeutica perseguita con eccessivo zelo e come questo possa compromettere l'esito stesso della terapia, tanto che alcuni autori hanno parlato dei rischi del "furor curandi". Non vi è, del resto, alcun dubbio sul fatto che l'obiettivo della psicoanalisi sia la cura e, benché sia corretto cercare di evitare il "furor curandi", credo che nessuna analisi possa prescindere da un intento terapeutico. Può darsi che il problema consista essenzialmente nel tipo di guarigione che si desidera ottenere: se il trattamento mira, cioè, alla scomparsa della sofferenza.

\* Questo lavoro, postumo e inedito, era destinato ad essere letto come relazione ufficiale al IX Congresso Latinoamericano di Psicoanalisi, Caracas 1972. Fu presentato dopo la morte dell'Autore in seno all'Associazione psicoanalitica Argentina e in occasione del IX Congresso Latinoamericano.

(1) Lo spagnolo "curación" indica sia la "cura" che i suoi effetti, cioè la guarigione, e non trova quindi nella nostra lingua il suo esatto corrispondente. Siamo stati costretti pertanto a utilizzare in italiano l'una o l'altra accezione, a seconda dei casi (n.d.t.).

renza e della patologia o piuttosto a una modifica profonda della personalità. Si tratta insomma di stabilire se *tutti* i risultati o gli obiettivi della psicoanalisi possano chiamarsi cura. Ebbene, io credo di no. La psicoanalisi opera nel tentativo di provocare dei cambiamenti o di raggiungere degli obiettivi dai quali dipende, a sua volta, quell'obiettivo che denominiamo cura.

In questa relazione sosteniamo che la psicoanalisi ha dei fini che superano ampiamente quello terapeutico, e che persino quest'ultimo è diventato una sorta di prodotto aleatorio o - come afferma Glover - un *by product*. Ci addentreremmo in un annoso problema semantico se preferissimo accettare che *tutti* gli obiettivi o gli esiti della psicoanalisi e *tutto* quanto avviene nel corso di un trattamento psicoanalitico dovessero chiamarsi cura. Non è questo il criterio sostenuto qui, anzi ritengo che includere nella denominazione di cura tutti gli obiettivi o gli effetti della psicoanalisi sia errato quanto lo sarebbe far rientrare in essa gli effetti favorevoli di una relazione di gruppo, oppure di coppia, o di un buon rapporto professore-alunno, eccetera. Affermare il contrario significherebbe lasciarsi condizionare dai pregiudizi propri della formazione medica tradizionale. È ugualmente lecito chiedersi se la terapia analitica debba continuare a chiamarsi terapia e se i termini malattia e cura non debbano addirittura scomparire dal lessico psicoanalitico. E questo non tanto perché la psicoanalisi non curi, quanto perché il modo con cui si ottiene ciò va largamente al di là dello scopo. Szasz ha messo in guardia contro i risultati negativi del modello medico applicato al trattamento psicoanalitico. Come chiarimento metodologico, conviene aggiungere qui, fin dal principio, che questo contributo prescinde da ogni intento normativo, nel senso che non tende a definire gli obiettivi o il tipo di guarigione a cui *deve* condurre la psicoanalisi. Al contrario, si propone di esaminare gli obiettivi che si conseguono nel corso della terapia analitica e di individuare, nel loro complesso insieme, il tipo di guarigione ottenuta, nonché i criteri utilizzati per valutare quella parte degli effetti che si denomina guarigione.

Inoltre, ritengo opportuno precisare che non mi occuperò qui direttamente di temi in stretta relazione con l'argomento trattato - quali il termine dell'analisi, la valutazione della terapia psicoanalitica, i risultati terapeutici - e nemmeno di problemi inerenti all'analisi didattica, né di criteri o definizioni sulla salute e sulla normalità. Mi limiterò a rilevare che capita di utilizzare gran parte di questi termini senza sapere realmente di che cosa si stia

parlando. Anche se toccherò occasionalmente questi temi, non li svilupperò in maniera diretta e specifica, né mi soffermerò sui fattori e sui meccanismi della psicoanalisi o sulla teoria della cura, e nemmeno sulla valutazione del corso più o meno favorevole di un trattamento.

Gli psicoanalisti - secondo quanto risulta dalla bibliografia - non si sono occupati molto dei criteri di cura; il loro interesse si è maggiormente concentrato sullo studio degli psicodinamismi, fatto di cui offre numerosi esempi lo stesso Freud. La quasi totalità dei lavori clinici presentati in seno alla nostra Associazione verte sulle modifiche degli psicodinamismi, della relazione transferale, eccetera, ma generalmente in essi non viene precisato se il paziente sia da considerarsi guarito o meno; oppure si tratta di studi condotti su pazienti che non hanno ancora concluso il loro trattamento. È ovvio che in questo lavoro non prenderò in considerazione i procedimenti non psicoanalitici, e non perché non li ritenga interessanti, ma in quanto non rientrano nella tematica da me trattata.

È certo che le condizioni della psicoanalisi non favoriscono - paradossalmente - la valutazione della cura, poiché molto spesso, nel corso degli anni, si perde la prospettiva globale per restringere il proprio campo d'azione a ciò che *non* si riesce a modificare, cosa che ha fra l'altro una stretta relazione con le condizioni regressive del paziente nella relazione transferale.

Rickman considera il transfert una fonte di confusione ai fini della valutazione di una terapia, dato che nell'analisi si manifesta molto più facilmente ciò che è irrisolto e l'analista si trova di fronte con maggiore frequenza agli aspetti disintegrati del paziente che a quelli integrati.

Sebbene la psicoanalisi sia stata fin dagli inizi, come si è detto, un procedimento essenzialmente terapeutico, è altrettanto vero che il tipo di terapeutica che inaugura potrebbe anche venire definita come un procedimento pedagogico o come una psicagogia. Ma ancora una volta è necessario puntualizzare che se si considera la psicoanalisi un procedimento pedagogico o psicagogico, si deve intendere con questo che essa inaugura anche una nuova pedagogia, vale a dire un modo nuovo di insegnare e di imparare, che implica una modifica o un notevole ampliamento del concetto di apprendimento e di insegnamento, oltre a rifondare la psicagogia sulla base di un significato profondamente diverso da quello attribuito a questo termine dai suoi fondatori (Kronfeld e Baumgarten Tramer).

Con queste premesse, mi sono addentrato nell'analisi generale degli

obiettivi della psicoanalisi, osservando che fra questi rientrano anche la cura, l'apprendimento e l'insegnamento, che vanno ripensati però in termini diversi da quelli tradizionali, poiché, a rigore, non corrispondono in senso stretto a nessuno di tali concetti, a meno che non si vogliano rivalutare, ampliare o modificare le loro formulazioni originali.

“Cura” significa - nell’accezione che a noi interessa - modifica in senso favorevole di sofferenze e/o organizzazioni patologiche. Intesa in questo modo, la psicoanalisi è terapeutica, ma in un senso molto più ampio di quello tradizionalmente attribuito a questo vocabolo. Tale superamento del termine “cura” è in stretta relazione con il carattere particolare di quest’ultima, che la rende simile a un apprendimento, non inteso tuttavia nel suo significato tradizionale. Nell’accezione etimologica latina, “cura” significa appunto attenzione, sollecitudine, da cui deriva “curato”, a indicare il parroco che si prenda cura delle anime dei suoi fedeli. Le radici latina e greca di “terapeutica” hanno identico significato (1).

Chiamiamo insegnamento tutti i procedimenti che conducono a un apprendimento, e chiamiamo apprendimento tutti i cambiamenti che avvengono sulla base dell’esperienza. In questo senso, uno degli obiettivi fondamentali della psicoanalisi è l’apprendimento - inteso nel significato più ampio del termine - da parte del paziente, apprendimento che comporta naturalmente anche quelle modifiche di strutture patologiche a cui si dà il nome di cura. In questa accezione di insegnamento-apprendimento rientra in qualche modo, come una minima parte del processo, la definizione intellettuale secondo la quale questi termini si intendono come un acquisire e un impartire conoscenze. L’apprendimento è - a rigore e in tutti i casi - una modifica della personalità sulla base dell’esperienza. “Insegnare” significa, conformemente all’etimo, “incidere dei segni” o “designare”. In psicoanalisi l’“esperienza” è ciò che è vissuto come relazione transferale e l’apprendimento è strettamente collegato con l’insight.

Nel corso della sua storia la psicoanalisi si è posta diversi obiettivi; di seguito ne elencherò alcuni, senza rispettare un ordine cronologico né pre-

(1) È interessante consultare, oltre ai dizionari generali e etimologici, *La medicina hipocrática*, di P. Lain Entralgo (cap. VI), Revista de Occidente, Madrid, 1970.

tendere di esaurirne l'elenco:

- abreazione;
- colmare lacune mnemoniche;
- rendere conscio l'inconscio;  
in relazione con i precedenti;
- sollevare le rimozioni;
- trasformare la nevrosi in nevrosi da transfert;
- risoluzione di fissazioni infantili;
- maturazione della personalità;
- conoscenza di se stessi: *insight*;
- "Dove è l'Es deve essere l'Io" (Freud, 1923);
- "Working through";
- maggiore capacità di sublimazione;
- maggiore capacità di riparazione;
- relazione con oggetti interni: cambiamento del mondo interno del paziente;
- maggiore libertà interiore; maggiore libertà e plasticità dell'Io (Waelder);
- maggiore autonomia dell'Io; criterio di adattamento (Hartmann);
- integrazione delle dissociazioni; integrazione dell'Io o aumento della capacità di sintesi dell'Io (M. Klein);
- introdurre discriminazioni.

Freud, nel 1937, indicò come "missione maestra" della psicoanalisi quella di "sostituire con un risultato più corretto l'epilogo imperfetto dell'infanzia, rafforzando l'Io a tal fine".

Nunberg (1931) conclude il suo libro affermando che "le alterazioni che nei casi *ideali* si ottengono con il trattamento interessano la personalità nel suo insieme e sono le seguenti: le energie dell'Es acquisiscono maggiore mobilità, il Superio diventa più tollerante e l'Io si libera dall'angoscia, in quanto viene ristabilita la sua funzione sintetica".

Balint (1935) considera come meccanismo essenziale della cura quello che ha denominato "nuovo inizio" e che consiste nella formulazione, nella fase finale del trattamento, di desideri istintivi infantili dimenticati, che i pazienti chiedono al loro ambiente di soddisfare. Lo stesso autore ricorda che Ferenczi e Rank descrissero l'obiettivo dell'analisi come "la completa riproduzione dei rapporti edipici nell'esperienza analitica". Rank, da parte sua, sottolinea l'importanza del trauma della nascita. Per W. Reich il fine fondamentale dell'analisi consiste nel raggiungimento della piena genitalità

della potenza orgastica; secondo Kovác, nel superamento della coazione a ripetere.

Benché il tema di questo articolo non sia la fine dell'analisi, né tanto meno quella dell'analisi didattica, accennerò alla relazione ufficiale sulla "Terminación de análisis" (1) presentata in Messico, nel 1964, da Alvarez de Toledo, Grinberg e Langer. Dal loro lavoro ho tratto alcune citazioni sui "risultati adeguati" dell'analisi didattica, cioè - in altri termini - sulla definizione che danno alcuni autori degli obiettivi della psicoanalisi:

1 — Ottenimento di "un Io forte e critico, capace di sopportare tensioni considerevoli, libero da qualunque identificazione non necessaria e da qualunque transfert automatico o modello di pensiero" (Balint);

2 — Il paziente "dovrebbe poter trasformare la sua dipendenza in una vera e propria introiezione acquisendo un genuino interesse" (Bibring);

3 — Forza integrativa dell'Io affinché "il razionale includa l'irrazionale come un elemento della sua stessa configurazione" (Gitelson).

In un contributo sulla fine dell'analisi J. Rickman distingue sei criteri: 1) capacità di muoversi liberamente dal passato al presente e viceversa, cioè rimozione dell'amnesia infantile che implica, ovviamente, che il complesso di Edipo sia stato affrontato ed elaborato; 2) capacità di soddisfazione genitale eterosessuale; 3) capacità di tollerare la frustrazione libidica e la privazione senza difese regressive e senza ansie; 4) capacità di lavoro e di svago; 5) capacità di tollerare le pulsioni aggressive in se stessi e negli altri senza perdere l'amore per l'oggetto nel suo significato più ampio e senza colpa; 6) capacità di elaborazione dei lutti.

I criteri di conclusione del trattamento devono essere valutati caso per caso in relazione al suo inizio, per essere certi di aver eliminato le radici del complesso sintomatico iniziale. Secondo Rickman (1950) è importante l'irreversibilità dei risultati raggiunti.

Da parte sua, Hoffer indica tre criteri: 1) il grado di conoscenza dei processi psichici inconsci; 2) la diminuzione della rimozione e delle resistenze; 3) la sostituzione dell'"acting out" con il ricordo emerso nel transfert.

H. Segal sottolinea come aspetti determinanti della cura la capacità di

(1) Fine dell'analisi (n.d.t.).

acquisire e tollerare *insight*, insieme alla "sostituzione della negazione con l'accettazione della realtà psichica: l'accettazione del conflitto, dell'ambivalenza e della colpa; la sostituzione dell'onnipotenza con un atteggiamento realistico riguardo al compito da assolvere (in particolare, la capacità di utilizzare realisticamente l'aiuto dell'analista); la diminuzione dell'angoscia di persecuzione e dell'aggressività, e l'aumento dell'amore e della fiducia nel Sé e negli altri; la progressiva sostituzione dell'acting out con la simbolizzazione, e del sintomo con la sublimazione; l'accettazione e l'uso del pensiero e della comunicazione verbale".

Secondo Szasz, l'obiettivo del trattamento è quello di raggiungere le condizioni più favorevoli al pieno sviluppo delle potenzialità dell'Io o, in altri termini, di permettere la crescita fino a quel momento ostacolata.

A tutto questo si può aggiungere che Glover suddivide i criteri terapeutici della psicoanalisi in tre capitoli, che non ci soffermeremo ad analizzare qui: fattori metapsicologici, clinici e metodologici.

Balint (1935), prendendo in esame gli obiettivi finali della psicoanalisi suggeriti o sostenuti da autori diversi, li fa confluire in due posizioni che chiama classica e romantica. La prima raggruppa formulazioni come quella di rendere conscio l'inconscio, superare l'amnesia infantile, vincere le resistenze. La seconda si fonda sulla dinamica dei fattori emotivi e si ricollega alla catarsi. Balint considera tutti questi fattori necessari, ma non sufficienti.

Per Fairbairn l'obiettivo fondamentale del trattamento analitico è quello di favorire la massima sintesi dell'Io; questo implica anche che si riduca al minimo la dipendenza infantile e l'odio verso l'oggetto libidico, e che si renda accessibile il sistema chiuso del mondo interno all'influenza della realtà esterna.

Tutti gli obiettivi finora citati non sembrano escludersi a vicenda e sono, inoltre, correttamente formulati. Tuttavia, tali formulazioni nella maggioranza dei casi sono parziali, oppure mettono in rilievo qualche fattore specifico senza escludere gli altri, dato che sono addirittura complementari. Vi è qualche altra enunciazione eccessivamente estesa, come quella di "rendere conscio l'inconscio", o abbastanza dettagliata, come la descrizione di Rickman, ma mentre quest'ultima è eminentemente clinica, altrettanto non si può dire dell'altra. D'altronde, alcuni di questi obiettivi, quali la "maturazione" della personalità, appaiono molto generali, e mancano indicatori clinici più precisi.



Tuttavia possiamo anche osservare che, in alcuni di questi apporti, vengono indicati degli obiettivi tecnici che non sono necessariamente quelli finali del trattamento, ma dei mezzi con cui raggiungerli. Ciò avviene, ad esempio, nel caso dell'abreazione o quando si tratta di "colmare le lacune mnemoniche", che non sono, per l'appunto, obiettivi finali della psicoanalisi, ma mezzi per arrivare ad essi; e lo stesso si può dire nel caso del "trasformare la nevrosi in nevrosi da transfert".

Può accadere di utilizzare categorizzazioni molto diverse e di doverle gerarchizzare, non soltanto per mettere ordine nella congerie di questi contributi, ma essenzialmente per delimitare l'ambito del nostro tema o problema. Possiamo così osservare che anche fra gli indici o obiettivi tecnici non appartengono allo stesso livello l'abreazione, il "working through" o il "trasformare la nevrosi in nevrosi da transfert". È possibile riuscire a classificare e gerarchizzare correttamente questi mezzi o obiettivi tecnici (immediati e non finali) del trattamento psicoanalitico se, esaminandoli, li si suddivide in tecniche, tattiche e strategie.

Una classificazione o categorizzazione di maggior interesse per noi è quella che distingue gli *obiettivi* della psicoanalisi dalle *formulazioni* con cui vengono proposti o esplicitati tali obiettivi. Dobbiamo così considerare la differenza che esiste fra obiettivi tecnici (i mezzi o gli obiettivi immediati) e obiettivi clinici. Obiettivi tecnici e clinici possono, a loro volta, avere una formulazione tecnica, clinica o teorica.

A titolo di esempio, citeremo, fra gli obiettivi tecnici con formulazione clinica, quello di trasformare la nevrosi in nevrosi da transfert; fra gli obiettivi formulati teoricamente, quello di "rendere conscio l'inconscio"; fra quelli formulati tecnicamente, il "working through".

Quello che ne possiamo dedurre chiaramente è che la nostra finalità non consiste nella descrizione o nello studio degli obiettivi immediati o tecnici, ma nell'analisi degli obiettivi finali o clinici, e che questi ultimi possono essere riformulati almeno nei tre modi che abbiamo indicato (tecnico, clinico e teorico).

Una volta delineati gli obiettivi di cui ci occuperemo qui, possiamo ora riprendere la distinzione stabilita all'inizio fra cura e altri obiettivi della psicoanalisi e sottolineare, a tal fine, che fra i cosiddetti obiettivi (o effetti) clinici della terapia psicoanalitica siamo in grado di distinguere molto nettamente, da una parte, gli obiettivi che possiamo definire *maieutici* e, dal-

l'altra, quelli *terapeutici*. Sappiamo che, a rigore, questi ultimi dipendono dai primi, ma in qualche misura possono essere indipendenti, esistere o venire conseguiti gli uni separatamente dagli altri: da qui l'importanza di differenziarli.

Si osserva piuttosto spesso come l'analisi raggiunga degli obiettivi maieutici, ma senza che il paziente ne abbia necessariamente tratto beneficio, cioè senza che abbiano subito una modifica le organizzazioni patologiche (ego-distoniche o egosintoniche). Non è infrequente, infatti, che si tragga giovamento da un trattamento psicoanalitico senza che sia stato curato quello che si desiderava curare; altre volte può accadere, come osservò Freud, che si sostituisca una malattia con un'altra. Ricordiamo, ad esempio, il caso dell'omosessuale, della donna frigida o del paziente che presenta dei tic, cui la psicoanalisi giova quanto ai suoi effetti maieutici senza tuttavia modificare l'omosessualità, la frigidità o il tic. In situazioni del genere, a mio avviso, il paziente non è da ritenersi guarito, benché siano evidenti gli effetti maieutici della cura.

In altri casi, si considera di aver fatto buoni progressi o addirittura di aver concluso il trattamento in maniera soddisfacente (ove non sia possibile ottenere nient'altro) quando il paziente riconosce e accetta i suoi sintomi, i suoi errori, i suoi limiti e le sue difficoltà. Gli obiettivi o gli effetti a cui si perviene sono cioè - ancora una volta - maieutici e non terapeutici.

Del resto, mantenendo il proposito manifestato all'inizio di non perseguire una finalità normativa, ma di prendere in esame i fatti, sto parlando - come si osserverà - non solo di obiettivi, ma anche di effetti della psicoanalisi, dato che sono questi ultimi gli obiettivi a cui si giunge in tale ambito. Intendo dire che mi interessa partire dagli effetti o risultati per dedurre da questi gli obiettivi, anziché basarmi su una formulazione preliminare che può risultare corretta o arbitraria, ma che nella maggior parte dei casi sarà di carattere normativo.

Chiamiamo obiettivo o effetto maieutico un arricchimento o uno sviluppo più completo che riguarda la personalità nel suo insieme o una parte di essa. Si può precisare tale concetto dal punto di vista psicoanalitico includendovi gli obiettivi clinici: quelli con formulazione clinica, quali la sintesi dell'Io, la capacità di sublimazione o di riparazione; con formulazione teorica, come "dove è l'Es deve essere l'Io"; e, infine, con formulazione tecnica, come il conseguimento dell'insight.

L'importante è che tutti gli obiettivi clinici citati siano realizzabili e non si escludano a vicenda; e ciò significa che l'unità o la convergenza vanno ricercate in una categorizzazione più ampia. Ritengo che a questo tipo di categorizzazione si arrivi utilizzando il concetto di effetti o obiettivi maieutici, grazie al quale è possibile raggruppare tutti questi criteri parziali in un ambito unitario e globale. Esamineremo in un'altra occasione in che modo il concetto di effetti o obiettivi maieutici rientra in quello di nevrosi come alienazione e dedialettizzazione e di trattamento psicoanalitico come disalienazione e dialettizzazione (Bleger, 1958 e 1965).

Se riprendiamo ora in esame in maniera più specifica il problema della cura, osserviamo che questo termine può indicare soltanto, a mio avviso, la scomparsa totale o parziale di sofferenze e organizzazioni patologiche o la loro modifica in senso favorevole. Freud (1937) rileva che il compito del trattamento psicoanalitico consiste nel "tentativo di liberare un essere umano dai suoi sintomi nevrotici, dalle sue inibizioni e anomalie del carattere". Questo è l'unico criterio che ritengo valido per quanto attiene agli obiettivi o effetti terapeutici (o cura) considerati indipendentemente dagli effetti maieutici. Da un punto di vista concettuale, "guarigione" non coincide in nessun caso con "normalità" e, d'altro canto, così come non vi è una salute totale non vi sono nemmeno guarigioni totali.

Lo psicoanalista si trova di fronte a due problemi ben diversi quando si trova a dover stabilire la guarigione di un paziente o quando deve, invece, definire o decidere la fine di un'analisi. Questa può concludersi perché non "funziona" oppure, come si osserva spesso, quando il terapeuta ritiene che non si otterrebbero ulteriori benefici o che quelli ancora possibili non giustificerebbero l'investimento di denaro, tempo ed energia. Questo ci porta a una constatazione molto importante: in ogni caso lo psicoanalista gradua gli obiettivi del trattamento in rapporto agli effetti ottenuti e a quelli che presume di riuscire a ottenere. La guarigione non è un'essenza a cui si deve giungere e nemmeno l'attributo di un'essenza (la malattia), ma è il risultato funzionale di un insieme - o Gestalt - costituito dal paziente, dallo psicoanalista e dal rapporto che si è stabilito fra loro. In questo modo, anche l'obiettivo della cura viene graduato in base agli effetti terapeutici: un paziente si può considerare guarito in modo soddisfacente grazie agli effetti terapeutici *in rapporto* alla gravità delle manifestazioni che presentava all'inizio del trattamento oppure in base al peggioramento che si è riusciti a evitare. Si

tratta, in ogni caso, della *miglior cura* per un dato paziente. "Come medici dobbiamo essere innanzitutto tolleranti verso la debolezza del malato, dobbiamo accontentarci di aver recuperato una parziale capacità di lavoro e di godimento anche in una persona non eccelsa" (Freud, 1912) (1). Il problema si pone in termini diversi se si fa riferimento al criterio di cura - su cui mi sono già soffermato - o piuttosto agli indici per valutare statisticamente gli effetti terapeutici della psicoanalisi.

Ci si devono porre per lo meno due interrogativi fondamentali. Che tipo di cura prestare? E in quale misura? Il "quantum", benché in stretta relazione con il "genere" di cura, dipende in gran parte dal tipo di paziente o di malattia che questi presentava all'inizio. Può accadere che un paziente termini con successo la sua analisi nelle condizioni in cui un altro la inizia: ad esempio, quello che viene considerato un esito decisamente positivo nel caso di uno psicotico al termine di un trattamento durato dieci anni, sarà ritenuto invece una malattia per cui iniziare un trattamento nel caso di un altro paziente che non è mai stato psicotico. Il "quantum" della cura è un criterio utilizzato molto spesso ai fini della valutazione; generalmente si procede a una classificazione di questo tipo: guarigione totale o parziale, oppure molto buona, media o nulla.

I risultati terapeutici che gli psicoanalisti hanno reso noti si basano sul criterio della scomparsa o del miglioramento delle manifestazioni patologiche e sulla scala quantitativa di recupero totale, parziale o nullo.

Questi sono il criterio e gli indici utilizzati nella relazione della Clinica di Berlino (1920-1930) da Fenichel, della Clinica Psicoanalitica di Londra da Jones (1926-1936), dell'Istituto di Psicoanalisi di Chicago da Alexander (1932-1937) e da Knight nel 1941.

Lo studio di Miles, Barrabee e Finesinger valuta i risultati della psicoterapia in 62 casi di nevrosi d'ansia prendendo in considerazione i sintomi, l'insight, il genere di vita condotto dal momento dell'ospedalizzazione e l'integrazione sociale, che comprende a sua volta la situazione professionale, matrimoniale, sessuale e le relazioni interpersonali. A ognuna di queste voci, inoltre, corrisponde una scala. La valutazione globale della cura viene

(1) Freud 1912, Boringhieri, vol. VI, p. 539.

data anche in base a una scala composta dai seguenti giudizi: ristabilito, molto migliorato, migliorato, poco migliorato, non migliorato, peggiorato.

Nel suo libro *Technique de la Psychanalyse*, Glover riporta i risultati di un questionario inviato a 29 psicoanalisti, al quale risposero in 24. Secondo questo autore, pertanto, i risultati dell'inchiesta riflettono le opinioni dell'intero gruppo britannico fino al 1938. Da quanto si legge nel capitolo IX, che riporta i risultati dell'inchiesta riguardo al tema della "fine dell'analisi", un terzo degli psicoanalisti non diede alcuna risposta su questo punto. Quelli che risposero affermarono di utilizzare i seguenti criteri: a) sintomatici; b) psicosessuali; c) sociali; sembra che prevalesse, comunque, il criterio sintomatico. La maggior parte degli analisti ammisero che i loro criteri sull'argomento erano essenzialmente intuitivi.

Nel 1963 la Società Britannica organizza un simposio su "I criteri di riuscita del trattamento", al quale intervengono Jones, Sharpe, Brierley e Glover, con contributi di cui quest'ultimo fornisce una sintesi nel suo libro. Jones stabilisce una distinzione fra risultati "terapeutici" e risultati "analitici", distinzione che riflette grosso modo le opinioni che sull'esito del trattamento possono avere rispettivamente il paziente e l'analista. Jones mette anche in guardia gli psicoanalisti contro la pericolosa tendenza a voler guarire ad ogni costo: se è opportuno, infatti, spingere l'analisi il più lontano possibile, esistono tuttavia dei casi in cui non si deve tentare di modificare difese più profonde poiché si rischierebbe di provocare una catastrofe.

Sharpe, da parte sua, sostiene che nessun criterio isolato di normalità può costituire per se stesso un obiettivo dell'analisi e che i criteri di cura devono essere stabiliti in base alla plasticità psichica effettivamente possibile in ciascun caso.

Brierley tratta due temi: il valore comparato dei criteri e quello della relatività dei benefici. I criteri psicosessuali sono per lui più importanti dei criteri sintomatici.

Glover rileva che è difficile considerare da un punto di vista scientifico il problema dei criteri analitici: "Certi fattori soggettivi possono influenzare l'analista nella scelta dei suoi criteri. È probabile che la sua compulsione ossessiva a ricorrere a schemi ideali aumenti in misura direttamente proporzionale alla sua incertezza. Allo stesso modo, il dogmatismo dell'affermazione aumenta man mano che diminuisce la sicurezza dell'informazione. Gli errori più grossolani si commettono proprio quando gli standard psicoana-

litici preconcezioni sono rigidi. Dato che siamo psicologi clinici, faremmo bene a fondare le nostre valutazioni dei risultati sull'evidenza clinica anziché su rigide idee teoriche preconcepite". Lo stesso autore suggerisce l'analisi di: a) fattori diversi (funzionamento dell'istinto di conservazione, dell'erotismo, dell'aggressività, dell'odio, eccetera); b) fattori clinici (modifica dei sogni, delle reazioni affettive, eccetera); c) dettagli clinici significativi.

Nella sua "Discussione" del libro di Eysenck, Zetzel afferma molto correttamente che i risultati dell'analisi non si possono misurare utilizzando termini quali "recupero" o "miglioramento". Aggiunge che la valutazione di risultati che sono in relazione non con il sintomo specifico, ma con un'ampia gamma di funzioni rappresenta una difficile sfida. Ed è vero.

Kubie afferma che lo studio degli effetti di qualunque terapia psichiatrica richiede alcune indagini preliminari:

- 1) Identificazione e definizione dei processi unitari della malattia.
- 2) Chiara distinzione tra le fasi iniziali di questi processi patologici e le loro conseguenze secondarie o terziarie.
- 3) Natura e criteri del cambiamento.
- 4) Identificazione dei processi unitari importanti della terapia.
- 5) Identificazione dei fattori esterni che influiscono sull'efficacia della terapia.

Dopo aver differenziato, fra gli obiettivi clinici della psicoanalisi, gli effetti terapeutici dagli effetti maieutici, e aver considerato il "quantum" della cura, farò ora un accenno piuttosto sommario ai vari tipi di terapia.

Come sappiamo, l'obiettivo finale del trattamento psicoanalitico è quello di ottenere degli effetti maieutici da cui derivino quegli esiti che chiamiamo "guarigione". Insieme a questo intervengono altri meccanismi che contribuiscono alla cura, ma che a volte si possono presentare isolati. Ci riferiamo alla ormai nota "guarigione da transfert" e a quella che suggeriamo di prendere in considerazione molto più attentamente - come un capitolo particolare - e che denominiamo "guarigione attraverso il meccanismo della depositazione". Questi due tipi di guarigione normalmente sono il risultato di terapie psicoanalitiche concluse con l'esito migliore, ma possono a volte presentarsi isolati e indipendentemente da effetti maieutici. Completiamo così l'insieme degli argomenti con cui si differenziano gli effetti maieutici della psicoanalisi da quelli terapeutici, aggiungendo ai casi cui ho accennato prima di effetti maieutici in assenza di effetti terapeutici l'esistenza della situazione opposta - di effetti terapeutici in assenza di effetti maieutici -

nelle cure da transfert e in quelle che avvengono attraverso la depositazione.

Knight contraddistingue i fattori della psicoterapia effettiva con tre termini: "support", "rapport" e "import". Il primo si riferisce agli elementi espliciti e impliciti della terapia che contribuiscono a rafforzare il senso di sicurezza del paziente; il secondo riguarda il transfert e il terzo il livello di conoscenza, di comprensione o di insight che il paziente raggiunge nella terapia. Quanto alla psicoanalisi, possiamo dire che questi tre fattori coesistono nel corso del processo analitico, ma coesistono ugualmente nella cura da transfert, in quella che avviene attraverso il meccanismo della depositazione e in quella ottenuta mediante l'insight. A volte troviamo soltanto uno dei primi due, o questi due senza il terzo.

Tralascio di citare qui altri tipi di guarigione, come ad esempio quello denominato da Gitelson "carattere analitico", che suppongo sia una variante della cura attraverso la depositazione, e altri che non è opportuno menzionare ora (cura per "fuga nella realtà", per "fuga nella guarigione", eccetera).

Benché molti dei contributi a cui ho fatto riferimento nella rassegna bibliografica siano posteriori al 1937, ritengo che essi costituiscano gli sviluppi del lavoro di Freud del 1937 intitolato *Analisi terminabile e interminabile*, al quale apportano ulteriori precisazioni. In questo articolo, che rappresenta un vero e proprio bilancio - a mio avviso tuttora valido - si puntualizzano le conquiste e le prospettive della psicoanalisi, i suoi obiettivi e i suoi effetti terapeutici. Freud vi cita inoltre tre fattori che considera decisivi per le possibilità del trattamento psicoanalitico, e cioè i traumi, le pulsioni e l'Io.

Sulla base di questa puntualizzazione di Freud, quelli che ho chiamato effetti o obiettivi maieutici della psicoanalisi possono essere determinati con più esattezza non solo dal punto di vista fenomenico, come ho fatto finora, ma anche riguardo ai loro aspetti psicodinamici. Tutti gli obiettivi o effetti maieutici della psicoanalisi sono riconducibili a questo quadro di riferimento indicato da Freud, cioè ai traumi, alle pulsioni e all'Io.

Nello stesso tempo, però, quella che possiamo denominare caratterizzazione trifattoriale della psicoanalisi costituisce una formulazione basata sulla conoscenza delle nevrosi. Diventa indispensabile prendere in considerazione nuovi "fattori" che permettano una comprensione più vasta di quelli che ho chiamato obiettivi maieutici e della loro struttura psicodinamica. Dal

1937 ad oggi, non si è tenuto sufficientemente conto, salvo sporadiche eccezioni, degli insegnamenti derivati dalla psicoanalisi degli psicotici, dei bambini, dei disturbi caratteropatici e dei disturbi gravi della personalità. O, in ogni caso, non se ne è tenuto conto abbastanza nell'impostazione degli obiettivi della psicoanalisi.

La "psicoanalisi trifattoriale", a mio avviso, fa riferimento a una parte soltanto della personalità e di quanto realmente avviene nel corso del trattamento psicoanalitico, cioè a quella che ho denominato Parte Nevrotica della Personalità (P.N.P.) e che è costituita essenzialmente dai tre fattori indicati in precedenza, vale a dire dai traumi, dalle pulsioni e dall'Io. Possiamo favorire una comprensione più vasta di quello che include la P.N.P. ricordando che questo sviluppo della conoscenza psicoanalitica si fonda sul trauma, sul conflitto, sulla gratificazione e sulla frustrazione, sulla rimozione e sulla proiezione, sull'integrazione e sulle funzioni dell'Io, sulle sue relazioni con il Superio, le pulsioni istintuali e gli oggetti interni. La P.N.P. nel suo insieme si può considerare anche basata sulla dinamica della posizione schizoparanoide e della posizione depressiva successiva. In altri termini, la P.N.P. e la psicoanalisi trifattoriale che l'ha studiata si riferiscono alle relazioni oggettuali e a quelle interpersonali. Gli obiettivi tecnici fondamentali consistono nell'utilizzare il transfert e nel rendere conscio l'inconscio. L'obiettivo maieutico può venire individuato grosso modo nel raggiungimento di una migliore o maggiore integrazione o sintesi dell'Io, il che implica obiettivi intermedi fra cui quello di regolare le sue relazioni con le pulsioni, il Superio e la realtà esterna.

Se prendiamo ora in considerazione gli apporti dell'esperienza clinica e tecnica con pazienti dalle caratteristiche diverse, come quelli con personalità psicopatica, i tossicomani, gli psicotici, i caratteropatici, gli individui affetti da disturbi della personalità ("as if", personalità autoritaria, personalità ambigua, eccetera), dobbiamo aggiungere a questi tre fattori, che costituiscono di per sé un livello e della personalità e dell'analisi, un altro livello corrispondente alla parte psicotica della personalità (P.P.P.). Non ci siamo resi conto di quanto siano in ritardo la nostra teoria psicoanalitica in generale e la teoria degli obiettivi della psicoanalisi e della cura rispetto all'attuale estensione e complessità della clinica e della tecnica psicoanalitica.

Nella P.P.P. includo quella parte della personalità che non rientra nella discriminazione della posizione schizo-paranoide e che si mantiene in una



condizione di fusione o di mancanza di discriminazione, da me denominata sincretismo, o è regredita fino a quel punto. La P.P.P. è stata inserita frammentariamente negli studi sulle identificazioni proiettive e introiettive massive, tuttavia gran parte di quella che ho chiamato P.P.P. a mio giudizio non dipende unicamente e totalmente dall'identificazione proiettiva-introiettiva, ma da un residuo del sincretismo, dalla simbiosi primitiva, la cui struttura è anch'essa sincretica.

Ciò presuppone, in qualche misura, un ampliamento o una modifica della concezione trifattoriale della psicoanalisi, dal momento che questa si fonda su un pensiero ontogenico secondo il quale il bambino quando nasce è un individuo isolato che deve mettersi in contatto, in relazione con gli altri e ricevere delle gratificazioni, e che nel corso di questo processo subisce traumi e frustrazioni. Il che è vero, ma solo per quanto riguarda una parte della personalità: la P.N.P. Per quest'ultima rimangono validi, come obiettivi della psicoanalisi, l'ampliamento e l'integrazione dell'Io sulla base di una migliore strutturazione delle sue relazioni con i traumi, i conflitti, gli impulsi, gli oggetti e il Superio.

La teoria e la clinica della P.P.P. portano a ritenere che, contemporaneamente alla graduale strutturazione delle relazioni oggettuali e di quelle interpersonali, esista, fin dalla vita intrauterina, una fusione, con mancanza di discriminazione, fra soggetto e oggetto, fra Io e non Io, fra Io e Superio, eccetera.

Questo stato primitivo di organizzazione, di cui la struttura sincretica indicata in precedenza è una variante, l'ho denominato *struttura sinciziale*: da questa si sprigionano dei frammenti che passano da uno stadio di indifferenziazione alla discriminazione della posizione schizo-paranoide, ma gran parte di essa si mantiene tale e quale e la sua immobilizzazione è condizione essenziale per lo sviluppo delle discriminazioni e quindi della P.N.P.. Tale immobilizzazione si raggiunge grazie a una certa "fissità" o sicurezza dell'ambiente esterno e delle persone affettivamente significative (che sono esterne per noi, ma che non sono né esterne né interne per il soggetto).

Se la struttura sinciziale non raggiunge tale immobilizzazione o dipendenza, o se questa è distorta, ci troviamo di fronte a un capitolo della psicoanalisi dello sviluppo e della patologia che non ha più alcuna relazione con i conflitti, i traumi e le frustrazioni, ma che si ricollega invece alla *deprivazione*; a questo proposito non si è riconosciuta sufficientemente l'im-

portanza dei contributi, fra gli altri, di Spitz, Bowlby, Searles e miei. Il presupposto fondamentale di questi apporti, a mio avviso, è che il bambino quando viene alla luce non sia un ente isolato o un individuo, ma una struttura indifferenziata che non andrà mai totalmente perduta e a partire dalla quale egli stabilirà le relazioni oggettuali e organizzerà la propria individualità. Soltanto se questa struttura sinciziale primitiva si organizzerà come dipendenza simbiotica con uno o più depositari, la P.P.P. rimarrà immobilizzata, paralizzata o depositata al punto da permettere lo sviluppo e il consolidamento della P.N.P.. La deprivazione deriva da una carenza o da una distorsione di questo legame simbiotico.

Il punto culminante del consolidamento della P.N.P. si raggiunge con l'instaurarsi del periodo di latenza, cioè quando la P.P.P. rimane paralizzata, depositata o immobilizzata e grazie a ciò si ottiene lo sviluppo della P.N.P..

Tuttavia, tali acquisizioni del periodo di latenza dipendono anche dal corso seguito precedentemente dalle nevrosi infantili, cioè dalle difese nevrotiche che l'Io è stato in grado di sviluppare e che sono determinate, a loro volta, dalla presenza, dall'assenza o dalla distorsione della dipendenza simbiotica infantile. Il periodo di latenza è anche quello in cui si configura o si instaura in maniera estremamente netta una chiara separazione fra P.N.P. e P.P.P., che ho chiamato clivaggio. È nella crisi puberale che tale clivaggio torna a rompersi o a farsi più permeabile con l'irruzione della P.P.P., che provoca in questo modo una disorganizzazione della P.N.P., cosa che costituisce precisamente la crisi puberale. Successivamente, nella vita adulta, questa permeabilità rimane modulabile; la patologia si instaura in seguito a una rottura, a un'assenza o a un'insufficienza del clivaggio, oppure quando si è stabilito un grado eccessivo di clivaggio o separazione, o qualora il paziente abbia avuto, anziché una relazione o una dipendenza simbiotica normale, una deprivazione simbiotica o addirittura, in altri casi, una simbiosi distorta o patologica (Bleger, 1966 e 1967).

Gli obiettivi della psicoanalisi e i criteri di cura, dunque, sono in relazione non soltanto con il destino della P.N.P., la cui caratterizzazione viene sintetizzata da Freud nei tre fattori, ma anche con quello della P.P.P. e con l'andamento e il destino del clivaggio.

Come ho rilevato, il "carattere trifattoriale" della psicoanalisi, costituito dall'interrelazione fra i traumi (fra i quali includiamo i conflitti e le frustrazioni), le pulsioni e l'Io (che comprende anche il Superio), si riferisce

unicamente alla P.N.P., mentre la P.P.P. è caratterizzata dalla struttura sincretica (mancanza di discriminazione), dai problemi derivanti dalla deprivazione simbiotica o da quelli inerenti alla patologia della simbiosi, tutte circostanze che influiscono sull'instaurarsi o meno del clivaggio, sul carattere che questo assume, sul grado di sviluppo della P.N.P. e sull'andamento e il destino della P.P.P.. A volte la patologia consiste precisamente in una rigidità, immobilità o mancanza di permeabilità del clivaggio, come avviene nelle forti restrizioni dell'Io, in alcune caratteropatie, eccetera. Come la P.N.P. stabilisce le relazioni transferali, così la P.P.P. è responsabile delle depositazioni e/o del transfert psicotico o narcisistico, il cui carattere fondamentale è appunto quello dell'indifferenziazione.

L'ambito dinamico degli obiettivi maieutici della psicoanalisi deve quindi comprendere la P.P.P. e il clivaggio con la P.N.P.. Ora, la trifattorialità non è più costituita soltanto dai traumi, dalle pulsioni e dall'Io, ma anche da una prospettiva bidimensionale che comprende due diverse strutture od organizzazioni, la P.N.P. e la P.P.P., fra le quali si stabilisce il clivaggio. Considerati in questo modo, gli obiettivi maieutici del trattamento psicoanalitico possono essere per esempio, a seconda dei casi, i seguenti:

- sopperire nel rapporto terapeutico alla simbiosi di cui il paziente è venuto a mancare durante lo sviluppo (personalità psicopatica);
- modificare una simbiosi patologica (omosessualità, tossicomania);
- stabilire un clivaggio (borderline);
- permeabilizzare il clivaggio (caratteropatie);
- ampliare la P.N.P. a scapito della discriminazione della P.P.P. (restringimento dell'Io).

Questi aspetti che ho citato a titolo di esempio, e senza il proposito di esaurire l'elenco, conducono agli obiettivi maieutici: all'arricchimento della personalità e, in concomitanza o meno con questo, alla guarigione. La psicoanalisi trifattoriale è l'analisi della P.N.P. che appare realizzabile in tutti quei pazienti in cui la P.P.P. passa inavvertita per il fatto che il clivaggio è avvenuto in modo corretto e che si è determinata una depositazione muta e non manifesta; su questo sfondo ha luogo il transfert come "figura" di una Gestalt.

Riconsiderando ora in una prospettiva globale il problema fin qui trattato, possiamo dire che la guarigione - nel suo significato medico - è sempre, in qualche modo, psicologicamente legata all'esorcismo, cioè all'idea

di togliere o estirpare la malattia. La psicoanalisi imposta la cura su basi nuove, tanto che è lecito chiedersi se si debba continuare a utilizzare questo termine: lo studio delle nevrosi sintomatiche portò a comprendere che è possibile curare soltanto se si incorpora pienamente nella personalità, se si recupera, quello che era stato confinato nei sintomi. Questo recupero (e non "estrazione") costituisce innanzitutto un arricchimento della personalità che ho specificamente designato come un obiettivo maieutico della psicoanalisi e che da un punto di vista psicodinamico comprende, fra l'altro, la sintesi dell'Io, un migliore senso della realtà, la risoluzione di conflitti, il rendere conscio l'inconscio, una maggiore capacità di riparazione o sublimazione, il conseguimento dell'insight, della posizione depressiva, eccetera. Tutto questo rientra in quella che ho chiamato concezione trifattoriale della psicoanalisi.

Quando la psicoanalisi affronta lo studio delle psicosi e delle "nevrosi del carattere" o caratteropatie, non è più possibile pervenire all'obiettivo maieutico e alla cura inglobando quello che era stato confinato (come nel caso delle nevrosi sintomatiche), cioè, in altri termini, l'arricchimento della personalità non si ottiene più sulla base di quello che il paziente aveva già ma non poteva utilizzare, bensì grazie alla formazione di strutture nuove e diverse da quelle che egli possedeva.

Una terza importante tappa di questa storia è quella rappresentata dalla psicoanalisi della personalità, in cui si viene a contatto con le problematiche inerenti alle personalità psicopatiche, alle personalità ambigue ("as if", autoritarie, fatiche, ecc.), alle tossicomanie, ecc., in cui l'arricchimento non è dovuto, evidentemente, a una risoluzione o a un recupero, come nel caso delle nevrosi sintomatiche, ma a una vera e propria modifica, attraverso la discriminazione, con *acquisizione* di possibilità, attitudini, sentimenti, che nel paziente non sono mai esistiti prima in quanto tali. Non si tratta di rendere conscio l'inconscio, ma di acquisire quello che non esisteva nemmeno - in quanto tale - a un livello inconscio.

Ciò non significa che vi siano diversi tipi di psicoanalisi che si escludono a vicenda. Al contrario, nell'analisi delle nevrosi sintomatiche arriva un momento in cui si deve o si può passare all'analisi della P.P.P. e viceversa, o vi sono situazioni in cui i due tipi di analisi esigono contemporaneamente la nostra attenzione.

Ho incominciato così a presentare il problema dell'obiettivo maieutico o dell'arricchimento della personalità come un processo quanto meno bidi-

mensionale. Se si volessero fornire maggiori dettagli su ciascuno di questi problemi, si dovrebbero descrivere anche aspetti clinici, teorici e tecnici della psicoanalisi che non è opportuno sviscerare qui.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ DE TOLEDO L.G. - GRINBERG L. - LANGER M., *Terminación de análisis*, Revista del Psicoanálisis, 1967, 24, 2.
- BALINT M. - BALINT A., *The Final Goal of Psychoanalytic Treatment* (1935), in "Primary Love and Psychoanalytic Technique", H. Gart press, London (1952) trad. it.: *L'amore primario*, Guaraldi, Rimini, 1973.
- BALINT M., *Changing Therapeutical Aims and Techniques of Psychoanalysis*, Int. J. Psychoanal., 1950, 31.
- BLEGER J., *Psicoanálisis y dialéctica materialista*, Paidós, Buenos Aires, 1958.
- BLEGER J., *Alienación, psicología y psicopatología*, seminario del 1965, ciclostilato.
- BLEGER J., *Simbiosis, psicopatía y manía*, in RASCOVSKY A. - LIBERMAN D., "Psicoanálisis de la manía y la psicopatía", Paidós, Buenos Aires, 1966.
- BLEGER J., *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967.
- BLEGER J., *Ensayo de categorización de entrevista*, in "Temas de Psicología", Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
- DEUTSCH H., *Psychoanalytic Therapy in the Light of Follow-up*, J. Am. Psychoanal. Assn., 7, 3, 1959.
- EYSENCK H.J., *The Effects of Psychotherapy*, International Science Press, New York, 1965.
- FAIRBAIRN W.R.D., *On the Nature and Aims of Psychoanalytic Treatment*, Int. J. Psychoanal., 1958, 39,5.
- FENICHEL O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Nova, Buenos Aires, 1957. Trad. it.: *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio.
- FREUD S., *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, 1912, in *Opere*, Vol. VI, Boringhieri, Torino.

- FREUD S., *Per la storia del movimento psicoanalitico*, 1914, in Opere, Vol. VII, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Introduzione alla psicoanalisi*, 1915-1917, in Opere, Vol. VIII, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *L'Io e l'Es*, 1923, in Opere, Vol. IX, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*, 1932, in Opere, Vol. XI, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., *Analisi terminabile e interminabile*, 1937, in Opere, Vol. XI, Boringhieri, Torino.
- GITELSON M., *The Analysis of the 'Normal Candidate'*, Int. J. Psycho-Anal., 1954, 35,2.
- GLOVER E., *Therapeutic Criteria of Psycho Analysis*, Int. J. Psycho-Anal., 1954, 35,2.
- GLOVER E., *Technique de la Psychoanalyse*, P.U.F., Paris, 1958. Trad. it.: *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma.
- HOFFER W., *Three Psychological Criteria for the Termination of Treatment*, Int. J. Psycho-Anal., 1950, 31.
- KLEIN M., *Sobre los criterios para la terminación de un análisis*, Rev. Urug. Psicoanal., 1961-62, 4,2. Trad. it.: *Sui criteri per la conclusione di un trattamento psicoanalitico*, in "Scritti, 1921-1958", Boringhieri, Torino.
- KNIGHT R.P., *An Evaluation of Psychotherapeutic Techniques*, Bull. Menninger Clinic, 1952, 16,4.
- KUBIE L.S., *Discussions*, in EYSENCK, H.J., "The Effects of Psychotherapy", International Science Press, New York, 1965.
- MENNINGER FOUNDATION, *The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation*, Bull of the Menninger Clinic, 1956, 20,5 e 1958, 22,4.
- MILES H.H.W. - BARRABEE E.L. - FINESINGER J.E., *Evaluation of Psychotherapy*, Psychosomatic Medicine, 1951, 13,2.
- NUNBERG H., *Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis* (1931), Pubul, Barcelona, 1950.
- OBERNDORF C.P., *Results of Psychoanalytic Therapy*, Internat. J. Psychoanal., 1943, 24, 3-4.
- OBERNDORF C.P. - GREENACRE P. - KUBIE L., *Symposium on the Evaluation of Therapeutic Results*, Internat. J. Psychoanal., 1948, 29,1.
- RICKMAN J., *On the Criteria for the Termination of an Analysis*, Int. J. Psychoanal., 1950, 31.

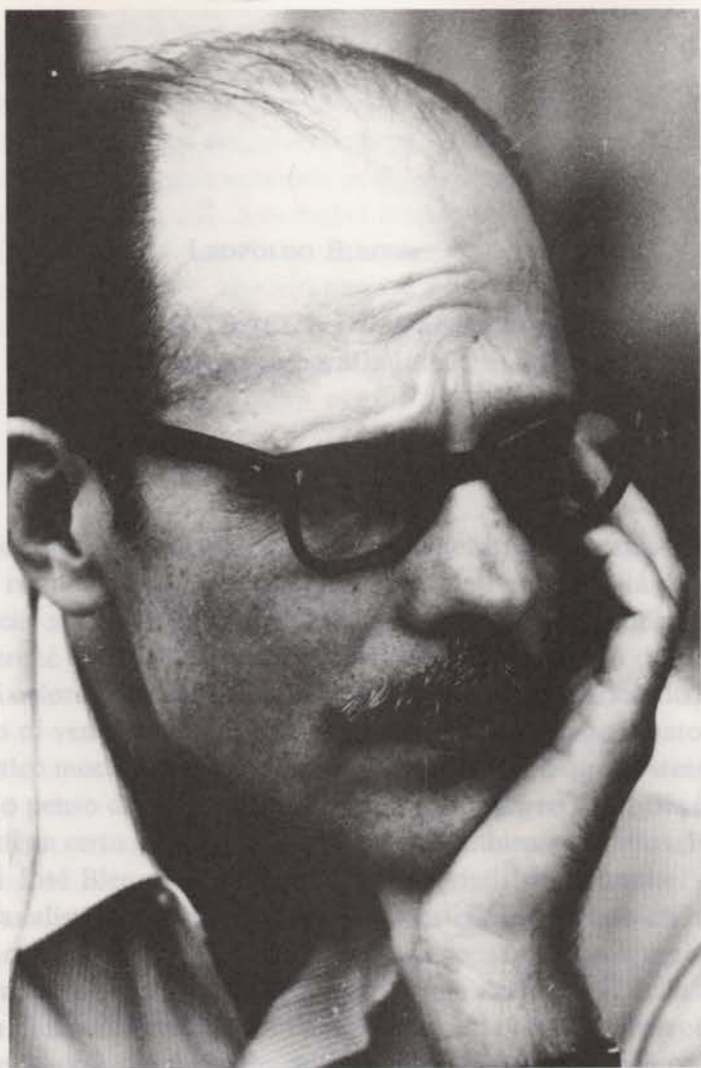
- SCHMIDEBERG M., *After the Analysis*, Psychoanal. Quart., 1938, 7.
- SEGAL H., *Factores curativos en psicoanálisis*, Rev. Urug. Psicoanál., 1965, 7, 2-3.
- STRACHEY J., *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*, int. J. Psychoanal., 1934, 15, p. 127. Trad. it.: *La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi*, Riv. di Psicoanalisi, 20, 1974, pag. 127.
- SYMPOSIUM ON THE THEORY OF THE THERAPEUTIC RESULTS OF PSYCHOANALYSIS, Int. J. Psychoanal., 1937, 18, 2-3.
- SZASZ T.S., *On the Theory of Psychoanalytic Treatment*, Int. J. Psychoanal., 1957, 38, 3-4.
- WAEELDER R., *The Problem of Freedom in Psycho-Analysis and the Problem of Reality Testing*, Int. J. Psychoanal., 1936, 17.
- WALLERSTEIN R.S., *The Goals of Psychoanalysis*, Journ. Am. Psychoanal. Assn., 1965, 13,4.
- ZETZEL E.R., *Discussions*, in Eysenck H.J., "The Effects of Psychotherapy", International Science Press, New York, 1965.

APPENDICE

LEOPOLDO BLEGER

BIOGRAFIA DI JOSÉ BLEGER





José Bleger

LEOPOLDO BLEGER

## PERCORSI E TRACCE DI JOSÉ BLEGER\*

Abbozzo d'una biografia intellettuale

## Una unica tensione

Leggendo i testi di José Bleger, dalle tematiche in apparenza così diversificate, si resta meravigliati, malgrado tutto, dall'omogeneità del tono. Non solo perché si può ritrovare quasi dappertutto la stessa problematica, ma di più, perché si riscontra in campi molto diversi lo stesso tipo di approccio. Tutti coloro che l'hanno conosciuto evocano nel loro ricordo il particolare modo di venire in contatto che ha come comun denominatore un suo caratteristico modo di pensare. Nei suoi testi si ritrova questa stessa impostazione? Io penso di sì. La singolarità del suo pensiero si profila nonostante i limiti di un certo linguaggio, d'obbligo nell'ambiente analitico. Poiché il leitmotiv di José Bleger, l'indifferenziazione primitiva, connota l'opera di molti altri analisti, non è dunque tanto il pensiero in se stesso che caratterizza la sua opera quanto piuttosto il modo di pensare. Non bisogna meravigliarsi di ritrovare qui ciò che rappresenta una delle chiavi della storia della filosofia. È il pensiero che interroga se stesso, il processo è inseparabile dall'oggetto. È così che si ritorna alle questioni originarie, sempre le più pertinenti. Durante gli anni '50 l'ipotesi dell'indifferenziazione primitiva era lungi dall'essere un'idea scontata, ma è diventata poi nozione passepartout buona a nascondere la mancanza di rigore e l'eccessiva fiducia nell'intuizione, propria di una certa tendenza degli anni '80. Penso che lo

\* Traduzione dal francese di Micheli Vittoria.

sforzo di José Bleger, più intenso verso la fine della propria vita, tendeva a ben inquadrare il posto dell'indifferenziazione primitiva, per poter così trarne le conseguenze. Se l'intuizione non è da rifiutare, resta malgrado tutto incapace di spiegare e in tal modo di lasciarsi trasmettere. Del resto l'intuizione è spesso appropriazione d'un elemento della struttura: è ciò che le conferisce talvolta il suo carattere folgorante. Ho fatto riferimento prima al comun denominatore del suo pensiero. Tuttavia credo che si darebbe una falsa immagine presentando questo pensiero come una concezione "blegeriana" della psicoanalisi e della psicologia. Non si tratta tanto di elencare i contributi di Bleger alla salute mentale, quanto di spiegare come si trovi lo stesso filo conduttore in campi in apparenza tanto lontani. Proprio come nella pianta la cui struttura si ritrova in ogni suo elemento.

#### Anni di formazione

Poiché si tratta di far conoscere José Bleger ad un pubblico che suppongo poco al corrente del suo percorso e del contesto, occorre dare in questa sede alcuni elementi biografici. Non tanto per soddisfare la curiosità dei lettori di sapere chi fosse José Bleger, curiosità fra l'altro naturale, quanto perché la sua traiettoria, il suo interrogarsi, persino le sue incertezze riflettono la storia d'una generazione, la storia tout court d'un periodo dell'Argentina. Bleger è nato in Argentina nel 1922 da genitori ebrei immigrati. Il suo impegno nella professione e nell'attività politica si sono sviluppati in parallelo al momento in cui il Paese faceva l'esperienza del populismo peronista: la spinta d'una borghesia che trascinava dietro di sé i ceti popolari e le loro rivendicazioni. A quell'epoca, la maggior parte degli intellettuali era più preoccupata per il dibattito sul fascismo il cui epicentro era l'Europa. L'adesione al Partito Comunista e le inquietudini esistenziali erano per essi due aspetti inscindibili d'una stessa militanza. Terminati gli studi di medicina nel 1946 a Rosario, a circa 500 km da Buenos Aires, inizia ad esercitare la libera professione di neurologo e di psichiatra più a nord ancora, a Santiago del Estero là dove sono nati i suoi figli, mia sorella ed io. È qui che, avendo un impiego che prevedeva l'obbligo di residenza, prende la decisione d'intraprendere un'analisi con Enrique Pichon-Rivière. Pichon era un personaggio d'una sorprendente perspicacia che ha consolidato il cam-

po della ricerca in psichiatria, psicoanalisi, psicologia dei gruppi e delle istituzioni. Se si può parlare d'una scuola argentina di psicologia e di psicoanalisi, allora una parte di questa scuola trova la propria ispirazione nel suo insegnamento. Poiché Pichon-Rivière è un autore poco prolifico, fautore d'un insegnamento orale, i conoscitori del suo stile ritroveranno facilmente nei testi di Bleger i riferimenti impliciti a lui e al suo modo di pensare. Nessuna accentuazione potrebbe essere troppo forte per sottolineare l'impatto e la portata del pensiero di Pichon su quello di Bleger. Fu proprio Pichon che indicò una via intersoggettiva e situazionale piuttosto che storico-genetica, un punto di vista concreto e drammatico - nel significato che Politzer dava a questi termini-piuttosto che pulsionale, come era inteso all'epoca. Quando José Bleger inizia la sua formazione nella "Asociación Psicoanalítica Argentina" aderente all'IPA, questo era un gruppo giovane di fronte a un ambiente della salute mentale quasi interamente manicomiale e ad una psicologia puramente accademica.

Un territorio inesplorato si presentava davanti ai primi analisti argentini; il loro ruolo sarà determinante. Bisogna collocare a questo punto l'influenza di Georges Politzer, quello prima maniera, quello della critica del sostanzialismo dell'ipotesi dell'inconscio, un rischio probabilmente inerente ad ogni ipotesi. Si sa che, ad un certo punto, la critica di Politzer si è rivolta contro di sé per diventare ciò che si può definire critica stalinista. Il lavoro di mio padre segue, sebbene solamente in parte, la critica della metapsicologia freudiana. Questo legame con l'elaborazione di Politzer non deve nascondere una differenza sostanziale quando la suddetta elaborazione viene ripresa in mano da Bleger. Secondo quest'ultimo non si può negare alla psicoanalisi un posto assai particolare nella storia della psicologia. La critica è per Bleger una necessità interna alla stessa teoria e alla stessa pratica, e non un'arma per distruggere. Più avanti prenderemo in esame la fonte di un'altra critica alla metapsicologia, fonte dalla quale Bleger attingerà. Già installato a Buenos Aires in maniera definitiva dal 1954, pubblica nel 1957 "Psicoanalisi e dialettica materialista". Non si tratta d'una sintesi freudo-marxista sulla scia d'un Reich o d'un Marcuse. È una serie di studi sugli schemi di riferimento di Freud così come un primo tentativo per dar corpo ad un utilizzo della dialettica che Bleger pensa di ritrovare nella stessa pratica psicoanalitica. Alcuni anni più tardi, continua questa stessa linea di lavoro con la pubblicazione delle opere psicologiche complete di Politzer

in spagnolo con una lunga prefazione e parecchi saggi annessi. Nel 1962 fa un viaggio in Unione Sovietica. Al ritorno può soltanto testimoniare dell'antisemitismo ufficializzato. Bleger, che parla correntemente l'yiddish, non ha potuto che constatare ciò che molti altri avevano visto prima di lui. Un articolo ed un dibattito su questa questione faranno precipitare la rottura con il Partito, epilogo inatteso delle dispute sulla psicoanalisi di alcuni anni prima. Molto rapidamente ha potuto sottrarsi al fatalismo della "vecchia guardia del Partito", mescolanza d'acredine, rimpianto lancinante e staticità del pensiero nella denuncia della propria delusione. L'impegno politico di Bleger era di dominio pubblico in Argentina. Le sue idee di sinistra resteranno le stesse. In un paese dove la politica è, per forza di cose, al primo posto da decenni, il prendere posizione non è percepito come una stonatura. Nel caso di José Bleger bisognerebbe ricordare che era un uomo che teneva ai suoi impegni.

#### Campi d'azione

È durante gli anni '60 che si definiranno i suoi vari campi d'attività. Dapprima all'Associazione Psicoanalitica dove, oltre alla sua funzione didattica e al suo insegnamento nei seminari di formazione, propone la creazione d'un centro d'assistenza. Il "Centro Racker" - dal nome d'un analista - proponeva un percorso analitico a coloro che attraverso il proprio lavoro erano in contatto con una vasta popolazione. Benché ciò evochi le "cliniche" dei vari gruppi analitici, a cominciare dalla prima, quella di Berlino del 1920, il "Centro Racker" era per Bleger il progetto d'un centro di ricerca. Prima a Rosario e poi a Buenos Aires, mio padre faceva parte di quel gruppo di psicoanalisti che hanno fondato il Corso di Psicologia nell'Università Argentina. Sarà anche professore alla Scuola di Psichiatria Sociale di Pichon-Rivière. È con lui che avrà luogo la prima esperienza secondo la tecnica dei "gruppi operativi", quella metodologia cioè che permette l'elaborazione di tutto ciò che ostacola un obiettivo che lo stesso gruppo s'è posto all'inizio. Il suo insegnamento alla Facoltà è all'origine di "Psicologia de la Conducta" (Psicologia del Comportamento). Strano destino quello di questo libro che ha probabilmente cambiato molto l'orientamento della psicologia in Argentina. Questo libro rappresentava un piano di lavoro per

tutti quelli che hanno dovuto far fronte agli esponenti della vecchia guardia, ma è anche diventato un manuale, il libro di testo che si impara a memoria nella scuola secondaria. Il suo scopo è chiaramente espresso da Bleger: proporre un procedimento riunificatore di fronte a delle conoscenze parcellizzate e alla pretesa di ogni corrente della psicologia di essere la sola nel "vero". Non è un caso se l'opera porta questa dedica "Al mio maestro Dottor Enrique Pichon-Rivière" (1). La vita latino-americana permetteva, incitava quasi a tentare l'estensione della sfera della psicoanalisi al campo dell'istituzione e dei gruppi.

Due libri riuniscono una buona parte di questa riflessione e della sua esperienza "Psicohigiene y Psicología Institucional" e "Temas de Psicología".

#### La prassi in se stessa

Possiamo ora tornare al tentativo di comunicare ciò che è stato il singolare punto d'arrivo di Bleger. Ho affermato prima che supponevo di scrivere per un pubblico che conosce poco più che l'eco del peso che il suo nome ha potuto avere in Argentina. In questo senso i lettori che mi sono attribuito - a torto o a ragione - fanno parte del testo. Ora noto e riscontro l'apparente evidenza con la quale certe idee che lo riguardano mi vengono in mente. Il modello concettuale di Bleger corrisponde molto bene alla situazione nella quale si trova ciò che cerco di comunicare in questo momento. Si tratta degli aspetti muti della situazione e che tuttavia sono quelli che la struttura-

(1) Quasi 30 anni dopo (precisamente nel 1962) un aneddoto gli darà forse un'altra dimensione. Verso gli anni più neri della repressione politica in America Latina, una donna aveva tenuto a parlarmi di suo marito, prigioniero in Uruguaj. Quest'uomo si era sempre mostrato "contrario alla psicologia" in modo molto accanito, come la maggior parte dei suoi compagni di militanza. Contava solamente la lotta popolare. Poi un giorno gli capita tra le mani "Psicología de la Conducta". Lo legge, lo rilegge e un'altra dimensione del proprio interrogarsi gli appare. Nelle lettere scrive alla moglie, racconta che Bleger era diventato per lui un personaggio vivo, che l'accompagna come un interlocutore fantasma che arricchisce di altri significati intere parti della sua vita. Penso che se Bleger avesse udito questa storia, sarebbe stato più fiero di questa lode che degli omaggi accademici.

no. Si potrebbe credere, nel caso di questo Autore, ad una sensibilità particolare a questi aspetti muti; si tratta piuttosto di considerare questa ipotesi al centro della problematica stessa. In uno stile per niente brillante ma che mi colpisce per la passione, José Bleger voleva trarre le conseguenze di questa determinazione. Trovo sorprendente la descrizione fatta in termini di aspetti muti così come lo stesso Bleger l'utilizza. Tanto più sorprendente se si ricorda che uno dei pochi modi che trova Freud per descrivere la pulsione di morte è stato giustamente di definirla muta (1). Ora se impiegherò termini come determinazione, ipotesi, modello concettuale (anche se è alla maniera di Pichon e del suo "schema concettuale, di riferimento e operativo" in spagnolo "ECRO") per definire l'indifferenziazione primitiva, in questo modo ci ritroveremo nel più puro stile freudiano. Restando su questo piano l'equivoco sarà al suo zenit. Il pensare in termini d'indifferenziazione primitiva permette di notare immediatamente l'intensità di ciò che Bleger chiamava la dipendenza, termine che mutua da Fairbairn. Diciamo la sottomissione, la soggezione, la costrizione della struttura. Se questo termine sembra oggi fortemente connotato, bisognerà ricordarne l'impiego fatto un tempo da Daniel Lagache. L'utilizzazione del termine dipendenza comporta secondo me un duplice rischio. Da una parte quello di collocare il suo opposto, l'indipendenza a un livello ideale, l'utilizzazione dell'uno che evoca quella dell'altro, d'altronde questa cosa presuppone un certo tipo di comportamento esteriore. Cioè di far credere che in un qualsiasi momento possiamo sfuggire alla situazione in ciò che essa ha di costrittivo e di muto. In "Simbiosi e Ambiguità" pubblicato nel 1967, ma che è una raccolta di testi attorno allo stesso filo conduttore, testi che vanno dal 1957 al 1966, ci si può accorgere del lento abbandono di questo schema. Contrariamente al modo di pensare centrato su di un ideale, Bleger giunge a riformulare le strutture psicopatologiche non come deviazioni da una norma, ma come organizzazioni con una loro propria logica. "Simbiosi e Ambiguità" si presenta come una serie di molteplici riorganizzazioni d'uno stesso elemento

(1) Verso la fine di "Al di là del principio di piacere", S.A. III, 271; verso la fine del quarto capitolo di "L'Io e l'Es", S.A. III, 313 e nell'ultima frase di questo stesso libro.

In Bleger si ritrova impiegata questa parola, fra le altre, nel testo sul setting psicoanalitico, capitolo VI di "Simbiosi e Ambiguità".

ordinatore, cambiando nome, portata, conseguenze. C'è in questo libro dal primo all'ultimo capitolo un continuo slittamento. Vera rifondazione terminologica che non si riduce al cambiamento di ciascun termine. Quando un termine cambia, è il significato dell'insieme che muta. La prefazione di Bleger lo dice apertamente. Siamo davanti ad una ricerca e non davanti all'esposizione di una dottrina. Negli anni '60 Melanie Klein esercitava sulla psicoanalisi argentina un dominio assoluto. Non so se possa suscitare sorpresa o rappresentare una qualche banalità il dire ai lettori a proposito di "Simbiosi e Ambiguità" che è nella Klein che José Bleger ha trovato un altro punto d'appoggio per la critica della metapsicologia freudiana. La critica nella Klein è implicita, poco importano qui le ragioni per cui è così. Il pensiero Kleiniano è stato per José Bleger, la fonte più immediata ma anche una morsa che lo costringeva a trascrivere molte esperienze in termini talvolta assai poco appropriati. Fino ad un certo punto questo destino è comune a tutto il pensiero analitico. Ho già citato Fairbairn. La sua influenza su Bleger mi sembra più del tipo dell'attrazione per qualcuno che, come Fairbairn, era abituato a dire ciò che pensava, e a pensare abbastanza liberamente. Anche se nel caso di Fairbairn il suo cammino l'abbia condotto, quasi involontariamente, verso una visione morale. In ogni caso questo risultato è agli antipodi della posizione di Bleger. Ma lo stile di Fairbairn, per quanto indefinibile, è nondimeno una calamita. Esiste lungo l'opera di mio padre un tentativo di affrontare gli elementi concreti della prassi psicoanalitica. D'altronde uno dei suoi ultimi testi porta questo titolo. Se si prendono i problemi della teoria e della pratica della psicoanalisi, Bleger pensa che c'è una differenza tra ciò che gli analisti fanno e ciò che essi ammettono di fare, uno scarto tra la teoria enunciata formalmente e quella implicita nella pratica. Questa idea, un altro suo leitmotiv, è una radice piena di ramificazioni. Ora, seguendo il suo modo di pensare, che era di non dire come la cosa dovrebbe essere, ma come è, la psicoanalisi appare legata a due altri aspetti, a parte quelli della teoria e della pratica. L'istituzione e l'insegnamento della psicoanalisi saranno presi non come due problemi isolati, ma come facenti parte di questa stessa prassi analitica. È forse questo punto d'arrivo che dà una punta mordace alla sua penna quando parla dell'istituzione psicoanalitica, ma senza erigere per questo barricate o indicarla come fonte del male. Come su molti altri punti, anche qui potrei ritornare al parallelo con il pensiero di Freud. Ciò avrebbe almeno il van-



taggio di mostrare il carattere della critica di Bleger. O forse servirebbe a mettere in evidenza l'impronta del pensiero freudiano nella sua opera. Curioso incontro mancato con l'elaborazione freudiana: mio padre non cessava d'incrociarla lungo il corso del suo cammino. Non si tratta in Bleger dell'applicazione di certe idee al campo istituzionale. Mi sembra che con fortuna crescente, mio padre mostrava, nelle formulazioni successive, che l'istituzione non è esterna alla problematica stessa della psicoanalisi. La qual cosa andava ugualmente contro tutta una corrente della sua propria "comunità psicoanalitica" per la quale l'istituzione era un qualcosa di esterno alla psicoanalisi. Inevitabilmente prestava il fianco a che si prendessero quelli che erano i punti di riferimento del suo pensiero per una critica morale. Credo che la linea da lui tracciata non potesse che separarsi radicalmente da ogni morale, fosse anche di sinistra. Il suo interesse per il problema dell'istituzione si coglie da questa stessa idea. Disegnare il rilievo, diciamo l'orografia d'una situazione implica anche capire in che cosa e perché è così e non diversamente. José Bleger voleva mostrare che l'istituzione non è un aggregato della relazione umana, ma parte essenziale della stessa. Una volta ancora Bleger si pone come un filo a piombo, quello che indica la direzione della gravità e del suo peso. C'è in un buon numero dei suoi testi una libertà di pensiero che indica, sotto l'apparenza della semplicità, i contorni del problema. Il filo a piombo cade in modo inesorabile. Bleger è morto nel 1972 d'una complicazione cardiaca senza aver raggiunto la cinquantina. È un'opera considerevole per una vita, dopo tutto abbastanza corta. Ma come per ogni morte si può dire avvenuta prima del tempo, si resta con l'impressione d'un enigma, o, in ogni caso, davanti a questioni aperte.

Parigi, agosto 1989

**PUBBLICAZIONI  
DELLA LIBRERIA EDITRICE LAURETANA**

**ELLENCO**

particolare delle librerie dove possono essere acquistati i volumi della

Libreria Editrice Lauretana

50014 Firenze - FI	Via Benedetto da Mantova, 3	Casalini Libri S.p.A.
38100 Trento	Vicolo dell'Adige, 31	Libreria Pallas S.r.l.
30174 Mestre - VE	Via S. Giovanni, 14	Libreria Don Chisciotte
40139 Bologna	Via Manzoni, 22A	Libreria Bologna
20130 Milano	Parade Drive, 2	Libreria Castelfort

PUBBLICAZIONI  
DELLA LIBRERIA EDITRICE LAURETANA

**ELENCO**

**parziale delle librerie dove possono essere acquistati i volumi della  
Libreria Editrice Lauretana**

<b>Casalini Libri S.p.a.,</b>	Via Benedetto da Maiano, 3,	50014 FIESOLE FI
<b>Libreria Paideia S.n.c.,</b>	Vicolo dell'Adige, 31,	38100 TRENTO
<b>Libreria Don Chisciotte,</b>	Via S. Girolamo, 14,	30174 MESTRE - VE
<b>Libreria Bolognina,</b>	Via Matteotti, 32/A,	40129 BOLOGNA
<b>Libreria Centofiori,</b>	Piazzale Dateo, 5,	20129 MILANO

## PUBBLICAZIONI

### COLLANA SALUTE E ISTITUZIONI

**1.** ISBN 88-85195-00-8 AMEDEA LO RUSSO - FERDINANDO BENEDETTI - MARIO ZOTTA  
**Il Metadone nei servizi pubblici per tossicodipendenti.** Riflessioni e dati sull'esperienza dello SMAST di Venezia - Loreto, 1984, 82 p., 24 cm, Lit. 12.000  
Presentazione di MAURO ROSSETTI.

Collaborazione alla indagine VANIA GASPARINI e FIORELLA VERGERIO.

*Un saggio di analisi istituzionale.*

*A distanza di 5 anni dalla pubblicazione di questo libro restano confermati nella pratica i rischi, segnalati nel testo, che una équipe per l'intervento nel campo delle tossicodipendenze che si avvale di farmaci sostitutivi veda esaurirsi la propria azione nella distribuzione del farmaco fine a se stessa.*

*Dopo il metadone altri farmaci sono stati spontaneamente utilizzati dai tossicomani come sostitutivi dell'eroina (santenol, temgesic, ecc...) e ripetute pressioni sono state esercitate sulle équipes curanti.*

*Le dinamiche scatenate nell'équipe curante dalla avidità dei pazienti si sono ripetute in forme stereotipate evidenziando di nuovo l'esistenza di controindicazioni all'uso del farmaco sostitutivo, controindicazioni per certi versi simili a quelle descritte nel presente libro.*

**2.** ISBN 88-85195-01-6 ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE

**Il processo grupale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale** - Loreto, 1985, 307 p., 24 cm, Lit. 40.000. Presentazione di ARMANDO J. BAULEO. Introduzione di RAFFAELE FISCHETTI e LUCIA BALELLO

*Publicato per la prima volta nel 1971 "Il Processo Grupale" di E. Pichon-Rivière resta a tutt'oggi uno dei classici della tematica sui gruppi.*

*Il volume raccoglie una serie di articoli che illustrano le esperienze e la continua sistematizzazione della sua concezione sui gruppi (precedente all'opera dello stesso Bion) oggi conosciuta come "Teoria e Tecnica del Gruppo Operativo"*

*La nozione di Compito è la novità di questa concezione che la differenzia da tutte le altre tendenze europee e americane: il Compito (o finalità) è l'elemento chiave nella problematica della situazione grupale e si presenta sia come punto di confluenza degli interessi manifesti, sia come condensazione degli elementi primari, degli oggetti interni dei membri del gruppo.*

*"Il Processo Grupale" parla di questo gruppo interno che si sviluppa fin dalla nascita: "gruppo interno nei momenti vili e nei momenti avventurosi che sempre gira e fantastica sul cambiamento" (A. Bauleo).*

*Il pensiero di Pichon-Rivière si presenta come un importante esempio di ricerca di sintesi tra teoria e prassi e il suo maggiore sforzo è sempre stato teso verso il passaggio dalla Psicoanalisi alla Psicologia Sociale, concepita come un campo interdisciplinare dove convergono epistemologie differenziate. la scienza si presenta cioè come un ECRO (schema concettuale di riferimento operativo) che permette la comprensione orizzontale (comunità) e verticale (individuo) di una società in costante cambiamento e degli individui in essa inseriti.*

3. ISBN 88-85195-02-4 CLAUDE OLIEVENSTEIN (a cura di)

**La vita del tossicomane** - Loreto, 1987, 90 p., 24 cm, Lit. 17.500. Introduzioni di LYNN ALICE LANIADO e FERDINANDO BENEDETTI

Scritti di autorevoli membri dell'équipe del Marmottan: espressione corale della riflessione e della ricerca sul tossicomane, la sua famiglia, lo stato di dipendenza, medicina, psicoanalisi, tossicomania, l'ordalia e la morte, il problema della cura.

CONTENUTO

Cap. I *L'infanzia del tossicomane* di C. OLIEVENSTEIN - Lo Stadio dello Specchio infranto

Cap. II *La famiglia del tossicomane* di S. STERNSSCHUSS

Cap. III *Lo stato di dipendenza* di R. INGOLD

Cap. IV *Medicina, Tossicomania, Psicanalisi* di B. GERAUD Il medico di fronte al drogato e alla sua droga, il drogato di fronte alla sua astinenza

Cap. V *Le condotte ordaliche* di A CHARLES-NICOLAS, M. VALLEUR - Introduzione - Il tossicomane e la morte - L'ordalia - Le condotte ordaliche - Il gioco

Cap. VI *L'Uscita* di H. TONNELIER - In guisa di appendice non conclusiva di C. OLIEVENSTEIN e B. GERAUD - Perché - Che fare? - Appendice: *Il Marmottan. una clinica dell'intensità* di ALESSANDRO BRUNI

4. ISBN 88-85195-03-2 FERDINANDO BENEDETTI - RENATA FOLIN (a cura di) **Prevenzione Psicoanalisi Salute mentale** - Loreto, 1989, 294 p., 24 cm, Lit. 28.000

L'opera contiene saggi di:

A. Bauleo, M. De Brasi, M.E. Petrilli, F. Benedetti, F. Berto, P. Campanile, L. Chinosi, R. Folin, C. Forcella, I.G. Fraccon, D. Gatto, M. Jovon, M. Lo Savio, F. Lovadina, G. Maculan, G. Maschietto, M. Polacco, P. Scalari, M.C. Scavo, L. Zane, M. Zotta, A. Zotti.

*L'interesse per la prevenzione della sofferenza psichica è il filo conduttore di questa raccolta. Gli Autori, tutti ad orientamento psicoanalitico, evidenziano da molteplici punti di osservazione i contributi della psicoanalisi a questo campo di ricerca e di intervento. Il processo di riflessione procede in modo non lineare, poichéogniqualevolta ci si allontana dal terreno tradizionale della psicoanalisi, cioè quello del rapporto paziente-analista, si incorre nel rischio di sconfinare e di rimettere in discussione la stessa identità di questa disciplina; chi lavora nei servizi socio-sanitari pubblici d'altra parte si trova ogni giorno a misurarsi con nuovi soggetti di indagine e nuovi campi di intervento e affrontare questo compito senza rinunciare alla strumentazione psicoanalitica può risultare appassionante oltretutto proficuo.*

*Il libro contiene anche i resoconti ed il bilancio di una serie di esperienze con obiettivi preventivi attuate nel "sociale" da operatori dei servizi territoriali delle ULSS veneziane utilizzando modelli di intervento che si rifanno alla psicoanalisi.*

5. ISBN 88-85195-04-0 José BLEGER

**Psicoigiene e Psicologia istituzionale. Il colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica** - Loreto, 1989, 348 p., 21 cm, Lit. 45.000

A cura di Mauro Rossetti e Maria Elena Petrilli

La raccolta di saggi che qui proponiamo resta per il lettore italiano, nonostante gli anni, di sorprendente attualità. Nella prima parte Bleger ci mostra, partendo da un'ottica psicoanalitica, il suo approccio alle istituzioni e ai gruppi. Molto interessante il concetto di "psicoigiene", inteso come quella branca dell'igiene mentale costituita dall'applicazione delle conoscenze psicologiche e psicoanalitiche alla salute pubblica e alla prevenzione.

Nella seconda parte dell'opera Bleger accenna alle sue scoperte su quella fase dell'età evolutiva anteriore alla fase schizoparanoide che egli denomina della "socialità sincretica", caratterizzata dalla simbiosi e dalla ambiguità e tenta un'applicazione della sua teoria sugli stati dell'Io più primitivi riformulando i tradizionali quadri clinici psicopatologici alla luce delle nuove nozioni da lui messe a punto.

I frutti della sua ricerca costituiscono a tutt'oggi un significativo apporto nella discussione di concetti come quelli di "fase autistica normale" (Mahler) e "narcisismo primario" (Freud).

#### COLLANA PSICOLOGIA CLINICA E PSICOANALISI

1. AA.VV. *Il profilo diagnostico di Anna Freud. Saggi clinici* a cura di PATRIZIO CAMPANILE (in preparazione per il 1990)

2. JOSÈ BLEGER, *Simbiosi e ambiguità* a cura di MAURO ROSSETTI e MARIA ELENA PETRILLI. PREFAZIONE DI ARMANDO J. BAULEO. (in preparazione per il 1990)

#### BIBLIOTECA STORICA LAURETANA

1. NEREO ALFIERI - EDMONDO FORLANI - FLORIANO GRIMALDI *Contributi archeologici per la storia della Santa Casa di Loreto*

Loreto, 1967, 65 p., 27 tav., 24 cm, Lit. 12.000

Relazione dello scavo archeologico realizzato nel sottosuolo della Cappella della Santa Casa negli anni 1962-1965.

2. NEREO ALFIERI - CARLO BERTELLI - ALDO J.B. BRILLI-CATTARINI - CLETO CORRAIN - EDMONDO FORLANI - FLORIANO GRIMALDI - MARIANTONIA CAPITANIO - LUIGI CANALI *Nuovi contributi archeologici per la storia della Santa Casa di Loreto*

Loreto, 1969, 112 p., 18 tav., 24 cm, Lit. 16.000

Catalogo dei resti scheletrici umani, delle monete, degli oggetti devozionali e dei reperti lignei rinvenuti nel sottosuolo della Cappella della Santa Casa durante lo scavo archeologico negli anni 1962-1965.

3. GUALTIERO DA SERVIGLIANO *Loreto nel cinquecento, sviluppo del centro sociale*  
Loreto, 1970, 148 p., 11 tav., 24 cm, Lit. 20.000

L'opera documenta lo sviluppo religioso e sociale di Loreto dai tempi di Giulio II a quelli di Paolo V.

4. FLORIANO GRIMALDI *Il libro lauretano. Edizioni e illustrazioni (1489-1599)*  
Macerata, 1973, 161 p., ill. b. e n., 24 cm, Lit. 23.000

Il catalogo delle edizioni è preceduto da uno studio che illustra i vari tipi iconografici mariani figurati nei singoli volumi.

**5. GIUSEPPE SANTARELLI *Tesoro e dipinti del Pomarancio a Loreto*** Loreto, 1975, 114 p., ill. in parte a colori, 18 cm

Nella prima parte il libro delinea la storia del Tesoro della Madonna di Loreto e documenta la vita del Santuario attraverso i secoli, nella seconda parte studia il Pomarancio decoratore della Sala del Tesoro.

**6. FLORIANO GRIMALDI *Argentieri medaglieri orafi a Loreto*** Loreto, 1977, 129 p., 24 cm, Lit. 18.000

Note d'archivio sugli argentieri, medaglieri e orafi che hanno coniato medaglie devozionali a Loreto.

**7. FLORIANO GRIMALDI (a cura di) *Antiche vedute di Loreto***

Loreto, 1978, 48 p., 28 ill., 34 cm, Lit. 9.000

Sono riprodotte 28 antiche incisioni provenienti dalle raccolte possedute dall'Archivio Storico della Santa Casa e dalla Cassa di Risparmio di Loreto. Il testo, che accompagna l'edizione, mette in evidenza alcuni aspetti strutturali e paesaggistici illustrati dalle stampe rappresentanti la città con il suo territorio.

**8. FLORIANO GRIMALDI *Ceramiche urbinati***

Loreto, 1978, 35 p., 4 tav., 21 cm, Lit. 7.000

Catalogo delle ceramiche esposte nel Palazzo Apostolico - Museo Pinacoteca della S. Casa di Loreto.

**9. FILIPPO M. GIOCHI E ALESSANDRO MORDENTI *Costume tradizione ambiente nella campagna marchigiana nei secoli XVII-XIX***

Loreto, 1978, 114, XV p., 36 ill., 24 cm

L'opera presenta le figure di un tipico presepio marchigiano d'epoca del primo trentennio del secolo XIX e analizza in esse il costume allora vigente, comparando a questa documentazione plastica una scelta di figurini degli abitanti dei dipartimenti delle Marche eseguiti nell'ambito dell'inchiesta napoleonica degli anni tra il 1811 e il 1813.

**10. FLORIANO GRIMALDI (a cura di) *La città murata di Loreto***

Loreto, 1979, 56 p., 51 ill., 34 cm, Lit. 11.000

La ricerca studia e analizza lo sviluppo edilizio dell'insediamento urbano sorto entro la cerchia delle mura cittadine.

**11. FLORIANO GRIMALDI *La tradizione lauretana nelle stampe popolari***

Loreto, 1979, 14, 25 p., 4 tav., 26 ill., 24 cm, Lit. 7.000

Note sulle stampe popolari che illustrano la tradizione agiografica lauretana.

**12. LUCA DA MONTERADO *Storia del culto e del pellegrinaggio a Loreto (sec. XIV-XV)*** Loreto, 1979, 295 p., 21 cm, Lit. 36.000

Analisi dello sviluppo devozionale del santuario lauretano nei secoli XIV-XV

**13. FLORIANO GRIMALDI (a cura di) *Il Natale nelle immagini devozionali. Una stella e un cuore puro.*** Loreto, 1981, 62 p., ill. a colori, 24 cm, Lit. 12.000

"Una nitida pubblicazione che offre la poetica e profetica visione di chi si affretta a chiedere una stella ed un cuore puro" (Mons. Loris Francesco Capovilla nella prefazione del libro).

**14. FLORIANO GRIMALDI (a cura di) *Felix Civitas Lauretana*** Loreto, 1981, 80 p., 52

ill., 34 cm, Lit. 13.000

Studio dell'addizione sistina con i contributi di Emma Taurino, Marco Moroni, Mauro Compagnucci, Anna Natali, Floriano Grimaldi, sullo sviluppo, la topografia di Loreto prima e dopo Sisto V

**15. ETTORE BALDETTI, FLORIANO GRIMALDI, MARCO MORONI, MAURO COMPAGNUCCI, ANNA NATALI** *Le bassi valli del Musone e del Potenza nel medioevo*  
Loreto, 1983, 95 p., 17 tav., (c. geogr., topograf., fot.), 24 cm, Lit. 14.000

Storia del territorio lauretano analizzato alla luce della toponomastica e dello sviluppo socio-economico.

**16. FLORIANO GRIMALDI** (a cura di) *Le origini di Loreto* Loreto, 1983, 56 p., 49 ill., 5 tav., 34 cm, Lit. 11.000

Studio degli insediamenti romani e medievali nel territorio lauretano.

**17. FLORIANO GRIMALDI** *Loreto Città Santuario dopo l'Unità d'Italia*  
**MARCO MORONI** *Il patrimonio fondiario del Pio Istituto della Santa Casa di Loreto (1861-1934)* Loreto, 1984, 59 p., 24 cm, Lit. 10.000

Relazioni presentate al Convegno lauretano del 5/6 Settembre 1983.

**18. FLORIANO GRIMALDI** *La Chiesa di Santa Maria di Loreto nei documenti dei secoli XII-XV* Loreto, 1984, 206 p., 70 tav., 24 cm, Lit. 28.000

Saggio sullo sviluppo della devozione alla cappella della Santa Casa alla luce dei documenti notarili e consiliari della città di Recanati.

**19. GIUSEPPE SANTARELLI** (a cura di) *La Congregazione Universale della Santa Casa (1883-1983). Origine e prime realizzazioni. Atti del Convegno storico per il centenario della Congregazione Universale, Loreto 5/6 Settembre 1985*  
Loreto, 1985, 355 p., 73 ill., 24 cm, Lit. 45.000

Interessante di Rossana Bossaglia "La pittura a Loreto tra Otto e Novecento nel contesto della cultura artistica contemporanea"

**20. FLORIANO GRIMALDI** *La Madonna di Loreto nei santini* Loreto, 1986, 62 p., 81 ill., 24 cm, Lit. 12.000

Il saggio redatto in vista delle non lontane celebrazioni sette volte centenarie della Santa Casa di Loreto (1294-1994), è una testimonianza della pietà e della devozione collettiva e individuale di tanti pellegrini che lungo i secoli sono venuti al Santuario lauretano.

**21. FLORIANO GRIMALDI** *Guida degli Archivi lauretani*  
Roma-Loreto, 1986-1987, 1118 p., 24 cm, Lit. 65.000

Guida per la consultazione degli Archivi delle molteplici istituzioni sorte lungo i secoli nella città di Loreto.

**22. FLORIANO GRIMALDI** (a cura di) *La Basilica della Santa Casa di Loreto. Indagini archeologiche geognostiche e statiche.* Ancona-Loreto, 1986, 233 p., 105 tav., 24 cm, Lit. 32.000

Saggio sulle esplorazioni archeologiche condotte nel sottosuolo della Basilica della Santa Casa negli anni 1984-1985, e redazione dei documenti del secolo XV relativi alla sua costruzione.



**23. FLORIANO GRIMALDI - ALESSANDRO MORDENTI - GIANNI ORLANDI**  
**Loreto - Documenti per una città** Loreto, 1986, 10 p., 20 ill. in parte a colori, 34 cm, Lit. 6.000

Breve monografia distribuita in occasione della presentazione della «Guida degli archivi lauretani».

**24. FLORIANO GRIMALDI** **Santa Maria porta del Paradiso liberatrice dalla pestilenza**  
Loreto, 1987, XVI p.p., 232 incluse figure e tavole a colori in bianco e nero, 24 cm, Lit. 25.000

Il saggio si propone di illustrare come l'origine e lo sviluppo della devozione alla Cappella della Santa Casa sia particolarmente legata alla epidemia della peste.

**25. FLORIANO GRIMALDI - KATY SORDI** **Corone del rosario nei secoli XVIII-XIX** Loreto, 1988, 55 p., ill. 28 in bianco e nero, 16 cm, Lit. 10.000

Catalogo della mostra delle corone del rosario dei secoli XVIII-XIX tenutasi a Loreto nel 1988.

**26. GIUSEPPE SANTARELLI** **La Santa Casa di Loreto. Tradizione e ipotesi**  
Loreto, 1988, 394 p., ill. in bianco e nero e a colori, 24 cm, Lit. 32.000

Ipotesi proposte per una interpretazione della lauretana "legenda"

**27. GIUSEPPE SANTARELLI** (a cura di) **Giacomo Ricci (sec. XV) Virginis Mariae Loretae Historia** Loreto, 1987, 160 p., 8 foto in bianco e nero, 21 cm, Lit. 20.000

Pubblicazione integrale del testo latino e traduzione italiana.

**28. FLORIANO GRIMALDI** (a cura di) **Carte recanatesi. Manoscritti dalla Biblioteca Clemente Benedettucci** Ancona, 1988, 132 p., 24 cm

Catalogo dei manoscritti d'archivio e bibliografici custoditi nella Biblioteca Benedettucci.

#### MUSICOLOGIA

**29. FLORIANO GRIMALDI** (a cura di) **La Cappella musicale di Loreto nel Cinquecento. Note d'Archivio.** Loreto, 1981, 137 p., 11 tav. mus., 24 cm., Lit. 19.000

Storia della cappella lauretana nei suoi aspetti culturali, organizzativi e artistici.

**30. FLORIANO GRIMALDI** (a cura di) **Cantori Maestri Organisti della Cappella Musicale di Loreto nei secoli XVII-XIX. Note d'Archivio.**  
Loreto, 1982, 256 p., 10 tav., 24 cm, Lit. 32.000

Schede di circa 400 personaggi (Cantori Maestri e Organisti) che nei secoli dal XVII al XIX hanno fatto parte della Cappella Musicale del Santuario.

**31. EDERA ALFIERI** (a cura di) **Sebastiano Hay "Missa venite Comedite"**  
Loreto, 1983, 89 p., 24 cm, Lit. 13.000

E' la biografia del musicista fiammingo, organista della Cappella lauretana dal 1563 al 1591. In appendice è trascritta la "Missa Venite comedite" conservata manoscritta nell'Archivio storico Santa Casa.

**32. FLORIANO GRIMALDI** (a cura di) **Codici Musicali della Cappella di Loreto**  
Loreto, 1984, 85 p., 12 tav. in nero, 24 cm, Lit. 13.000

Catalogo dei codici musicali custoditi nell'Archivio Storico Santa Casa.

- 33.** GIUSEPPE LUPPINO (a cura di) *Il repertorio musicale della Cappella di Loreto*  
Loreto, 1985, 139 p., 24 cm, Lit. 19.000

Catalogo che descrive circa 1.000 composizioni conservate nell'Archivio Storico Santa Casa ed enumera anche alcuni manoscritti autografi di celebri compositori quali Lorenzo Perosi, Charles Gounoud, Marco Enrico Bossi e Antonio Cagnoni. Il volume è corredato dall'indice delle composizioni musicali e dei nomi.

#### ARTI VISIVE

- 34.** FLORIANO GRIMALDI (a cura di) *Lorenzo Lotto a Loreto e Recanati*  
Loreto, 1980, 100 p., 59 ill. in parte a colori, 34 cm, 20.000

L'opera edita in occasione del V centenario della nascita di Lorenzo Lotto comprende vari saggi che illustrano l'ambiente lauretano e recanatese ove ha operato il pittore per alcuni anni della sua vita.

- 35.** FLORIANO GRIMALDI (a cura di)  
*Luigi Vanvitelli a Loreto. La costruzione del campanile e del Palazzo Apostolico dai documenti dell'Archivio segreto Vaticano e dell'Archivio Storico Santa Casa.*  
Loreto, 1983 (ristampa), 115 p., 8 foto in bianco e nero, 24 cm, Lit. 16.000

Pubblicazione dei documenti.

- 36.** ISBN 88-85195-05-9 GIORDANO PIERLORENZI - CORRADO GAVINELLI - GIANFRANCO MONETA - ARMANDO GINESI - FRANCO SOLMI *Arti visive. Esperienze visive 1984*  
Loreto, 1986, 126 p., 12 ill. in parte a colori, 24 cm, Lit. 18.000

Contenuto: G. Pierlorenzi: Psicologia delle professioni afferenti al design - C. Gavinelli: Design tra le due guerre - G. Moneta: Architettura in Italia, oggi - A. Ginesi: L'espressionismo austriaco Kokoschka e Schiele - F. Solmi: Morandi e le correnti artistiche del '900.

- 37.** ISBN 88-85195-06-7 ITALO TANONI (a cura) *Cinema antropologico e religione - Rassegna lauretana 8-10 Dicembre 1984.* Loreto, 1985, 67 p., 5 foto, 22 cm, Lit. 11.000

Relazioni di Piergiorgio Grassi, Carlo Prandi, Luigi Di Gianni e Gabriele Palmieri.

- 38.** ISBN 88-85195-08-3 FLORIANO GRIMALDI - KATY SORDI *Scultori a Loreto. Fratelli Lombardi, Antonio Calcagni e Tiburzio Vergelli. Documenti.* Ancona, 1987, 308 p., 158 tav., 24 cm, Lit. 42.000

La pubblicazione dei documenti sull'attività lauretana dei fratelli Lombardi, di Antonio Calcagni e Tiburzio Vergelli è preceduta da un saggio storico-critico sui soggetti prescelti per illustrare le opere in marmo e in bronzo realizzate dagli scultori a Loreto tra il '500 e il '600.

- 39.** ISBN 88-85195-09-1 FLORIANO GRIMALDI - KATY SORDI *Pittori a Loreto. Commit-  
tenze tra '500 e '600*  
Ancona, 1988, 355 p., 165 tav. in bianco e nero, 24 cm, Lit. 48.000

La pubblicazione dei documenti sull'attività dei pittori che operarono tra il '500 e il '600 a Loreto è illustrata con saggio storico-critico sui cicli iconografici realizzati nella Basilica della Santa Casa.

- 40.** ISBN 88-85195-07-5 DONATELLA CESINI *Attilio Alfieri, l'ansia di un precursore*  
Prefazione di ARMANDO GINESI Loreto, 1989, 74 p., ill., 22 cm, Lit. 22.000

Biografia del pittore Attilio Alfieri nato a Loreto nel 1904 e residente a Milano, artista dalla straordinaria personalità, anticipatore di alcune delle più importanti soluzioni linguistiche dell'"espressione visiva internazionale"

PUBBLICAZIONI  
DELLA LIBRERIA EDITRICE L'ALBERGANA

Stampato presso  
Editrice Fortuna Offset Stampa s.r.l. Fano  
Via dell'Industria, 5/A - Tel. 0721/808624 n. 2 linee r.a.  
61032 Fano PS Italy

La raccolta di saggi che qui proponiamo resta per il lettore italiano, nonostante gli anni, di sorprendente attualità.

Nella prima parte Bleger ci mostra, partendo da un'ottica psicoanalitica, il suo approccio alle istituzioni ed ai gruppi. Molto interessante il concetto di "psicoigiene", inteso come quella branca dell'igiene mentale costituita dall'applicazione delle conoscenze psicologiche e psicoanalitiche alla salute pubblica e alla prevenzione.

Nella seconda parte dell'opera Bleger accenna alle sue scoperte su quella fase dell'età evolutiva anteriore alla fase schizoparanoide che egli denomina della "socialità sincretica", caratterizzata dalla simbiosi e dalla ambiguità e tenta un'applicazione della sua teoria sugli stati dell'Io più primitivi riformulando i tradizionali quadri clinici psicopatologici alla luce delle nuove nozioni da lui messe a punto. I frutti della sua ricerca costituiscono a tutt'oggi un significativo apporto nella discussione di concetti come quelli di "fase autistica normale" (Mahler) e "narcisismo primario" (Freud).

\* \* \*

José Bleger (1922-1972) psichiatra, psicoanalista, allievo di Enrique Pichon-Rivière, fa parte di una generazione di studiosi argentini che hanno cercato di coniugare l'impegno politico democratico ed antifascista con quello intellettuale. Ha tradotto ed introdotto in lingua spagnola le opere dello psicologo francese Georges Politzer, alla fine degli anni '50 si è occupato assieme a Pichon-Rivière, D. Liberman, E. Rolla, L. Grinberg, M. Langer, E. Rodrigué ed altri dello studio dei piccoli gruppi e soprattutto del funzionamento delle istituzioni. Nel 1964 diviene professore al Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Buenos Aires, dove assieme ai suoi studenti e collaboratori mette a punto una serie di nozioni sulla psicoigiene e la prevenzione. Nel 1967 sono pubblicati i suoi studi sulla psicosi e sulla *socialità sincretica* alla luce dei quali tenterà la revisione delle concezioni esistenti sulle istituzioni e sulla psicopatologia. Insegna alla Scuola Privata di Psicologia Sociale di Pichon-Rivière ed alla fine degli anni '60 è direttore del Centro E. Racker della Associazione Psicoanalitica Argentina.

Scompare prematuramente nel 1972 lasciandoci, oltre a vari saggi apparsi su riviste, le opere: "Psicoanálisis y dialéctica materialista", "Psicología de la conducta", "Psicoigiene e psicologia istituzionale", "Simbiosis y ambigüedad".