

4024

LA PSICOTERAPIA IN ITALIA

LA FORMAZIONE DEGLI PSICHIATRI

Atti delle giornate di studio del 30.10.65 e del 11.12.66

CONTRIBUTI DI

**BALINT
BENEDETTI
CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA
CREMERIUS
GALLI
MUELLER**

**CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA CLINICA
MILANO**

Pubblichiamo in appendice alcuni interventi riguardanti le premesse di quanto esaminato nelle relazioni dell'ottobre '65 e del dicembre '66. Può così apparire con maggiore chiarezza la tematica svolta dal nostro Gruppo in sette anni di lavoro. Chi volesse riandare ai volumi in cui gli interventi apparvero, troverebbe spesso nelle discussioni gli stessi interlocutori. Si inquadrano storicamente atteggiamenti divenuti polemici man mano che quanto sette anni fa veniva definita « bella prospettiva avveniristica » si è andato configurando operativamente. Le reazioni da bonarii osservatori di chi considerava assurda qualsiasi alternativa, al punto da poter fingere addirittura interesse, sono diventate sorda e ottusa irritazione quando è stato posto in atto quanto espresso anni prima con tutta chiarezza. Purtroppo non sempre la polemica si è svolta a livello pubblico; spesso è restata all'interno di gruppi più o meno organizzati, per cui chi osservasse oggi la situazione, stenterebbe a riconoscere all'interno di tante istituzioni verniciate a fresco di psicoterapia, gli oppositori di appena due anni fa. Sembravano, nel campo soprattutto degli psicoterapeuti qualificati, oppositori in termini di idee: al primo richiamo del potere istituzionale abbiamo visto la fretta impressionante con cui sono crollate le salde premesse ideologiche di chi negava la validità delle tecniche di gruppo o le possibilità insite nel metodo Balint. Emerge il mondo di « integrati ». Quanto avvenuto è educativo. Serve da un canto a toglier alibi a chi si sentiva rivoluzionario solo perché si occupava, con cinquant'anni di ritardo culturale, di qualcosa da noi esoterico. Dall'altro, a mostrare i limiti della psicoterapia « integrata » e la facilità con cui il potere istituzionale può strumentalizzare l'istanza ideale. Siamo più che mai convinti, oggi che tutte le porte in apparenza si schiudono alla psicoanalisi, che ci si trovi nella fase più difficile. Non riteniamo opportuno, per ora, render pubblica la storia spicciola dello sviluppo della Psicoterapia in Italia, che abbiamo avuto modo di seguire passo per passo. Lo

rimandiamo ad altra epoca, in cui ogni episodio possa avere la sua giusta collocazione storico sociologica. Preferiamo invece qui accennare ad un problema di fondo: uno dei moventi della nostra azione, conclusasi come prospettiva a medio termine con la istituzione dei seminari di aggiornamento in un pubblico ospedale, non è stata certo la speranza nella diffusione di tale sistema. È necessario mostrare che si può risolvere il problema dell'insegnamento della Psichiatria anche in Italia, in termini economici ed organizzativi. E che se non verrà risolto nei prossimi anni è perché fenomeni di struttura e non difficoltà economiche ed organizzative, ne impediranno la soluzione. Ma non si avrà il diritto di trovarsi sorpresi dal verificarsi di fatti prevedibili ed esplicitamente previsti.

Sia chiaro l'aspetto pretestuale dell'occuparsi della formazione degli psichiatri e dei problemi ad essa collegati. L'arco professionale in cui abbiamo inserito la nostra azione è il momento tecnico necessario alla contestazione. La formazione degli psichiatri, epifenomeno di fenomeni sovrastrutturali quali il problema medico e quello dell'istruzione, presenta un particolare incrocio di fattori: da un canto la storicamente dimostrabile impreparazione psichiatrica a livello accademico, dall'altro la tecnicamente dimostrabile necessità didattica, in psichiatria, del tramite interpersonale, cioè di un contatto docente-allievo impossibile comunque nella nostra struttura di insegnamento. Il correre ai ripari accademico secondo le modalità tradizionali è una conferma di falsa coscienza che questa situazione rende particolarmente dimostrabile. Il diritto alla salute è una scelta politica precisa. Le soluzioni finora prospettate, in medicina e in psichiatria, sono ancora la negazione di tale diritto. Lo conferma il problema della formazione e del reclutamento di nuovi quadri, risolto a livello delle dichiarazioni di principio.

LA PSICOTERAPIA IN ITALIA

La riunione di oggi, offerta dal nostro Gruppo alla Società Italiana di Psichiatria, vuole fornire un'occasione di dialogo su un problema che viene assumendo sempre maggiore importanza. A tale scopo abbiamo invitato rappresentanti di ogni istituzione psichiatrica, affinché anche dalle sedi più periferiche si potesse prendere parte attiva alla discussione su una situazione che ci interessa tutti. Ringraziamo per l'adesione, che testimonia quel desiderio di soluzioni concrete che ci accomuna, ed in particolare ringraziamo la Presidenza, il Comitato della Sezione di psicoterapia e la Segreteria della Società Italiana di Psichiatria.

Questa relazione riguarda la problematica generale dell'uso del rapporto interpersonale per la cura dei disturbi mentali. L'analisi del problema teorico di base, sulla scorta di precedenti esperienze raccolte in altri Paesi, delle nostre esperienze specifiche e dell'esame della situazione italiana, può contribuire a fornire uno strumento utile per la programmazione di nuove strutture, adeguate alla radicale evoluzione delle esigenze di assistenza che ha caratterizzato gli ultimi lustri della storia psichiatrica. Questa evoluzione si è configurata in vario modo nella nostra realtà socio-culturale. Il tentativo di comprendere storicamente i fattori che l'hanno determinata, attraverso un'analisi del suo divenire, può permettere di cercare specifiche soluzioni operative al di là di qualsiasi connotazione polemica. Il nostro discorso di oggi vuol essere essenzialmente di politica organizzativa. Pertanto verranno soltanto accennate le linee generali di problemi di ordine teorico e tecnico. Questi sono stati trattati in maniera specifica in qualcuno dei precedenti Corsi da noi organizzati e lo saranno anche nel Corso che avrà inizio domani.

I dati che permettono di inquadrare gli aspetti concreti del problema sono stati raccolti nel corso di una indagine svolta dal nostro Gruppo nel periodo 1960-1965. Sono state compiute rilevazioni sull'ambiente,

attraverso la tecnica delle interviste non strutturate su campioni rappresentativi delle categorie professionali interessate. Non riteniamo utile alla discussione la presentazione dei dati specifici. Ci limiteremo alla esposizione delle conclusioni di ordine generale cui le rilevazioni hanno permesso di giungere. Infatti, la ristrettezza del campo di indagine potrebbe sollevare inopportuni riferimenti di carattere personale. Riteniamo però doveroso segnalare che ogni affermazione contenuta nella presente relazione è rigorosamente documentabile in rapporto a dati di fatto ed a precise dichiarazioni da noi raccolte. È stata esclusa di proposito una interpretazione della problematica culturale. L'analisi si limita a quei fattori operanti in forma diretta sulla situazione e che possono apparire evidenti anche ad una osservazione immediata. Riteniamo che su questi fattori vada appuntata la nostra attenzione per giungere ad una soluzione pratica. Gli aspetti di conflitto culturale sono oggi abbastanza intiepiditi su posizioni di deficit d'informazione per poter costituire il vero ostacolo a soluzioni nuove. Non crediamo, ad esempio, all'attualità culturale di una polemica tra organicisti e non organicisti; ci interessa invece osservare come un orientamento prevalente abbia fornito pretesto al diritto alla non informazione. Gli ostacoli attuali all'inserimento della psicologia si inquadrano e si comprendono in un problema di struttura di potere, piuttosto che di posizioni culturali in conflitto. Ciò giustifica pertanto il mantenere il nostro esame nei limiti di questa prospettiva.

Prendiamo in considerazione il substrato teorico sul quale articolare le prospettive di inserimento pratico dell'attività psicoterapica. Il nucleo centrale di esso è costituito dalla possibilità di trasmissione delle conoscenze psicodinamiche, dalle modalità ottimali di essa e quindi dalle tecniche utili per l'insegnamento di quella parte della psichiatria il cui fondamento è l'uso terapeutico del medico come persona: in qual modo cioè i professionisti che operano attraverso il rapporto interpersonale possano beneficiare delle esperienze raccolte attraverso gli studi psicodinamici. Le ricerche effettuate in diverse nazioni su questo specifico aspetto didattico e di lavoro pratico permettono di adoperare una formulazione metodologica rigorosa e di affermare che ci si trova di fronte ad un tema d'indagine che deve essere affrontato sulla base della conoscenza della letteratura esistente e delle esperienze dirette. La tendenza, delineatasi da qualche parte, a risolverlo con discussioni e con gratuite prese di posizione va a nostro avviso combattuta a livello scientifico, come espressione di

manca di informazione, ed a livello operativo, nella misura in cui rappresenta un ostacolo alla possibilità di realizzazioni concrete.

Gli autori che hanno condotto ricerche in questo settore sono d'accordo nel considerare fondamentale una esperienza di apprendimento su base affettiva che integri la conoscenza informativa dei problemi di psicologia dinamica. L'addestramento psicoanalitico tradizionale rappresenta la forma più completa di preparazione all'attività psicoterapica. Tale tipo di addestramento, prolungato e approfondito, è per ovvie ragioni ristretto ad un numero di persone che vengono a costituire una élite di tecnici qualificati. Questo addestramento, che segue norme rigorosamente codificate, viene talvolta considerato un indice di rigidità burocratica, e ciò è stato favorito da alcune distorsioni che si sono presentate nel nostro Paese e che solo in questi ultimi anni hanno iniziato a risolversi. È invece doveroso cogliere il profondo significato empirico di questa prassi, la quale storicamente è sorta in rapporto alla constatazione diretta dei rischi che corre chi si addentra in un rapporto psicoterapeutico senza una conoscenza approfondita di se stesso. Da ciò la necessità di vivere in prima persona il tipo di esperienza che si utilizzerà a scopo terapeutico. Le regole secondo le quali si svolge l'addestramento vanno considerate come dei concreti dati di esperienza, e cioè come la media delle rilevazioni effettuate sulla media di persone che si sono sottoposte a questo tipo di preparazione. Il fatto che queste regole possano essere o siano state strumentalizzate in senso burocratico non deve far perdere di vista il loro valore di specifici dati di ricerca. D'altra parte, l'intervento psichiatrico in termini psicologici è una realtà quotidiana per ogni psichiatra, insita nella natura stessa del suo lavoro. Da un canto si può delineare la posizione estrema di una distribuzione sociale di tecnici qualificati, preparati con un addestramento rigoroso, contrapposti ad una serie di altri professionisti che devono agire soltanto in base ad esperienze empirico-intuitive. Dall'altro invece esiste la possibilità, desunta da esperienze concrete di numerosi ricercatori, di un addestramento, formativo ed informativo, all'esercizio della psicoterapia, con l'uso delle tecniche di gruppo. Si configura in tal modo la possibilità di dare un contenuto tecnico specifico a quelle componenti empirico-intuitive che sono un cardine del lavoro psichiatrico in genere.

In tal modo viene ad esplicarsi in maniera completa il potenziale terapeutico della psicoanalisi. Il *potere terapeutico della psicoanalisi*

è rappresentato dalla possibilità di curare attraverso tale tecnica. Il *potenziale terapeutico* di essa rappresenta invece la dimensione sociale entro cui il potere terapeutico si attua. Teniamo presente il fatto che la maggior parte dei dati utili a comprendere il rapporto psicoterapico sono ricavati dalle osservazioni psicoanalitiche. Sul piano pratico, le tecniche di addestramento in gruppo sono basate sull'uso da parte di analisti qualificati di dinamiche conosciute attraverso la psicoanalisi. Appare quindi evidente come il *potenziale terapeutico* di questa non si limiti ai singoli casi che il singolo analista può curare, ma a quanto parte della esperienza tratta dalla cura di questi casi egli potrà trasmettere, entro quali limiti e con quali modalità, ad ogni professionista che utilizza il rapporto interpersonale.

Da qualcuno questo aspetto viene considerato come la risposta ad una pressione dall'esterno, e cioè all'aumento di richiesta ambientale. A nostro parere, se possiamo prendiamo come dato storico il fatto che il sorgere di queste nuove modalità di addestramento è venuto in risposta ad una necessità ambientale, è un dato di fatto l'essere implicita, nel messaggio psicanalitico, la possibilità di articolarsi in forme di trasmissione di conoscenza che si traducono oggi nell'uso di queste tecniche. La pressione ambientale ha accelerato i tempi di ricerca ed ha soprattutto permesso di superare l'irrigimento che ostacolava la presa di coscienza dell'effettivo potenziale terapeutico della psicoanalisi.

È necessario, come conclusione di questo breve discorso teorico, accennare a tre punti fondamentali:

1) Finora si è parlato di addestramento all'uso delle tecniche psicoterapiche. Ciò sottolinea un aspetto del lavoro di gruppo, ma non dà la dimensione esatta di esso. Infatti il termine « addestramento » presuppone, dopo un periodo più o meno lungo, un momento in cui chi è stato addestrato dovrebbe poter svolgere da solo il lavoro per il quale è stato addestrato. Bisogna chiarire che l'uso delle tecniche di gruppo è una modalità di lavoro che non si esaurisce in una fase di apprendimento. Essa costituisce la possibilità di attuare un lavoro psicoterapico con certe garanzie di *correttezza per coloro che non* abbiano ricevuto una completa formazione. Il lavoro di gruppo è quindi una esperienza a carattere continuativo. La risposta all'interrogativo della persona non analizzata che svolge lavoro psicoterapico è essenzialmente metodologica: il gruppo di controllo diventa la con-

dizione essenziale perché il lavoro possa essere svolto. Il singolo affronta la terapia soltanto in quanto parte del gruppo, che diventa lo strumento attraverso il quale può utilizzare le proprie capacità terapeutiche.

2) I gruppi devono essere condotti da analisti qualificati. Va sottolineato il fatto che una formazione analitica completa non è condizione sufficiente per la conduzione di gruppi e che quindi va integrata con un addestramento specifico.

3) Il livello al quale può condurre un trattamento psicoterapico la persona non analizzata: non è valida una risposta teorica sulla base del tentativo di differenziare la psicoanalisi dalla psicoterapia. La risposta è nel metodo, e cioè il limite terapeutico non è una condizione astratta, ma è la risposta che di volta in volta viene trovata nell'ambito del gruppo di supervisione, con la valutazione dinamica, momento per momento e caso per caso, del rapporto esistente tra quel determinato medico e quel determinato paziente.

In sintesi, « psicoterapia » non è un singolo individuo che affronta un singolo paziente ma è una unità operativa, rappresentata dal gruppo, nell'ambito della quale il problema del singolo trova una risposta. L'addestramento alla psicoterapia investe fondamentalmente l'insegnamento della psichiatria e della psicologia. La situazione psichiatrica italiana, dal punto di vista della possibilità di formazione di specialisti, è a tutti nota. Soltanto da pochi anni sono stati istituiti insegnamenti differenziati di psichiatria, e quasi sempre con limitato potere operativo, rispetto agli insegnamenti ad orientamento neurologico. Prevedendo un fabbisogno di almeno tremila psichiatri nei prossimi 10 anni, sarebbe necessario programmare rigorosamente delle strutture di insegnamento in grado di assumersi un compito così oneroso. La realtà attuale non ci sembra sia in grado di affrontare la situazione, in quanto, come rilevato da molti, la struttura delle nostre cliniche universitarie, tranne in qualche caso, non permette quel contatto con la patologia mentale in tutte le sue espressioni necessario alla preparazione degli psichiatri. L'interesse scientifico prevalente, orientato verso la neurologia, fa considerare una attività di secondo piano quella psichiatrica. Generalmente accade che gli elementi di maggior valore rivolgano il loro interesse, e quindi la loro produzione, verso lo studio di argomenti neurologici, tornando all'interesse psichiatrico soltanto quando si profila la prospettiva immediata della carriera ospedaliera. Tale

fenomeno si manifesta anche per quanto riguarda l'insegnamento, per cui la struttura stessa del sistema fa sì che persone qualificate si trovino a dover compiere una brusca variazione di interesse scientifico al momento in cui si profila la possibilità dell'inserimento accademico. Negli ultimi anni abbiamo assistito a questo fenomeno e vorremmo che se ne prendesse **coscienza piena**. Anche quando ogni facoltà di medicina avrà un **insegnamento di psichiatria**, è facile prevedere le limitazioni di una **struttura alla quale** la società sta per chiedere la formazione di **migliaia di specialisti**.

Una delle possibili soluzioni è da cercare in una profonda riforma dell'insegnamento universitario, nell'ambito della quale ciascuno possa seguire i propri interessi scientifici ed umani, senza dover subire la frustrazione di raggiungere la soddisfazione accademica abbandonandoli. Oltre tutto, numerose ricerche effettuate negli Stati Uniti hanno dimostrato come esistano fondamentali differenze di personalità tra psichiatri e neurologi: il problema investe quindi aspetti che vanno al di là della semplice preparazione culturale.

Un'altra soluzione, di applicazione più immediata, può venire attraverso una responsabilizzazione delle strutture ospedaliere nell'aggiornamento del proprio personale medico. Molti psichiatri che occupano posizioni di prestigio in **ambito ospedaliero**, sono in grado di provvedere a tale compito. Nelle attuali strutture non vediamo possibile la istituzionalizzazione di tale forma di insegnamento, ma nulla vieta ai direttori d'ospedale di organizzarsi in tal senso. Il problema è talmente importante che impone di rinunciare ai timori reverenziali. Pensiamo oggettivamente che nulla possa ostacolare delle iniziative concrete e quindi consideriamo utile uscire dalla paura come atto responsabile verso una richiesta della realtà sociale.

Passiamo ora ad esaminare la situazione degli psicologi in Italia ed il tipo di rapporti fin'ora stabiliti tra questi specialisti e gli psichiatri.

Il problema degli psicologi in Italia va esaminato con particolare attenzione, in quanto è stato fonte di una serie di equivoci che si sono ripercossi a diversi livelli tanto nelle strutture accademiche e di **insegnamento**, quanto nell'inserimento **più diretto dello psicologo nelle strutture di lavoro**. La nuova legge sull'**assistenza psichiatrica** prevede l'**inserimento ufficiale della figura dello psicologo nelle strutture ospedaliere**. Da ciò sorge la necessità di un **esame generale** della situa-

zione, per delimitare i singoli aspetti del problema. Come detto in precedenza, consideriamo inutile in **questa sede affrontare la polemica culturale alla base del rifiuto di uno dei grossi settori di studio della psicologia**, e cioè della **psicologia dinamica**, e preferiamo esaminarla nelle sue ripercussioni concrete. Come tutti sanno, per molti anni il numero degli insegnamenti ufficiali di psicologia è stato in Italia estremamente ridotto, ed il bisogno di dare garanzie di scientificità alla produzione psicologica ha orientato la **maggior parte dei ricercatori verso la cosiddetta psicologia sperimentale**. Se questo è perfettamente comprensibile, inquadrato nella cultura scientifica e nella situazione politica di 30 anni fa, non possiamo non constatare oggi i seguenti fatti:

a) È stata confusa la scienza con il metodo facendo proprio il retaggio di una tradizione positivista che, sia pur in crisi sul piano filosofico, aveva il vantaggio di lasciare poco spazio a possibilità di dubbio nell'animo dei ricercatori. L'assenza di una **coscienza metodologica adeguata ai tempi** ha avuto la sua **estrinsecazione pratica** nella necessità, che dura tuttora, di produrre lavori « sperimentali » di psicologia **per accedere a qualsiasi gradino della carriera accademica, tarpando le ali ad altri settori di ricerca che venivano, in rapporto a qualcosa che non esitiamo a chiamare pregiudizio culturale, considerati non Scienza.** E questo l'**equivoco delle due psicologie, che ha limitato la possibilità di produzione valida nel settore clinico, nel settore industriale, nel settore della psicologia sociale.** Gli studi sulla percezione hanno condizionato la distribuzione sociologica degli psicologi italiani, per cui esiste la situazione di persone particolarmente preparate ad un certo tipo di ricerca sperimentale, e che attraverso questa hanno raggiunto posizioni di potere, ma scarsamente preparate a quelle prestazioni scientifiche e pratiche della psicologia che la società richiede loro una volta raggiunte le posizioni di potere. L'aumento delle possibilità di intervento nella realtà sociale da parte degli psicologi, trovava spesso elementi qualificati incapaci di soddisfarle, mentre grossi settori della psicologia rimanevano abbandonati ai cosiddetti **applicativi** e considerati attività « a latere » da svolgere per necessità, ma non degne di interesse scientifico. Questa situazione permane ancora oggi, anche se in apparenza si va presentando una maggiore apertura. Infatti, da più parti si solleva il problema della docenza e di eventuali insegnamenti di psicologia clinica: ciò potrebbe far pensare ad una maggiore considerazione di questo aspetto della

ricerca psicologica, mentre in concreto è ancora una modalità di separarla dal contesto della psicologia, considerandola un particolare settore, e non una delle possibili articolazioni della psicologia in generale. A riprova di questo atteggiamento, è di pochi mesi fa la polemica sull'accettazione di psicoanalisti, in quanto tali, nella Società Italiana di Psicologia Scientifica. Da autorevoli rappresentanti di questa Società veniva considerata imprescindibile, per l'accettazione, una preparazione degli psicoanalisti in altri settori della psicologia, mentre non viene ritenuta necessaria la preparazione in psicologia dinamica per chi si è occupato di psicologia sperimentale. È evidente la parzialità con cui viene considerato uno dei settori di ricerca che ha dato i maggiori contributi alla psicologia d'oggi.

Non riteniamo nostro compito l'analisi dei fattori specifici che permettono il mantenimento di questa situazione. Abbiamo inteso invece soltanto segnalare in rapporto alle conseguenze che determina sugli aspetti pratici dell'insegnamento della psicologia in Italia e quindi della preparazione dei nostri psicologi ad un inserimento nell'attività professionale.

Per delimitare il problema che interessa agli psicologi clinici, dobbiamo considerare che una certa politica seguita nel delineare la figura dello psicologo, sottolineando l'importanza dello psicologo-medico, ha reso senz'altro più accetta la figura dello psicologo in una società che ancor oggi considera il medico depositario di scienza. Ne è conseguito però il livellamento della problematica scientifica a quel certo empirismo incolto che caratterizza i medici. Questa politica è stata fonte di equivoco nella percezione sociale dello psicologo, oltre che fonte di ingiustificati sensi di inferiorità per gli psicologi non medici. Sul piano pratico si è creato l'equivoco di figure ibride di professionisti con qualifica di psicologo clinico, non sovrapponibile a quanto in altre nazioni si designa con tale denominazione, i quali si contrappongono ad altri professionisti con qualifica di neurologi o psichiatri. Non si può certo dimostrare l'utilità o la maggiore validità degli studi medici per il tipo di prestazioni che deve fornire lo psicologo del lavoro o lo psicologo sociale, anche se permane una distribuzione sociologica del potere in funzione della determinante medica. Per quanto riguarda lo psicologo clinico, bisogna chiarire che questa figura non è identificabile con quella dello psicoterapeuta. In questo particolare momento, in cui lo psicologo compare come

figura ufficiale nell'ambito dell'assistenza psichiatrica, è necessario chiarire il tipo di prestazione professionale che può fornire, come contributo diagnostico, attraverso l'uso di determinati metodi, assimilabile al tecnico specialista di altre branche, già rappresentate nell'ambito ospedaliero. Lo psicoterapeuta, sulle cui modalità di insegnamento riferiremo nella terza parte della relazione, si differenzia in rapporto ad un tipo particolare di addestramento che prescinde dall'appartenenza alla categoria professionale degli psicologi o degli psichiatri. Esso rappresenta una nuova figura professionale, con caratteristiche precise, il cui contributo investe direttamente l'aspetto tecnico terapeutico del lavoro psichiatrico. Considerando il problema da questo punto di vista, non è possibile accettare una differenziazione dello psicologo clinico dallo psichiatra in base al parametro del tipo di patologia affrontato. Il problema va posto in termini di preparazione all'uso degli strumenti terapeutici attualmente a disposizione: pertanto la figura attuale dello psichiatra deve essere quella di chi è in grado di affrontare la patologia mentale con tutti gli strumenti che le conoscenze attuali offrono, siano essi la psicoterapia o le cure biologiche. Perché ciò avvenga è necessario servirsi di una precisa figura di tecnico qualificato, che attualmente non si identifica né con lo psichiatra né con lo psicologo, e dal cui inserimento può derivare la possibilità di integrazione tra psicologia e psichiatria sul piano della cura. È quindi necessario sottolineare le precise caratteristiche di questa figura rispetto al nostro problema, affinché non si creda che l'aspetto legislativo dell'inserimento dello psicologo ne sia la soluzione. Se da un canto è necessario potenziare gli insegnamenti di psicologia come problema di carattere generale della medicina in genere e della psichiatria in particolare, dall'altro il problema della psicoterapia va isolato come situazione a sè stante; esso non rappresenta l'alternativa psicologo-psichiatra, ma la integrazione di queste figure nella prassi terapeutica. Possiamo comprendere storicamente che la suddivisione di cultura creatasi in medicina abbia spinto in Italia un gruppo di medici verso gli Istituti di Psicologia quali uniche sedi per approfondire l'interesse verso certi problemi, altrove trascurati, ma ciò non giustifica oggi il permanere della scissione. D'altra parte, questa scissione ha avuto aspetti sociologicamente interessanti, che hanno rappresentato il modo di manifestarsi di una separazione concettuale della

psicologia dal contesto degli studi psichiatrici in termini di separazione tra categorie professionali.

Conviene esaminare alcuni aspetti storici del problema:

Nel settembre 1960 l'Istituto di Psicologia dell'Università Cattolica ha organizzato, al Passo della Mendola, un convegno sui rapporti tra Psicologia e Psichiatria. Tale riunione ha avuto la funzione determinante, presentando il contributo che la psicologia può dare agli studi psichiatrici, di far cadere il timore che da parte cattolica non potesse in assoluto essere accettata la psicoanalisi. L'episodio, a nostro parere, è fondamentale, in quanto ha segnato il viraggio ufficiale delle posizioni cattoliche in Italia, ed ha consentito di eliminare certi timori che ostacolavano l'interesse agli studi psicoanalitici, oltre che un comodo « alibi » per disinteressarsene. Bisogna tenere presente che gli psicologi, in Italia, sono stati sempre un numero ristretto di professionisti, e che le azioni da essi iniziate hanno invece avuto una notevole risonanza. Questo fatto, pienamente spiegabile nel quadro del vuoto di conoscenze psicologiche, ha provocato delle ripercussioni interessanti da analizzare dal punto di vista socio-psicologico. Di fronte ad una attenzione sempre maggiore, soprattutto da parte delle leve psichiatriche più giovani, motivate alla conoscenza della psicologia e della sua possibilità di applicazione nell'ambito del lavoro psichiatrico, c'è stata una serie di reazioni in termini di potere. Terminata la fase in cui era possibile affossare qualsiasi iniziativa riguardante i problemi psicologici nel disinteresse generale, ad ogni livello ci si è dovuto porre il problema del movimento che veniva a crearsi in questo settore.

Abbiamo assistito alla tipica lotta per un potere fantasmatico, che veniva vissuto come minacciato senza considerare che, per le caratteristiche stesse della situazione, non era e non è possibile alcun esercizio di potere, ma soltanto una concretizzazione di iniziative efficienti che possano servire a creare delle strutture. La tendenza a vivere il potere attraverso i suoi simboli ha corso il rischio di far perdere di vista gli obiettivi concreti da raggiungere. Infatti, l'essere stato organizzato il primo approccio ufficiale tra psicologi e psichiatri da parte di un gruppo di psicologi, è stato vissuto, da parte di alcuni psichiatri, come la minaccia degli psicologi ad una fetta della psichiatria. In risposta è stato agitato il problema degli psicologi non medici da combattere, perdendo di vista il fatto che i pochi psicologi

che si occupano di psicoterapia in Italia sono medici e quasi sempre specialisti in neuro-psichiatria, e che per i pochi non-medici si è di fronte a situazioni personali facilmente delimitabili, per cui non si può parlare di una particolare categoria. Allo stesso modo, da parte di alcuni psicologi, si tendeva a sottolineare la divergenza, con prese di posizione in cui veniva avocata ad una psicologia, differenziata dalla psichiatria in rapporto al tipo di patologia di cui avrebbe dovuto interessarsi, il diritto all'esercizio ed all'insegnamento della psicoterapia. Al di là di questi movimenti di potere, è possibile identificare un diffuso atteggiamento di interesse operativo che ha permesso di evitare che il problema venisse esaurito in una lotta fantasmatica; la reale esigenza di rinnovamento delle strutture terapeutiche ha fatto sì che si potesse giungere da più parti ad un dialogo valido, anziché attestarsi su posizioni di distorsione. Ciò testimonia la maturità della situazione italiana affinché si possa prospettare una soluzione nei termini della necessità di un rinnovamento della figura dello psichiatra quale professionista in grado di utilizzare anche le tecniche psicologiche a scopo terapeutico, sfruttando a tal scopo tutte le energie attualmente disponibili in Italia, sul piano di una collaborazione fattuale e volta alla realizzazione concreta da parte di tutti i gruppi interessati.

Di particolare importanza appare la posizione dei gruppi organizzati di psicoterapeuti qualificati rappresentati attualmente in Italia dalla Società Italiana di Psicoanalisi e dalla Associazione Italiana di Psicologia Analitica; a questi gruppi appartengono la maggior parte degli esperti tecnicamente preparati, necessari per lo sviluppo di qualsiasi iniziativa psicoterapica su base scientifica.

All'interno di questi gruppi si sono manifestati tre atteggiamenti fondamentali.

A) Una posizione di netto rifiuto alla collaborazione con psichiatri, al di fuori della formula dell'addestramento tradizionale di allievi.

B) Una posizione di apertura al problema come da noi esposto: diversi psicoanalisti infatti svolgono da tempo questo tipo di lavoro.

C) Una posizione di apertura senza presa di posizione esplicita, riconoscendo il deficit di informazione che impediva una valutazione esatta dei termini del problema. La situazione, in complesso, è abbastanza matura perchè non si provochi un movimento di chiusura nel

momento in cui nelle altre strutture viene a delinearsi la richiesta di collaborazione.

Di fronte a quanto da noi esposto si possono fare due tipi di obiezioni. Alcune derivano da conoscenza specifica del problema, del come si è sviluppata nel corso degli anni, della sperimentazione delle soluzioni proposte. Altre derivano da un atteggiamento di non conoscenza o di resistenza a conoscere i termini del problema. Sono basate su affermazioni personali o punti di vista non confrontati né con la informazione specifica, né con esperienze dirette. Una obiezione di fondo riguardante un rischio insito in tale sistema di lavoro e di addestramento, è che si possa verificare una tendenza alla psicologizzazione, perdendo di vista gli aspetti poliedrici della realtà clinica. Il rischio più immediato lo si riscontra di fronte a situazioni patologiche che implicano decisioni di urgenza. Un'altra critica generale al mettere in primo piano la esperienza affettiva nell'insegnamento è quella del manifestarsi delle tendenze a rinunciare agli aspetti informativi trascurandone l'importanza. Si possono fare altre obiezioni di tipo tecnico che però diventerebbero troppo specifiche e che quindi tralasciamo. Prendiamo invece in esame alcune critiche che si riassumono in frasi generiche per mettere in guardia dai rischi. La principale di queste critiche è che gli psichiatri addestrati in questo modo si sentano investiti del ruolo di psicoterapeuti. Questo rischio costituisce uno specifico problema da affrontare in termini scientifici e non attraverso generiche formulazioni di timore. Dobbiamo considerare:

- 1) se questo rischio è imprescindibile e implicito nella situazione o se possa essere evitato;
- 2) in che misura esso è delimitabile;
- 3) se la situazione di realtà è tale da essere peggiorata attraverso l'insegnamento della psicoterapia nella forma da noi proposta;
- 4) se i benefici che si possono ottenere sono inferiori o superiori ai danni che si possono provocare.

I dati empirici permettono di dare risposta a questi interrogativi, nel senso che il modo di evitare questo rischio consiste nel dare il massimo di informazione.

Più una persona diventa cosciente, attraverso l'apprendimento e l'esperienza diretta, delle difficoltà che comporta l'uso del rapporto

psicologico, tanto più si responsabilizza e diventa cosciente delle proprie capacità e limiti. Il problema dell'analisi selvaggia si pone quando una formulazione ascientifica di questo rischio conduce ad una posizione di chiusura e di negazione della necessità di informare. L'analisi selvaggia fiorisce nel vuoto culturale.

Le esperienze dirette di coloro che hanno lavorato in questo settore confermano quanto da noi esposto. In concreto, il problema non è che gli psichiatri facciano gli psicoterapeuti, in quanto autorizzati dall'aver ricevuto un addestramento, ma è che le caratteristiche stesse della professione fanno svolgere di fatto un'attività psicoterapeutica. Bisogna quindi decidere se questa può essere svolta meglio ricevendo un addestramento e lavorando sotto il controllo di un esperto, ovvero senza ricevere alcuna informazione o aiuto. Il fatto che negli Stati Uniti e in molte nazioni europee sia stata scelta e seguita la prima strada, ci autorizza ad affermare che sia quella valida sulla base di esperienze concrete anche senza far riferimento alla nostra esperienza diretta. È importante a questo punto sottolineare che non abbiamo affermato nulla di nuovo, ma ci siamo fatti soltanto portavoce di quanto già altrove realizzato.

Le forme di inserimento ufficiale di analisti qualificati finora attuate in Italia in istituzioni pubbliche sono di cinque tipi.

- 1) Reparto specifico ad orientamento psicoterapico.
- 2) Attività psicoterapeutica ambulatoriale da parte di analisti qualificati.
- 3) Attività di supervisione in gruppo da parte di analisti didatti ad altri analisti che lavorano all'interno delle istituzioni.
- 4) Presenza nell'istituto di un analista didatta incaricato ufficialmente della formazione di allievi.
- 5) Gruppi di supervisione con partecipazione di tutto il personale medico dell'istituzione.

Queste forme di attività hanno tutte una loro utilità, ma di esse soltanto l'ultima risulta adeguata a cogliere il problema della psicoterapia in una istituzione in tutti i suoi aspetti, rappresentando una modalità di lavoro che investe l'attività psichiatrica in generale.

La soluzione di cui al punto 1) appare parziale e va considerata come un qualsiasi reparto specializzato la cui attività non investe la struttura nella sua totalità, pur presentando un notevole valore dal

punto di vista della ricerca scientifica e della terapia di singoli casi. Le esperienze sinora raccolte dimostrano che questa forma di inserimento presenta aspetti negativi se non è integrata con la formula di cui al punto 5, in quanto si creano dei fenomeni di gruppo e di isolamento all'interno della istituzione che disturbano l'azione psicoterapica.

Il fatto che oggi si possono svolgere le attività di cui ai punti 2, 3, 4, presenta un valore storico, nel senso che conferma la presenza di una apertura verso la psicoterapia, ma non rappresenta altro che un cambiamento di luogo dello studio dell'analista. In particolare quella di cui al punto 4 rappresenta soltanto la soluzione logistica del problema. Dal punto di vista delle istituzioni, queste attività risultano disturbanti in quanto si creano fenomeni di « élites » e di aggressività da parte degli esclusi, con azione reciproca di disturbo. Una delle conseguenze tipiche di tale attività è, ad esempio, la somministrazione di farmaci in dosi massive prescritte al paziente in analisi dal collega non analista gerarchicamente superiore all'analista.

In ogni caso, nessuna di queste attività può svolgersi senza un lavoro preliminare del tipo di cui abbiamo diffusamente parlato e solo dopo che questo è entrato a far parte della attività di routine dell'istituto. È importante quindi tenere presente questi fattori nel momento in cui si porrà all'interno di ogni istituzione il desiderio di una collaborazione con psicoterapeuti.

Considerando che il lavoro di gruppo risulta la modalità più efficiente dal punto di vista istituzionale, dobbiamo vedere in che termini ed entro quali limiti essa può trovare applicazione pratica su vasta scala in Italia. Il presupposto è rappresentato dalla presenza di un numero adeguato di analisti qualificati in rapporto al numero di psichiatri che lavorano in istituzioni pubbliche.

Sono da considerare qualificati, dal punto di vista del lavoro che ci interessa, degli analisti che abbiano ricevuto un addestramento completo, con analisi personale didattica e supervisione, che abbiano una specifica conoscenza del lavoro psichiatrico nelle istituzioni, e che abbiano almeno un anno di addestramento ad uso delle tecniche di gruppo.

In Italia esistono 60 membri della Società Psicoanalitica, tra ordi-

nati e associati e circa 40 allievi in addestramento. L'Associazione Italiana di Psicologia Analitica è formata da 33 soci tra ordinari e aderenti e da circa 15 allievi in addestramento. In rapporto all'attuale struttura didattica di queste associazioni ed allo sviluppo prevedibile per i prossimi dieci anni, nel 1957 avremo in Italia circa 400 analisti, tenendo presente che molti giovani colleghi stanno provvedendo alla propria formazione all'estero.

Dal punto di vista del lavoro di gruppo, il numero di persone in grado di svolgerlo è molto più limitato: un potenziamento delle strutture didattiche in tal senso può risolvere però questo problema nel giro di pochi anni. Un anno può bastare a far in modo che un professionista, già qualificato come analista, sia in grado di utilizzare le tecniche di gruppo e di utilizzarle sia a scopo terapeutico sia per il tipo di lavoro di cui abbiamo parlato.

Tenendo presente quindi questo numero di persone dobbiamo fare un raffronto del potenziale operativo che hanno a disposizione. Attualmente, nelle istituzioni pubbliche lavorano circa 1000 psichiatri; non vengono inclusi in questo numero gli specializzandi, ma soltanto quelli che effettivamente svolgono un lavoro inquadrati nell'ambito dell'istituto. Dato che attualmente possiamo calcolare intorno a 100 il numero degli analisti qualificati esistenti in Italia, il rapporto è di 1 a 10.

Dobbiamo tenere presenti una serie di variabili che possono intervenire nel rendere o meno motivati gli analisti qualificati a questo tipo di lavoro, per cui è prevedibile che soltanto un 50% possa essere interessato a svolgerlo. Possiamo quindi prevedere che nel giro di dieci anni, quando cioè, come già detto in precedenza, il numero degli psichiatri sarà diventato di circa 4000 in rapporto al tasso di incremento previsto dai progetti di legge, e quello degli psicoanalisti 400, il rapporto rimarrebbe ancora di 1 a 10. Il potenziale di lavoro di un singolo analista va calcolato in rapporto alla possibilità reale che egli abbia di dare un contributo: è necessario che egli venga riconosciuto come tecnico qualificato; che nel rapporto di lavoro venga retribuito come tecnico qualificato; che si riesca ad evitare l'interferenza della professione privata, che in questo settore assume uno sviluppo sempre maggiore, senza caricare sulle spalle di singoli individui un problema che investe tutta la società. Questa è una

tendenza che si è manifestata piuttosto spesso da noi, e dobbiamo tenere presente un dato di fatto specifico: diversi colleghi che nell'ambito di strutture ospedaliere avevano raggiunto posizioni di notevole importanza, e che erano però anche analisti qualificati, negli ultimi anni, soprattutto nella zona di Milano, hanno abbandonato queste istituzioni. E non le hanno abbandonate in quanto non appassionati a questo tipo di lavoro, ma perchè quel tipo di lavoro costringeva loro ad una scissione troppo netta tra la loro qualificazione, cioè quello che erano capaci di fare, e la possibilità di farlo, dovendosi burocraticamente interessare di tutta la gamma del lavoro psichiatrico. Il punto principale è il riconoscimento del valore tecnico di questa figura professionale, per permettere, per esempio, ad un professionista qualificato, di dedicare due mezzette giornali alla settimana a questo tipo di attività. Con due sedute settimanali di 2 ore, dato che in media i gruppi di addestramento sono costituiti da dieci persone, un singolo terapeuta qualificato può seguire 2 gruppi, cioè venti persone. Queste vedranno potenziata la loro capacità terapeutica e potranno dedicarsi al loro specifico lavoro con maggiore sicurezza nelle personali possibilità di intervento.

Da un punto di vista pratico, un inserimento di questo tipo, e questo è valido in particolare per le strutture ospedaliere, presuppone che non venga trascurato il problema del personale. Anche per il personale è necessario compiere degli addestramenti in gruppo, ed è possibile che proprio quei medici, quegli psichiatri che avranno partecipato ai gruppi con il tecnico qualificato, divengano maggiormente in grado di seguire a loro volta dei gruppi con il personale infermieristico. L'obiezione che viene spesso fatta riguarda i costi di un'operazione di tal genere. Un calcolo molto rapido è possibile in rapporto al fatto che se attraverso questo tipo di lavoro si riescono a dimettere 5 pazienti per un anno, una amministrazione ha risparmiato la cifra necessaria al pagamento dell'operazione.

Dobbiamo calcolare anche, rispetto a questo problema, il costo di formazione di uno psicoterapeuta. Questo costo è in apparenza elevato se deve essere sostenuto da una singola persona, ma ci sono delle soluzioni, già attuate anche in Europa, che possono farci da modello in tal senso.

Non si può caricare sugli analisti didatti, i quali sono i professionisti più affermati nel settore, il costo della formazione di allievi: è

notorio che i colleghi in analisi didattica pagano una cifra inferiore a quella pagata da un paziente.

Una delle soluzioni, attuata in Germania presso l'Istituto di Psicoanalisi di Francoforte, è stata quella di far pagare una metà del costo dell'analisi all'allievo in training, mentre l'altra metà viene pagata dallo Stato. Una soluzione di questo genere non è estremamente costosa, e può essere proposta per risolvere soprattutto il problema delle istituzioni più periferiche, cioè di quelle istituzioni talmente decentrate rispetto ai centri di formazione di analisi da rischiare di restar tagliate fuori completamente. Calcolando che in ognuna di queste istituzioni non esistano più di venti medici, e quindi rimanendo sullo schema del lavoro di una persona qualificata per due mezzette giornali alla settimana, che possa seguire i due gruppi di dieci medici ciascuno, per queste istituzioni sarebbe necessario far preparare una sola persona, con un costo di circa 5 milioni. Una soluzione tipo borse di studio, rispettando l'impegno personale necessario in situazione analitica, e cioè con una parte della spesa da far sostenere all'allievo, verrebbe a costare una cifra piuttosto limitata. Al di là delle nostre indicazioni generiche, sarebbe facile calcolare i costi generali di questa soluzione e pianificarla rigorosamente nel quadro dei problemi della futura assistenza psichiatrica.

INTERVENTI PREORDINATI

MARIO MORENO

Quale rappresentante dell'Associazione Italiana di Psicologia Analitica, in questa sede desidero esporre alcune brevi considerazioni e fornire alcune notizie allo scopo di rendere chiara la posizione degli analisti junghiani.

La psicologia di Jung può dar luogo, come in effetti spesso è accaduto, ad incomprensioni ed a errate interpretazioni, ma certamente non presta in alcun modo il fianco all'accusa di una chiusura dottrinale. È ben noto infatti l'atteggiamento ateoretico e asistemático di Jung, che attribuiva ad ogni formulazione sulla struttura e sulla dinamica della psiche il valore di una ipotesi di lavoro. Jung stesso raccomandava nei suoi scritti l'applicazione pratica nella terapia, a seconda dei singoli casi, degli schemi interpretativi riduttivi di Freud e di Adler. D'altra parte la scoperta junghiana degli strati collettivi consci ed inconsci della psiche è stata largamente utilizzata dalla scuola culturale americana e dalla scuola viennese, mentre l'atteggiamento di comprensione non riduttiva della psicologia analitica ha anticipato le ricerche dell'indirizzo fenomenologico della psichiatria, focalizzando l'attenzione sul concetto di individuazione, concetto che ha piena validità di categoria fondamentale di una antropologia fenomenologica, in cui l'uomo è assunto nel suo momento più specifico: l'impegno alla realizzazione di sé come individualità integra ed autentica ed al rischio del collettivo ed inautentico. Concordemente a quanto ho ora accennato, gli analisti junghiani, ed in particolare il gruppo italiano, non hanno mai avuto la tendenza a chiudersi in difesa delle proprie teorie ed hanno invece sempre accolto favorevolmente ogni iniziativa tendente a creare contatti e scambi culturali con altre scuole di psicologia del profondo e con l'ambiente psichiatrico.

Pur essendo consapevoli dei limiti di queste iniziative, che non possono risolvere il problema della psicoterapia in Italia, posso accennare ad alcuni fatti, quali quello che a Roma uno dei nostri membri svolge un corso di psicoterapia nell'ambito della scuola di specializzazione in neuropsichiatria dell'Università. Un altro tiene un corso libero su alcuni aspetti della psicologia analitica. La maggioranza dell'équipe di psicoterapeuti che svolge la sua attività con Gianfranco Tedeschi, presso la Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Roma, è rappresentata da nostri membri.

A Milano, siamo lieti che alcuni analisti junghiani facciano parte del Gruppo milanese per lo sviluppo della Psicoterapia, ed abbiamo sempre

partecipato con entusiasmo ai Corsi di aggiornamento che il Gruppo periodicamente organizza.

Abbiamo inoltre in programma di invitare medici, psichiatri e non psichiatri, ad alcuni dei seminari che svolgiamo nella nostra sede. Noi siamo convinti che sia nostro dovere contribuire ad una conoscenza della psicoterapia nell'ambito psichiatrico, della psicologia analitica nell'ambito psicoterapeutico, e che questi contatti siano utili, se non altro, ad evitare una reciproca proiezione dell'ombra, per usare un termine junghiano. La diffusione dell'atteggiamento di comprensione psicologica del comportamento umano, è per noi opera di educazione individuale e contribuisce ad una evoluzione culturale che favorisce a sua volta la formazione di una più adeguata persona del medico.

Riteniamo tuttavia che non sia ancora storicamente esaurita la funzione delle scuole di psicoanalisi. Il rapporto di training è una necessità individuale, e almeno per molti casi, professionale. Senza di esso non è possibile uno sviluppo individuale e non è agevole una preparazione professionale.

Come giustamente ha scritto Jaspers, che pure è contrario all'organizzazione chiusa delle scuole di psicoanalisi, e crede in un insegnamento *ex cathedra* della psicoterapia, è possibile che un medico affetto da cirrosi possa curare un paziente affetto da cirrosi, ma non è possibile che un medico nevrotico possa curare un paziente nevrotico. L'A.I.P.A. si mantiene aperta ad ogni iniziativa che possa favorire lo sviluppo della psicoterapia in Italia. Sul piano delle proposte concrete, riteniamo essenziale per lo sviluppo della Psicoterapia in Italia, oltre a quello che abbiamo ascoltato dal documento del Gruppo Milanese, una decisa azione da svolgere preferibilmente attraverso la Società Italiana di Psichiatria, mirante ad ottenere dai vari Enti mutualistici un congruo contributo economico ai trattamenti psicoterapeutici, in modo da adeguare le istituzioni alla realtà delle esigenze della società. Personalmente, vorrei infine richiamare l'attenzione sull'opportunità di una supervisione psichiatrica della psicoterapia individuale, mirante alla raccolta di elementi sulla efficacia, sulla durata e sulle indicazioni della psicoterapia stessa. Una tale supervisione, da programmare secondo le modalità più idonee scientificamente e deontologicamente, potrebbe in effetti evitare tante incomprensioni e diffidenze che ancora turbano i rapporti tra la psichiatria e la psicoterapia.

FRANCO BASAGLIA

In una riunione che ha per scopo un sondaggio sulla situazione della psicoterapia in Italia, portare un contributo in veste di rappresentante di un'ospedale psichiatrico non è semplice. Conoscendo su quale piano si muove la psichiatria ospedaliera, su quali realtà sociali e culturali poggia, a quale livello di istituzionalizzazione sia giunta, parlare di psicoterapia come routine di lavoro suona quasi un'irrisione verso i ricoverati della maggior parte dei nostri istituti psichiatrici. La realtà sociale nella quale viviamo, ci obbliga a muoverci in situazioni di lavoro che sono la negazione di qualsiasi appoggio psicoterapico per il malato.

Ristretti dalle impostazioni, dalle limitazioni che ci rendono semplici funzionari amministrativi dell'organizzazione provinciale, non è facile evitare di proiettare nel nostro campo di lavoro il nostro restringimento, la nostra mancanza di libertà, che si concretano nelle adesioni alle regole dell'istituto in cui si lavora. Questa è contemporaneamente la nostra realtà e il nostro alibi. Voler creare una nuova psichiatria, basata sull'approccio psicoterapico, ed essere invece ancora invischiati in una realtà psichiatrica legata ai vecchi schemi positivistici.

Tendere verso un'organizzazione ospedaliera che tenga conto del gioco delle dinamiche interne di gruppo e dell'apporto delle relazioni interpersonali, non avendo invece altri modelli cui riferirsi che quelli di un sistema autoritario e gerarchico. Sforzarsi di trasformare l'ospedale psichiatrico in organismo retto comunitariamente ed essere invece, nostro malgrado, inseriti in una realtà sociale ad alto livello repressivo e competitivo. Tendere verso la soluzione dei problemi del malato mentale attraverso la riabilitazione comunitaria del precedente stato di istituzionalizzazione e trovarsi a provocare, nel malato riabilitato, un nuovo tipo di disadattamento al clima istituzionalizzato della società.

In tale situazione, parlare di psicoterapia dovrebbe dunque significare parlare di capovolgimento di valori, di ricerca, per sostituirci altri che non abbiano a rinchiudersi subito in un nuovo tipo di istituzionalizzazione, di sperimentazioni fatte sul vivo e a proprio rischio, a meno che non si voglia limitarci a discutere l'argomento nell'ambito di pochi trattamenti indivi-

duali, mantenendoci così perfettamente aderenti al piandi di realtà sociale in cui viviamo.

Parlare della situazione della psicoterapia in Italia a tutti i livelli, dovrebbe dunque significare proporsi dei quesiti più generali circa cosa sia la stessa psichiatria italiana e cosa la realtà sociale su cui poggia la nostra cultura. Restando tuttavia nell'ambito della psicoterapia, le cui implicazioni portano comunque a considerazioni di carattere sociologico, si potrebbe dire che se l'ospedale psichiatrico è da considerarsi la prova naturale della malattia mentale, è qui che troviamo i risultati della nostra realtà socio-culturale, ed è ancora qui che si dovranno riparare gli errori lasciati in eredità dalla psichiatria tradizionale, non certo attraverso la soluzione di qualche fortunato caso isolato trattato con metodi psicoterapici.

La psicoterapia si è finora mantenuta ai margini di questo terreno psichiatrico. I trattamenti individuali restano appannaggio di una élite economica perché è il tipo stesso delle nostre istituzioni a sbarrare il passo al suo ingresso nelle organizzazioni ospedaliere. Nel caso riesca a penetrarvi, essa si trova a doversi trasformare per poter agire fino a dilatarsi e compenetrare ogni atto della vita ospedaliera, il che minerebbe inevitabilmente la struttura autoritaria e gerarchica su cui poggia l'ospedale chiuso.

L'esperimento che da quattro anni stiamo vivendo per trasformare un manicomio in una comunità terapeutica, ci ha portato a formulare l'ipotesi che dove non c'è approccio psicodinamico c'è istituzionalizzazione, perché l'istituzionalizzazione è per essenza negazione dell'approccio psicodinamico. Partendo da questa ipotesi tenderemo ora di ricostruire attraverso le varie tappe da noi attuate nella trasformazione dell'ospedale psichiatrico, le possibilità reali dell'apporto psicoterapico nelle nostre istituzioni cominciando dal manicomio come estremo esempio di negazione e di chiusura, fino alla comunità terapeutica come unico luogo adatto all'istaurarsi di un trattamento psicoterapico collettivo.

1 - Il Manicomio

Sulla necessità della sua distruzione pare ci si trovi tutti d'accordo, sulla negatività ed assurdità delle regole su cui è basata la vita di questi asili, nati per curare i malati e vissuti per annientarli attraverso l'autorità, la mortificazione, la coercizione ed ogni altro tipo di repressione, non sembra necessario soffermarci. Si rimanda all'abbondante bibliografia anglosassone, da Barton a Goffmann a Stanton a Schwarz, Cummings, Martin, Maxwell Jones.

Si potrà qui soltanto precisare che in un ambiente completamente chiuso, l'azione di un eventuale apporto psicoterapico individuale il solo ancora possibile in un luogo che tende essenzialmente all'annientamento dei rapporti, non potrebbe che venire sistematicamente annullato dalla struttura di base di un istituto che si fonda appunto sulla mortificazione individuale. Sembra dunque si debba riconoscere che lo stato attuale dei nostri

ovvero
che avrebbe
realizzato
leff 180
disparmi
della prout

istituti psichiatrici escluda l'esistenza e la possibilità di una impostazione psicoterapica che, proprio per i principi psicodinamici su cui tale metodo di approccio si fonda, risulta incompatibile con un organismo retto unicamente su principi di autorità coercitiva e gerarchica.

2 - L'ospedale psichiatrico chiuso *ma* liberalizzato su base autoritario-paternalistica

Questo è il primo passo per iniziare a smuovere il clima stagnante manicomiale, dove i rapporti interpersonali non esistono, se non segnati dal punto di distanza fissata dal ruolo. È un tentativo che nasce dalla spontanea reazione di chi non vuole rendersi partecipe e complice di un sistema repressivo, ma che non è ancora in grado di opporsi e di sostituire ad esso un organismo altrettanto efficiente. La sua azione si riduce quindi ad uno ~~scritto~~ senso di colpa verso i ricoverati e al tentativo, subito frustrato dal sistema che lo nega, di impostare un rapporto semplicemente più umano.

In questo caso il risultato di un approccio psicoterapico individuale viene a sciogliersi nel clima di dedizione e di riconoscenza verso il medico, il che anziché aumentare il processo di rafforzamento dell'Io tipico dell'approccio psicoterapico, contribuisce ad una forma di istituzionalizzazione più pericolosa. Raggiunto infatti il livello di inconsapevolezza più gradito al sistema, si annulla ogni possibilità di ribellione al sistema stesso e si contribuisce quindi al processo di restringimento dell'Io di cui il malato già soffre. La tecnica del buon padre che si manifesta alla distanza impostagli dal ruolo, se può portare, dal lato psicoterapico, qualche risultato dal punto di vista dell'identificazione del malato nella figura del medico che veglia su di lui, resta però invischiata nel medesimo sistema di restrizioni e di impostazioni cui lo stesso medico soggiace, partecipando, nell'introyettare in sé le impostazioni del sistema e farle sue, lo stesso clima di restringimento e di limitata libertà cui aderisce, contemporaneamente vittima e complice.

3 - Ospedale psichiatrico aperto su base autoritaria

D'accordo ormai sull'apertura degli ospedali psichiatrici, sullo smantellamento delle barriere interne ed esterne e riconosciuta l'importanza e la necessità dell'apporto psicoterapico, si tenta la costituzione di organismi che racchiudano in sé bisogni e gratificazioni, repressioni e compensi. Che pur mantenendo il medesimo sistema gerarchico di valori e di ruoli, tendano alla soluzione dei problemi del malato mentale nell'ospedale, creando attorno a lui lo spazio umano di cui abbisogna. Sarà tuttavia questo stesso spazio che manterrà la sua dipendenza a quel mondo illusorio che non conserva più alcun legame con la realtà esterno verso la quale il malato dovrebbe sempre tendere. Ciò che non muta infatti, è ancora la base autoritaria su cui poggia tutta l'organizzazione. Essa continua a mantenere all'interno di questa società la distanza tra i vari livelli di realtà: malati, infermieri e medici,

suddivisi nelle sottocategorie e nei sottogruppi, continuano a muoversi su un piano competitivo alla ricerca del loro compenso. Il principio di autorità gerarchica conserva anche in una situazione di apertura il livello di competizione che garantisce, attraverso la repressione come fonte di utilizzazione di energie, l'efficienza dell'insieme, ma contemporaneamente nega in sostanza l'autorealizzazione di ogni paziente attraverso un rafforzamento del proprio Io.

In tal modo l'apporto psicoterapico potrebbe essere mantenuto e vivificato dall'allargamento dello spazio vitale, ma continuerebbe a venire distrutto dal clima autoritario dell'ospedale, negazione di ogni rafforzamento dell'Io debole dell'ammalato mentale.

A comprova di ciò potremmo citare le conclusioni di Christian Mueller, che in un recente lavoro giudica l'organizzazione dell'ospedale da lui diretto, come una illusione creata per i malati, perché nonostante le apparenze di libertà e di autodecisione, chi determina siamo sempre noi. Questo è il pericolo cui può andare incontro il nostro futuro ospedale psichiatrico: che saturato e compensato il nostro senso di colpa verso i malati, nella costruzione di nuovi ospedali, ci limiteremo a traslocare, entro mura trasparenti ma non meno incumbenti, la nostra struttura gerarchico-autoritaria, fonte di ogni tipo di regressione.

4 - Ospedale psichiatrico comunitario in una società competitiva: La comunità terapeutica

La costituzione di un complesso ospedaliero retto comunitariamente e basato su premesse che tendano alla distruzione del principio di autorità, si pone in una situazione che va slittando dal piano di realtà nel quale vive la società attuale. È per questo che tale stato di tensione non può che essere mantenuto da una radicale presa di posizione da parte dello psichiatra che vada oltre il suo ruolo e si concreti in una azione di smantellamento della gerarchia di valori su cui si fonda la psichiatria tradizionale. Saremo noi per primi a dover comprendere il senso del lavoro comunitario, per poter poi tendere alla creazione di un ambiente comunitario. Ciò ci richiede tuttavia di uscire dai nostri ruoli per rischiare di persona, per tentare l'abbozzo di qualche cosa che se pure avrà già i germi di futuri errori, ci aiuti per il momento a rompere questa situazione cristallizzata, senza aspettare che siano solo le leggi a sancire le nostre azioni. La comunità terapeutica del nostro ospedale ha per ora questo significato: un tentativo di liberarci attraverso la liberalizzazione dei malati, creando in questa comunità di fini la prima base psicoterapica.

I precedenti cui ci si può riferire e che sono naturalmente le esperienze anglosassoni, in particolare di Jones, poggiano su una realtà socio-culturale ben diversa dalla nostra. La comunità terapeutica anglosassone è infatti l'espressione naturale di una società comunitariamente organizzata, la quale è il prodotto di una organizzazione sanitaria impostata per lei in senso comunitario e non trova ostacoli né discrepanze con il sistema sociale

su cui poggia; gode quindi i privilegi di una organizzazione ormai codificata. La comunità terapeutica dei nostri ospedali invece, non può che essere in opposizione alle realtà sociali in cui vive, perchè basata com'è su dei presupposti che tendono a distruggere il principio di autorità, nel tentativo di programmare attraverso l'approccio psicodinamico una condizione comunitariamente psicoterapica, essa si pone in netta antitesi coi principi informatori di una società ormai identificata con le regole, che al di là di ogni possibile intervento individuale la convoglia in un ritmo di vita anonimo, impersonale, conformista. L'esperimento della nostra comunità terapeutica posta su queste basi sembra finora darci ragione. Dal momento della creazione di tali comunità nell'ospedale, si è sentita l'urgenza di un approccio psicoterapico a tutti i livelli. In un ospedale quasi del tutto aperto l'autorità unica del direttore non è più in grado di controllare il ramificarsi continuo di libere attività e di liberi rapporti, cosicchè ad ognuno, sia malato, infermiere o medico, viene data la sua responsabilità e ciascuno viene a legarsi all'altro in una dimensione che non è più imposta, ma si muove sul piano dei bisogni e degli interessi.

Dopo il manicomio come simbolo della punizione, dopo la costruzione del nuovo ospedale psichiatrico come compenso al nostro senso di colpa, la comunità terapeutica potrebbe essere la nuova realtà edificata sull'impegno di tutti attraverso la trasformazione genuina dell'interesse di ognuno. Mentre la punizione e la ricompensa sono infatti opera di una piccola élite che impone la sua distanza dalla collettività, la trasformazione dell'interesse è tale quando viene vissuta da tutti fino a raggiungere un comportamento comunitariamente scelto. Per questi motivi la psicoterapia, nella attuale situazione italiana, non può, per i principi su cui si fonda, che essere essenzialmente comunitaria, perchè solo in questo senso potrà penetrare nelle organizzazioni chiuse e rompere per poter agire in esse. Se invece si limiterà solo alla isolata soluzione individuale, essa continuerà a mantenersi aderente all'attuale realtà sociale e si potrà in questa sua acquiescenza, intuire il pericolo già intravisto da E. Fromm, che perda un'altra caratteristica fondamentale dell'insegnamento freudiano: il coraggio di andare contro il senso comune e l'opinione pubblica.

ANTONIO JARIA

Il mio intervento potrebbe sembrare superato da tutto quanto è stato detto fino ad ora, però dato che io mi occupo di un argomento più ristretto di quello di tutti gli altri lo affronto lo stesso. Inoltre il mio intervento potrebbe sembrare molto terra terra, ma io penso che la realtà che noi affrontiamo tutti i giorni è questa che io vi dirò. Possibilità, limiti e difficoltà della psicoterapia nelle strutture di assistenza psichiatrica per ammalati lungo degenti e giudiziari

Parlare o perfino iniziare un discorso sulla psicoterapia nella strutture di assistenza psichiatrica per lungo degenti sembrerebbe fuori di tempo e di luogo in relazione alle situazioni attuali. Infatti tutti conosciamo la situazione attuale di queste istituzioni, che non è sicuramente la più idonea per l'applicazione della psicoterapia. D'altra parte io affronto qui un problema personale: poi vedremo come lo potremo sviluppare.

All'inizio di questi corsi di psicoterapia, mi ero posto il problema e ne avevo discusso anche con il Gruppo stesso di Psicoterapia, se era indispensabile cambiare radicalmente le istituzioni per poter applicare i principi della psicoterapia negli ospedali psichiatrici, oppure se si poteva fare qualche cosa anche nella situazione attuale. Se avessi ritenuto giusta la prima ipotesi, forse avrei rinunciato a seguire questi corsi, oppure l'avrei fatto solo a titolo personale per arricchire le mie conoscenze. Invece mi sono convinto che qualche cosa si poteva fare anche nella situazione attuale delle strutture degli ospedali psichiatrici.

Infatti secondo me, tutte le evoluzioni sono lente e graduali e molto spesso il passo più difficile è quello iniziale. D'altra parte la presa di coscienza e l'accettazione di questa realtà poteva già essere un atteggiamento psicoterapeutico, e mi sono convinto allora che si poteva svolgere il lavoro di tutti i giorni cambiando il nostro atteggiamento, instaurando dei rapporti interpersonali diversi tra noi medici, specie direttore, primario, assistente, poi tra medici e infermieri ed infine con gli ammalati stessi, arrivando ad una chiarificazione del lavoro che si fa in comune tutti i giorni e quindi ad una chiara coscienza di gruppo. Non dobbiamo dimenticare di comprendere in questo nostro lavoro una componente che spesso lo limita molto, quella degli amministratori. Si potrà dire che in fondo questa non è psicoterapia o che perlomeno è sempre stata più o meno ap-

plicata. Ma a me sembra che noi molte volte, oberati dal lavoro e spesso scoraggiati dalle difficoltà, non riusciamo nemmeno più a conservare questo atteggiamento psicoterapeutico. Esaurita questa premessa, direi personale, veniamo all'argomento che abbiamo scelto. Per strutture lungo degenti noi intendiamo non solo i reparti di psicoterapia o per cerebropatici come spesso è stato detto, ma anche quelle che ospitano forme psicotiche che abbisognano di degenze prolungate sia per la natura stessa della malattia (forme croniche di schizofrenia, alcoolopatici, personalità psicopatiche), sia per motivi giuridici (i prosciolti folli). Noi pensiamo che anche il miglioramento della assistenza psichiatrica ridurrà il numero delle forme psichiche cronicizzantesi, purtroppo il problema esisterà ancora, o quanto meno esiste e in maniera pressante, attualmente. Questi lungo degenti, se da un lato sono nelle condizioni di tempo migliori per una psicoterapia, individuale o di gruppo, dall'altro sono talmente istituzionalizzanti da rendere particolarmente difficile un aggancio psicoterapeutico.

Quindi riferendoci a quanto detto nell'introduzione, riterrei che il primo passo psicoterapeutico sia proprio quello relativo allo svincolamento delle istituzioni inteso come non lasciarsi demoralizzare: l'avere da una parte il coraggio di liberalizzare quelle strutture che possono essere liberalizzate e dall'altra di accettare la situazione così com'è affrontandola realisticamente. Pur tenendo presenti i limiti che abbiamo, questa accettazione però non deve essere passiva, ma deve servire ad inserirsi in essa per poterla modificare. Quindi rassicurarsi, sdrammatizzare le difficoltà, risolverle una alla volta, dire, spiegare al malato perchè non è possibile fare qualche cosa nel senso da lui voluto, evitare cioè di ingannare gli ammalati e spesso noi stessi con la falsa convinzione che tutto va bene oppure che non c'è niente da fare; non lasciarsi trasportare dai troppo facili entusiasmi od innovazioni, avendo sempre presente la realtà umana del malato.

Tutto questo può sembrare anche banale, ma se sarà veramente riconosciuto, accettato e fatto nostro, servirà ad animare un po' le vecchie strutture. Cioè è necessario che deistituzionalizziamo noi i nostri atteggiamenti, che impariamo ad agire rispettando sì le leggi, i regolamenti e le istituzioni, però in una prospettiva diversa che non è più quella della sola obiettrivazione della malattia ma quella della conoscenza del malato e della partecipazione alla sua vita. È chiaro che se assumere un atteggiamento psicoterapeutico è già un passo verso un cambiamento del clima e del morale delle strutture, la psicoterapia non può esaurirsi in questo. Nè d'altra parte la psicoterapia si può esaurire in tutte quelle attività socio-terapiche che costituiscono, secondo me, solo una parte successiva. Esiste a nostro giudizio anche il rischio che certe riforme di strutture, certi orientamenti nel senso di costituzione di clubs, di attività di atelier, di socioterapie in genere, finiscono esse stesse per istituzionalizzarsi o quanto meno rappresentano un punto di arrivo del quale si è soddisfatti. Si creano cioè delle cristallizzazioni che non permettono un ulteriore avanzamento. Di qui la necessità di una psicoterapia che vada veramente a fondo, che rag-

giunga lo scopo della ricostruzione di una personalità, di una soluzione dei problemi affettivo-emotivi del malato.

È una psicoterapia così intesa, possibile nelle strutture per lungo degenti attuali? Allo stato attuale direi di no; per lo meno essa è possibile per un numero limitatissimo di pazienti o per quanto mi risulta in pochissime istituzioni. A questo punto il discorso diverrebbe troppo lungo, ed anche ovvio, vorrei limitarmi a dire come il problema potrebbe affrontarsi con gruppi in psicoterapia, e come d'altro lato sia difficile una psicoterapia con certe forme di schizofrenia demenziale. Mi pare sia interessante dire qualche cosa sulle possibilità psicoterapeutiche con i prosciolti folli (giudiziari). Voglio ricordarvi come l'opera del medico sia in questi reparti ancora più vincolata da leggi, regolamenti, ecc.

Il rapporto che si stabilisce tra medico e malato giudiziario è impostato in maniera molto ambigua, in quanto il paziente non ha una chiara percezione, una precisa coscienza della sua posizione. È in ospedale psichiatrico per scontare una pena, o è malato, o è l'uno o l'altro, o nessuno dei due? Questa ambiguità è assai spesso vissuta dal medico. È solo esecutore di una sentenza o è anche terapeuta? Ed è proprio qui che per primo deve agire un processo psicoterapeutico. Il medico deve saper risolvere in se stesso questo dilemma, deve saper giuocare i due ruoli senza mettersi in crisi, deve saper analizzare i suoi atteggiamenti, spiegarsi e spiegarli al personale ed al malato stesso.

Quindi ritengo utile una preparazione psicologica e psicoterapeutica del medico, non tanto perchè egli possa fare della psicoterapia del medico, non tanto perchè egli possa fare della psicoterapia, almeno al momento attuale, ma piuttosto perchè egli possa superare questa impasse nel rapporto. Così la sua preparazione psicologica e psicoterapeutica non rimarrà soltanto un fattore culturale come, purtroppo, spesso accade.

Concludendo, dobbiamo riconoscere che al momento attuale le difficoltà per la psicoterapia nelle strutture lungo degenti sono enormi, le possibilità sono modeste e i limiti insiti nelle strutture stesse. Ma d'altra parte, aspettare, come si è detto prima, una distruzione dei manicomi attuali, significherebbe non far niente. Comunque sembra utile riaffermare che si può affrontare, per il momento, la prima che è quella, secondo me, del nostro atteggiamento. Questa modifica ci permetterà anche, successivamente, di affrontare realisticamente e produttivamente il problema delle istituzioni.

FRANCO GIBERTI

Non intendo affrontare il problema, fra i molti altri, affrontato nella relazione del Centro di Psicoterapia di Milano, sulla non validità dell'insegnamento universitario della psichiatria oggi in Italia, penso che altri potranno riprendere l'argomento, tanto più che all'estero il problema è tutt'altro che definito. Mi limito ad affermare che io lavoro in un Istituto Universitario nel quale la psichiatria viene studiata ed insegnata con un orientamento aperto a tutti gli indirizzi, come è stato riconosciuto anche in ambiente internazionale. Quanto segue sarà la nostra testimonianza a proposito del tema oggi in discussione. Debbo quindi aggiungere che l'intervento esprime in pratica il pensiero del gruppo di psichiatri che lavora nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali di Genova, sotto la direzione e la guida del Prof. Fazio. Esso è quindi il risultato di conversazioni e discussioni quotidianamente svolte in corsia, negli ambulatori e nelle riunioni dello staff psichiatrico. Ciò che verrà esponendo avrà un significato piuttosto generale, in parte programmatico in parte di cronaca; queste considerazioni infatti tentano di documentare un'evoluzione, nell'ambito di una struttura universitaria, tutt'ora in atto e della quale non è ovviamente possibile prevedere lo sviluppo, ancorché le speranze e le intenzioni siano molto vivaci. Noi ci troviamo di fronte oggi ad una duplice esigenza. Da una parte l'accresciuta richiesta di interventi psicoterapici, e dall'altra la necessità di integrare la cultura e la prassi psicoterapica ad un corpo dottrinario quale quello della psichiatria, in continua evoluzione e tutt'ora divise in una molteplicità di indirizzi e tendenze. Soddisfacimento di esigenze sociali e di integrazione culturale e pratica non debbono però avvenire a spese della serietà metodologica né con sacrificio di quanto già acquisito. A nostro parere, mentre il contributo informativo è nozionistico concernente la psicoterapia e le sue teorie e metodiche, può e deve agevolmente integrarsi, e già in molte sedi si integra, nell'attuale prassi didattica ed educativa, l'aspetto formativo, pratico ed applicativo maggiormente risente, salvo le debite eccezioni, di una carenza di personale e di impostazioni programmatiche che siano di portata generale e di applicabilità effettiva. Orbene tale complessa serie di modifiche non può prescindere, specie nell'ambito delle strutture didattiche, da due condizioni almeno. L'una connessa alla più ampia accettazione di uno spirito e di un approccio già di per sé definibili psicoterapici. L'altra legata ad una più stretta intesa

fra preparazione medicopsichiatrica generale o polivalente e formazione più strettamente psicoterapica. Mentre questo secondo punto deve essere risolto tenendo conto delle situazioni locali e delle possibilità offerte dall'ambiente specialistico, la prima condizione può sempre trovare ampia realizzazione, purché sussista una sincera volontà di effettuazione. In tal senso occorre creare condizioni di rapporto interpersonale di insegnamento teorico e pratico, di colloquio collettivo e critico; di atmosfera ambientale che sviluppino al massimo in ogni futuro psichiatra un processo di consapevole introspezione valutativa e di autoanalisi chiarificatrice. Ciò potrà permettere a ciascuno una conoscenza, per lo meno indicativa, delle qualità personali e dei propri limiti e quindi una più adeguata assunzione di ruoli e di responsabilità. Non si tratta perciò di fare di ogni psichiatra uno psicoterapeuta, ma piuttosto di potenziare prima quanto c'è di psicoterapico nella psichiatria generale, il che significa sviluppare appieno quella responsabilizzazione emotiva che è l'anima di ogni prassi psichiatrica. E' su tale base poi che potranno realizzarsi quelle scelte formative verso più specifiche qualificazioni, compresa una personale analisi didattica.

Nell'ambito poi dell'attività clinica, tutto il lavoro diagnostico e terapeutico dovrà valersi di una comprensione del comportamento umano che aspiri e concretizzi quella presenza psicoterapeutica auspicata magistralmente da Benedetti e che al di là di ogni tecnicismo valga, come egli affermò, a tener sempre desto il cuore. E' con tale approccio e con questa intenzionalità che l'orientamento eclettico del nostro istituto è stato assunto ormai per tradizione in campo clinico, patogenetico e terapeutico. L'esigenza di considerare il disturbo psichico come una risultante di fattori biologici, psicologico-dinamici e sociologici permette infatti di dirigerci senza prevenzioni o limitazioni verso ogni tipo di approccio terapeutico o di ricerca; e ciò soprattutto nel tentativo precipuo di avvicinare la psichiatria alla comunità in cui vive, tentando cioè una deipsichiatrizzazione formale del nostro lavoro, proprio alla luce delle premesse prima riferite. Perciò, da un lato incoraggiamo al massimo il lavoro di équipe, (nelle nostre riunioni c'è sempre lo psichiatra, lo psicologo e l'assistente sociale); e dall'altro cerchiamo di attuare il problema delle relazioni esterne sia attraverso l'opera delle assistenti sociali, sia rendendo più intensi i rapporti col pubblico (visite dentro e fuori dalla clinica dei pazienti, colloquio coi parenti, ecc.).

Per ciò che riguarda la terapia psicologica propriamente detta, si può fare un quadro della situazione in quattro punti.

1) Ogni terapia biologica non è mai applicata senza un corrispondente atteggiamento psicoterapico, tal che l'azione bioterapica non risulti anonima e isolata dal contesto psicologico, ma costantemente mutuata da un rapporto interpersonale valido con lo psichiatra;

2) Il rapporto con il paziente, l'atteggiamento assunto nei suoi riguardi, così come gli orientamenti interpretativi e l'inquadramento nosologico, vengono sempre discussi collegialmente dall'intera équipe. In questo senso, una continua supervisione di gruppo viene esercitata sulla relazione medico-

paziente, sia con l'apporto di un indirizzo da parte dei membri anziani dell'équipe, sia con il confronto delle diverse posizioni psicologico-emotive di fronte al paziente. Per ciò che riguarda la terapia di gruppo impostata in modo dinamico-analitico, non abbiamo esperienza. Ma per gli aspetti socioterapici da tempo sono state prese iniziative nella nostra clinica ed esistono attualmente gruppi di terapia occupativa; in essi l'iniziativa, lasciata agli stessi pazienti, è seguita dall'équipe psichiatra-assistente sociale.

4) Diversa è la situazione per ciò che riguarda la psicoterapia individuale; l'esigenza di completare le possibilità terapeutiche dell'Istituto aggiungendo alle terapie biologiche socio-terapeutiche una psicoterapia profonda viene oggi particolarmente sentita; manca finora, nel nostro Istituto, una organizzazione in questo senso. La psicoterapia individuale è svolta in un limitato numero di casi da alcuni membri dell'Istituto e si concreta in un sistematico e approfondito appoggio psicologico alimentato da prudenti orientamenti dinamici; è in programma una discussione in équipe dei casi seguiti, allo scopo di creare una ulteriore supervisione.

E' stata intensamente sentita, da una parte dell'équipe psichiatrica, l'esigenza di orientare in senso decisamente analitico la propria attività e soprattutto di migliorare ulteriormente la propria conoscenza di sé attraverso un'analisi didattica ortodossa. E' nostra viva speranza che tali iniziative, con il costante affettuoso incoraggiamento del prof. Fazio possano maggiormente affermarsi. D'altro canto da parte di altri membri dell'équipe è stata iniziata una attività terapeutica ispirata alla behaviortherapy e prossimamente alle tecniche di rilassamento ipnotico. Teniamo a sottolineare che la coesistenza di tali divergenti indirizzi e di conseguenti differenti posizioni, non ha modificato l'atmosfera di intensa e reciproca collaborazione in seno all'équipe; e in ciò abbiamo forse la presunzione, o la speranza di aver stabilito le basi per un'intesa psicoterapica che oltrepassi il semplice rapporto professionale e gerarchico. Non possiamo ignorare tuttavia le ovvie difficoltà che l'inserimento di differenti prassi psicoterapiche comporta in una istituzione psichiatrica, ma riteniamo che per realizzare concretamente lo sviluppo della psicoterapia, siano necessari non tanto adattamenti e concessioni reciproche fra i diversi indirizzi, quanto una leale e vicendevole confessione dei propri limiti ed errori. Solo così sarà possibile evitare quella psicopatologia dell'educazione psichiatrica che riflette in pratica la carenza di quella intenzione psicoterapica già prima accennata, che deve tendere, partendo da un indirizzo strettamente scientifico, a dimensioni specificamente umane e sociali. E ciò perchè ben consapevoli, come già affermò Dejerine, che l'avvenire è aperto a coloro che sanno farsi veramente amare, riconosciamo con Racamier che il termine psicoterapia assume il suo più alto significato nella proposizione di Novalis: gli uomini sono i soli rimedi adatti a guarire gli uomini.

GIUSEPPE MAFFEI

Numerosi sono i problemi che si creano sia da un punto di vista teorico che pratico in un momento come l'attuale, in cui la psicoterapia da trattamento riservato a pochi, sta diventando invece un intervento terapeutico sempre più indicato dai clinici e sempre più richiesto da molti pazienti.

Tra questi problemi quello che particolarmente è avvertito nella nostra clinica, che è la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali di Pisa, è rappresentato dai rapporti con la psicoterapia, e in modo più specifico con la psicoanalisi, e gli altri provvedimenti terapeutici psicotropi, farmacologici e fisici. Se da un punto di vista teorico si può infatti ritenere che ogni malato, qualsiasi sia la diagnosi psichiatrica posta nei suoi confronti, possa beneficiare di un trattamento analitico e che quindi tale trattamento sia augurabile nel maggior numero possibile di pazienti, da un punto di vista pratico ci sembra problema di particolare urgenza quello dell'indicazione della psicoterapia rispetto agli altri provvedimenti oggi applicabili. Tale problema riveste inoltre una particolare importanza per il fatto che recentemente l'indicazione del trattamento psicoterapeutico è stata ampliata dal gruppo delle nevrosi a quello delle psicosi, ed un ampio gruppo di pazienti per i quali si riteneva prima teoricamente inutile un intervento psicoterapico è divenuto invece, da questo punto di vista, particolarmente interessante.

I criteri per i quali, sia pure in linea molto generale, si può ritenere che certi pazienti siano trattabili o meno con metodo analitico, sono sufficientemente studiati dagli psicanalisti, e da questo punto di vista relativamente conosciuti.

Una delle maggiori difficoltà che abbiamo però visto ostacolare un incontro tra clinica neuropsichiatrica e psicoterapia, è rappresentata dalle differenze esistenti tra i criteri delle rispettive nosografie. Se infatti al criterio nosografico tradizionale, cui la clinica in Italia è particolarmente legata, potessero meccanicamente sovrapporsi delle diagnosi di struttura tali da giustificare di per sé l'indicazione o meno del trattamento analitico, il problema cui ci è parso utile accennare non verrebbe neppure in discussione. Accade invece che tale corrispondenza tra criteri nosografici tradizionali e criteri nosografici analitici non esista, e che quindi il giudizio prognostico di un trattamento analitico possa essere emesso solo dopo la profonda co-

noscenza di ogni paziente ed in particolare della sua struttura da un punto di vista economico e dinamico. Le due diagnosi e le due prognosi, quella emessa dal clinico e quella emessa dallo psicoterapista, sono così destinate a non coincidere, e le differenze tra le metodologie di indagine usate e dei principi che le sostengono acquiscono spesso le divergenze. È noto del resto come sull'esito del trattamento analitico e di conseguenza sull'emissione di un giudizio prognostico abbiano notevole influenza fattori transferenziali e controtransferenziali di cui è difficile studiare le costanti e su cui è estremamente complesso impostare un discorso scientifico. Il problema della difficoltà di stabilire dei rapporti tra giudizio diagnostico del clinico e quello dello psicoterapista, e di poter paragonare anche i relativi criteri prognostici, non era forse stato avvertito profondamente fino ad oggi per motivi di vario ordine. Da un lato, il numero delle persone che si rivolgevano all'analisi era limitato e spesso i pazienti si rivolgevano allo psicoterapista indipendentemente da un rapporto con il clinico, e per l'altro esistevano preclusioni di carattere dottrinario. Oggi che stiamo assistendo ad un sempre maggior legame che si va creando tra clinica e psicoterapia, un tentativo di soluzione del problema diventa sempre più necessario. Volendo schematizzare quanto sopra accennato, si potrebbe porre il seguente esempio. La nevrosi fobica, il quadro clinico nosografico tradizionale della nevrosi fobica, corrisponde alla nevrosi che può essere sottoposta ad un trattamento analitico, ed in cui la possibilità di successo terapeutico è piuttosto elevata. Non tutti i pazienti fobici però guariscono nel trattamento analitico e tale differenza di decorso crea numerose difficoltà di ordine pratico. Se infatti la difficoltà di guarigione può essere attribuita, da un punto di vista teorico, come già detto, alle particolari caratteristiche del caso con particolare difficoltà transferenziale e controtransferenziale, rimane però il problema che tra i numerosi pazienti fobici che si rivolgono alla clinica, il clinico non sa spesso quali scegliere per inviarli allo psicoterapista, mancando da un lato della possibilità pratica di approfondire lo studio della struttura psicologica di tutti i pazienti e per l'altra, in un senso più profondo, mancando di criteri scientifici selettivi ai fini indicati tra i vari tipi di pazienti ed anche tra i vari psicoterapisti. Noi riteniamo che in un'epoca in cui i risultati di trattamenti farmacologici divengono sempre più interessanti e sempre più si affinano, il problema dell'indicazione del trattamento psicoterapico divenga di grande importanza. L'impostazione del nostro lavoro scientifico in tal senso ha come fine quello di poter creare dei criteri di scelta nei riguardi dei vari pazienti, che teoricamente si dovrebbero sottoporre al trattamento analitico, validi e passibili di uso anche da parte dei clinici. La metodologia della *daseinanalyse* di Binswanger, con la descrizione dei vari modi di esistere dei pazienti psiconevrotici e psicotici, ci è sembrata in questo senso un punto di incontro tra nosografia clinico-descrittiva e nosografia analitica. Se infatti alla nosografia del tipo clinico descrittivo si può muovere la critica di un eccessivo schematismo e di una scarsa consapevolezza dell'oggetto e del proprio metodo, e se alla nosografia di tipo analitico si può rimproverare al contrario un eccessivo rivolgersi all'individuo ed un particolare prescindere dall'uso di correnti quadri clinici

ormai validati dall'osservazione dei decorsi e dall'effetto delle terapie, le descrizioni che dell'uomo compie la *daseinanalyse* possono ritenersi un utile strumento di incontro tra le due metodologie. Infatti dal momento in cui un paziente viene descritto non tanto inserendolo in una categoria nosografica, quanto invece studiando i suoi rapporti interumani, nel suo porsi ad esempio nel tempo e nello spazio, tale descrizione, sfuggendo da un lato all'eccessivo schematismo dell'impostazione clinico-nosografica e dall'altro all'eccessivo individualismo dell'impostazione analitica, può rappresentare la soluzione del nostro problema. È infatti presumibile come ai processi di struttura, da un punto di vista analitico, corrispondano non tanto delle categorie tradizionali clinico-nosografiche, quanto invece determinate modalità esistenziali descritte dalla *daseinanalyse*, e questo è del resto facilmente individuabile da parte del clinico.

Questa nostra linea, solo agli inizi e che ha naturalmente bisogno di essere validata, ci sembra rispondere oltre che ad un problema pratico anche all'esigenza, da molti oggi avvertita, che nell'incontro tra psicoterapia e clinica neuropsichiatrica non vadano persi i grandi valori culturali di cui ognuna delle due tradizioni è apportatrice.

DARIO DE MARTIS

Nel mio breve intervento farò una piccolissima storia di quella che è stata la vicenda della psicoterapia in Clinica Psichiatrica. L'esigenza di essa si è posta fin dall'inizio, evidentemente, come un problema di fondo del lavoro psichiatrico, ma che poneva dei problemi di particolare delicatezza in rapporto al carattere della istituzione, al suo valore culturale ed a tutti i problemi assistenziali che ne derivano. In un certo senso, sotto la guida del Prof. Cazzullo, abbiamo cominciato dall'aspetto più difficile, ossia cercando di formare, e ci siamo riusciti dopo una esperienza che è durata circa tre anni, un gruppo con carattere rigorosamente psicoanalitico, supervisionato da un analista didatta ed i cui partecipanti o erano analisti o erano allievi in training, quindi partendo da una base culturale comune e quindi ponendo le premesse per un discorso comune al fine di creare un gruppo di addestramento che potesse acquisire una certa esperienza e una certa possibilità operativa. Effettivamente, il problema e le finalità del leader del gruppo erano proprio queste, ossia di evitare che potesse esistere, già in fase formativa, un certo discorso impreciso, una certa confusione di linguaggio anche dal punto di vista metodologico che creasse delle difficoltà, tenendo conto non solo del carattere operativo, pragmatico della operazione ma anche tenendo conto di quella che è la finalità di un istituto scientifico, che si presume abbia delle finalità proiettate nell'avvenire.

In un secondo tempo da questo gruppo avrebbe dovuto sorgere una formazione di gruppo aperto, aperto ai giovani medici, soprattutto, i quali arrivavano ad una clinica psichiatrica universitaria, arrivavano a una scuola di specialità con delle esigenze di carattere psicoterapico che identificano, ad un certo punto, con quella che è la loro formazione di medici e di psichiatri. Nè d'altra parte si può respingere questa esigenza della base, che ha uno straordinario valore per il presente e per il futuro. Di conseguenza si è cercato di creare dei gruppi a carattere aperto, con una supervisione di uno psicoterapeuta, i quali operassero a un livello diverso, evidentemente con un linguaggio meno rigoroso, meno preciso, e che permettesse però a queste persone di iniziare una esperienza psicoterapeutica senza fare delle confusioni.

In rapporto a quello che è stato detto questa mattina, mi pare importante segnalare la reazione che si è determinata nel gruppo della clinica psichiatrica, per l'inserimento, in un certo senso sentito da alcuni come

artificioso, di questa piccola comunità esoterica. Naturalmente questa situazione ha determinato dei conflitti al livello degli altri appartenenti della clinica, facilitando evidentemente delle situazioni di carattere proiettivo, nel creare delle situazioni di esclusione. Questo problema è stato discusso a livello personale, si è riusciti a trovare un certo equilibrio, ma credo che proprio su questo punto ci sia molto da fare per poter integrare quella che può essere l'esperienza di un gruppo chiuso, che ha delle sue esigenze metodologiche ben precise, che non vuol rinunciare ad una sua qualificazione come linguaggio e che, d'altra parte, non può operare in un complesso come qualcosa di estraneo.

Non porto qui una esperienza conclusa, ma porto un qualcosa di problematico che credo possa avere interesse proprio nella misura in cui è problematico. La formazione, accanto a questo gruppo, di un gruppo di supervisione di psicoterapie di appoggio in clinica psichiatrica, e un secondo gruppo che si sta formando e che ha già iniziato la sua attività in Guardia secondaria, con la supervisione di un analista, ma con finalità strettamente psicoterapeutiche, potranno in un futuro permettere un discorso comune che abbia un maggior senso e una maggiore validità. Effettivamente, il problema della psicoterapia d'appoggio è un problema sentito. Essa ci risulta essere praticata anche all'estero, presso numerosi istituti universitari, e può essere straordinariamente importante che il controllo di questi gruppi venga a far sì che i gruppi aperti a carattere nettamente psicoterapeutico e non analitico, possano evolvere in una dimensione operativa che non crei confusioni rispetto a quello che può essere la necessità di una formazione personale, ossia di un training, per un gruppo circoscritto e per un gruppo che rimane fedele ad un principio analitico. Io credo che se qualcuno dei colleghi della clinica, che ha più verificato di persona ed ha più vissuto quelli che sono i problemi di interazione tra i vari gruppi, integrerà queste mie parole con un contributo personale, sarà ancora più interessante, in quanto voce diretta di una esperienza vissuta a livello della base.

PIERO LEONARDI

Io vorrei cogliere l'ultimo tema posto dal Prof. De Martis, perchè mi sembra che nella nostra esperienza è quello che si è configurato, in questo momento almeno, come il più importante: le dinamiche di gruppo che si sono venute a creare tra i colleghi deputati alla terapia biologica, comunque alla terapia di reparto, ed il gruppo psicoanalitico di cui si è parlato ora. In sostanza, già nella relazione di questa mattina, c'era stato un accenno preciso a questo proposito, cioè il caso del paziente in analisi al quale ad un certo punto vengono somministrate dosi massicce di psicofarmaci dallo psichiatra, gerarchicamente superiore allo psicoanalista. Evidentemente, si tratta di dinamiche nelle quali l'esclusione, la gelosia e l'invidia giocano i ruoli fondamentali. Ritengo, assieme ai colleghi che fanno parte del gruppo psicoanalitico, che in questo momento storico particolare nel quale la psicoanalisi e la psicoterapia, in senso lato, si stanno inserendo nelle istituzioni sia universitarie che ospedaliere, il personaggio che potrebbe avere la più larga possibilità di azione sia proprio l'analista di gruppo; perchè prima di arrivare a quella che è la qualificazione individuale dei singoli psichiatri in senso psicoanalitico o in senso psicoterapeutico, ritengo che sia proprio il gruppo operante nei singoli istituti, quello che deve trovare una sua maturità, una sua consapevolezza, soprattutto la possibilità di una collaborazione non solamente formale, ma autentica a tutti i livelli. Gli atteggiamenti di rifiuto non sono esclusivamente sul versante dei non-psicoterapeuti, spesso si verifica anche il contrario. Quando si parla di dinamiche di gruppo, si parla di qualche cosa che è spesso al di fuori dell'esperienza in prima persona, anche per persone che hanno seguito un training analitico personale; e se ne sono visti frequentemente in varie sedi, anche in sedi altamente qualificate in senso psicoterapeutico, degli esempi estremamente altisonanti.

La proposta contenuta nella relazione di questa mattina, dell'operare a livello di gruppo per raggiungere lo scopo che tutti quanti ci ha riuniti, ritengo che significhi proprio questo. Ho francamente qualche dubbio circa l'articolazione tecnica di questi gruppi. Ritengo che il Dr. Ravasini, col quale questa mattina discutevamo questo problema, potrebbe eventualmente portare il suo contributo anche alla luce dell'esperienza svizzera e parigina che ha lungamente fatto in questo ultimo anno.

EDOARDO BALDUZZI

Molte delle cose che devo dire sono già state abbondantemente dette questa mattina con maggiore autorità di me, non farò che ripetere e chiedo scusa; d'altra parte la mia è una esperienza individuale, un po' isolata, e può essere utile forse per questo. Mi sembrerebbe opportuno sottolineare il significato della frase che compare all'inizio del nostro programma di lavori, là dove è detto che « nell'attuale evoluzione della situazione psichiatrica italiana, l'analisi di esperienze psicoterapiche concrete può contribuire ad evitare premature delusioni o facili euforie ».

Attraverso queste parole molto sagge è subito possibile evitare un grosso pericolo, sia quello della psichiatria istituzionale intesa come una contemporanea alternativa rispetto ai rimedi tradizionali di cui disponiamo, sia quello della psicoterapia, intendo in ogni accezione, da quella individuale a quella di comunità terapeutica, intesa come unica necessità o possibilità curativa in un momento particolarmente significativo quale quello che la nostra cultura sta attraversando. Se infine non piuttosto, come ha detto un mio giovane amico molto spiritualmente, la psicoterapia non debba essere considerata come un nucleo di valori che rende attivo l'esercizio della psichiatria, lo informa e lo affina continuamente.

A me sembra chiaro che all'ora attuale, e a maggior ragione se si parla di istituzioni ospedaliere, questo concetto di atteggiamento debba trascendere largamente quello puro e semplice di strumentalità. La psichiatria moderna va sempre più enucleandosi come un corpus multidisciplinare (biologico, psicologico, sociologico); a me pare che il background di queste successive e reciproche integrazioni debba identificarsi proprio in un atteggiamento psicoterapico, che questa gestalt psichiatrica non possa che costituirsi ed esplicitarsi in questa direzione. Questo soprattutto in relazione alle nostre sempre più vive ed urgenti esperienze di psichiatria unitaria, così come stiamo facendo noi adesso, questo combattere l'ospedalismo all'interno degli istituti, questo proiettare l'ospedale all'esterno attraverso il rapporto medico-paziente, far rivivere questo rapporto nei dispensari, reinserire i pazienti in un determinato contesto socioculturale, significa soprattutto ricercare, ricreare e alimentare, dentro e fuori dall'ospedale, con i medesimi mezzi e ad opera delle medesime persone, quell'insopprimibile strumento terapeutico che è il rapporto umano.

Sulla ovvietà di una simile affermazione mi pare non vi sia da discutere,

la difficoltà consiste piuttosto nella sua realizzazione. Incominciamo con la prima difficoltà che è rappresentata dal problema delle resistenze, sempre vive, anche in colui che è coscientemente e fervidamente disposto ad accogliere quanto di nuovo e di attivo possano offrirgli le argomentazioni psicodinamiche. Altrettanto vive nello stesso psicoanalista o psicoterapista, che entrato sulle prime con entusiasmo in un ospedale psichiatrico, finisce per trovarvisi quasi come un vichingo nelle isole del sole, o viceversa. Bisogna invece che tutta l'organizzazione terapeutica, nelle sue ramificazioni interne ed esterne, assorba questa dimensione psicoterapica e la strumentalizzi con la gradualità e la intensità più opportuna. Ma come realizzare qui da noi, ora, tutto ciò? Come impararla, o meglio come insegnarla questa psicoterapia? Ovviamente questo « noi » psichiatrico non poteva che nascere da un incontro aperto e leale. A Varese, con la venuta di due colleghi particolarmente esperti di attività psicoterapiche, ma d'altra parte profondamente innestati nell'attività ospedaliera con la precisa qualifica di medici capo-reparto, abbiamo avviato quasi senza avvedercene, un dialogo impostato, almeno all'inizio, più che su delle informazioni teoriche tipo lezione, su di una sensibilizzazione personale rivolta a ciascun medico e al contesto della sua esperienza pratica, ma attuata con discussioni di gruppo plurisettimanali. Tali gruppi di discussione, riguardanti i malati degenti o in cura ambulatoriale, si propongono soprattutto di affinare sempre meglio la comprensione del rapporto medico-paziente quale si concretizza quotidianamente nella vita ospedaliera, allo scopo di evitare quelle distorsioni paratassiche che normalmente insorgono se non si tiene conto della posizione che il medico deve assumere in quel rapporto. Lo scopo che si vuole raggiungere è che il medico, nella pratica intra come in quella extra-ospedaliera, giunga a fare un consapevole uso di sé anche se, almeno per ora, non è possibile giungere ad un'attività psicoterapica in senso stretto e intensivo. A questo sarà possibile arrivare un giorno, sulla base di informazioni sempre più specifiche e motivate da una precisa cultura. Ognuno potrà essere in grado di darci o di farci apprendere. Dicendo questo e dicendo quanto si fa attualmente a Varese intendo solo indicare una delle tante strade che ci sembra opportuno battere onde raggiungere lo scopo di una effettiva integralità nella cura dell'ammalato psichico.

Più specificamente, ancora da noi da oltre sei mesi è stata messa in atto una attività psicoterapica di gruppo bifocale alla Schindler. Tale attività viene organizzata dalla dottoressa De Simone, che ha avuto la possibilità di attuare una formazione in questo campo presso la clinica di Losanna, alla scuola del Prof. Mueller, proprio nel momento in cui anche là si dava inizio a tale attività. Su questa base e sull'ulteriore esperienza condotta dalla dr.ssa De Simone ai Servizi di Igiene Mentale di Milano, dove la psicoterapia di gruppo bifocale venne esplicata per quasi due anni, si sono organizzati attualmente cinque gruppi di psicoterapia bifocale, due di pazienti e tre di parenti, condotta su malati psicotici anche assai gravi. Attualmente partecipano a questo tipo di lavoro cinque medici. Viene condotto sia all'interno

che all'esterno dell'ospedale; due gruppi su cinque sono formati da malati già dimessi dall'ospedale e dai loro familiari.

Sono in fase di preparazione altri due gruppi di psicoterapia e prima della fine dell'anno si conta di arrivare ad organizzare sette gruppi di questa psicoterapia, con l'inserimento in questa attività di altri due medici, e cioè di oltre la metà dei Sanitari in servizio. Tutti i gruppi sono arrivati abbastanza rapidamente ad un buon livello di funzionamento, anche se non si possono dare dei risultati a causa della brevità dell'esperienza.

Noi speriamo che in una fase ulteriore su questa base si potranno promuovere anche iniziative di tipo più estesamente collettivo, ad esempio la comunità terapeutica di cui parlava Basaglia, organizzando anche riunioni di padiglione, che potranno essere seguite da quasi tutti gli ammalati, anche se a livello più superficiale. Noi speriamo che l'esperienza formativa e conoscitiva della dinamica di gruppo, nella quale ciascuno di noi potrà usufruire a mano a mano ad un livello sempre più profondo, potrà esserci utile per meglio strutturare e controllare delle ulteriori iniziative che vanno ben discusse prima di venire esplicitate. Si è già visto fin d'ora come talvolta siano i malati stessi che partecipano al gruppo psicoterapico, a promuovere ed a favorire nei padiglioni situazioni che segnalano un più elevato livello di comunicazione interpersonale sia verso gli altri pazienti che anche verso il medico, funzionando in questo modo già attualmente come veri e propri elementi catalizzatori. Naturalmente, una attività di questo tipo può incontrare delle resistenze a vari livelli di persone e di ambiente, anche se tutto sommato in minor misura di quanto ci si potesse attendere. Una oculata e serena valutazione di questo varrà a metterci al riparo dalle premature delusioni e in ogni caso a difenderci dalle euforie. La dura e quotidiana verifica di noi stessi ci sembrano sufficiente verifica alla validità del metodo. Noi non facciamo che comprovare, come ha detto Benedetti, che la psicoterapia è quel luogo della psichiatria dove questa si rammenta della sua esistenza primordiale e del suo fondamento antropologico.

GIORGIO ZANOTTO

Io lavoro in una Clinica Neuropsichiatrica Universitaria, quella di Modena, e molte cose che sono state da noi discusse in clinica coincidono con quanto ha detto il Prof. Giberti. Io mi riallaccio piuttosto a quanto ha accennato il Prof. De Martis, cioè vorrei entrare nel vivo di un problema attualmente molto sentito nella nostra Clinica, quello della compatibilità della formazione psicoanalitica e di quella psichiatrica, come del resto quello della coesistenza nello stesso gruppo di lavoro di indirizzi diversi.

Non credo che questo problema possa trovare soluzione in una discussione sulle circostanze esterne, ma che invece debba essere condotto all'interno della esperienza di chi abbia l'opportunità di vivere sul piano emozionale questa esperienza difficile ma esaltante. Perché ciò avvenga occorre che si verifichino due condizioni:

1) Che in partenza ci sia chi non abbia prevenzioni nei confronti della psicoanalisi e che nello stesso tempo sia capace di non vivere le limitazioni di fatto della possibilità di applicazione della psicoanalisi come una svalorizzazione della stessa.

2) Che questo medico abbia la possibilità di fare una esperienza completa sia della psichiatria in un Istituto, che della psicoanalisi.

Circostanze particolarmente favorevoli in questo senso si verificano proprio nella nostra Clinica di Modena, dove il Direttore, personalmente aperto a tutti gli sviluppi della moderna psichiatria, ha attivamente favorito la formazione analitica di alcuni Assistenti di ruolo. Direi che il Prof. Rosini abbia proprio voluto innestare nel solido tronco della scuola neuropsichiatrica cui mi onoro di appartenere, anche il ramo della psicoterapia del profondo. Dunque, assistenti che compiono il loro training analitico ed insegnamento della psicoterapia nella scuola di specializzazione della Clinica, tenuta da uno psicoanalista qualificato. La Clinica dispone di 120 letti, 70 dei quali sono adibiti a piccola o grande psichiatria. Ora è troppo presto per tirare delle conclusioni, ma vorrei sottolineare che mi sembra molto interessante la prospettiva della formazione, dell'insegnamento e della pratica analitica in una Clinica dove (per accennare soltanto una differenza) l'Assistente riceve il suo danaro non direttamente dai pazienti ma dall'Istituto.

Io sono convinto che sia una circostanza estremamente positiva che

una Clinica Universitaria sia il luogo di mediazione di tendenze diverse, talvolta contrastanti, e banco di prova di capacità di adattamento e della possibilità di investimento sia della pratica psichiatrica che di quella psicoanalitica. Mi limiterò a riferire qualche dato sul lavoro condotto nella nostra clinica.

Può essere opportuno fissare un criterio di distinzione tra le diverse forme di psicoterapia che possono essere utilizzate.

Un criterio distintivo può essere la base controtransferenziale selettiva. Per quelle non psicoanalitiche possiamo riprendere la definizione di controtransfert e di controresistenza di tipo gratificante impiegate sui desideri del paziente. Nonostante questa schematica definizione con valutazione sostanzialmente negativa della psicoterapia, questa può condurre, come è confermato da Lebovici e Diatkine a dei buoni risultati. Questa affermazione è evidentemente molto relativa, la spiegazione di come ciò possa avvenire richiederebbe un discorso lungo e complesso. Mi limiterò a dire che secondo la nostra esperienza la possibilità di buoni risultati con la psicoterapia non analitica, cosiddetta semplice, dipende essenzialmente dalla maturità dello psicoterapeuta; e questa è una condizione indispensabile affinché la relazione controtransferenziale sia il meno possibile erotizzata, meno carica di tendenze istintive primitive. Allora sarà possibile il verificarsi della diminuzione del senso di colpa e delle identificazioni salutari capaci di portare ad un genuino rafforzamento dell'Io. Le metodiche psicoterapiche usate in clinica sono diverse a seconda delle indicazioni e del grado di formazione degli Assistenti. Come base per l'incontro con il paziente viene da noi utilizzato un atteggiamento tipo counseling di ispirazione Rogeriana, con un minimo di intervento attivo e di direttività, limitato possibilmente alla riformulazione più chiara e concisa dei concetti del paziente, con un atteggiamento comprensivo nella fiducia delle possibilità di recupero insite nel paziente stesso. L'apparente semplicità di questa metodica non toglie, come è noto, che essa richieda per essere svolta con efficacia esperienza e una buona comprensione delle forze che interagiscono nel rapporto medico-paziente. La pratica del colloquio psichiatrico in reparto è un'ottima scuola in proposito. Una terapia di ispirazione psicoanalitica, più o meno pronunciata, è riservata agli psichiatri di maggiore esperienza e che dispongono di una buona formazione in senso psicodinamico.

Consideriamo da ultimo, due particolari modalità della pratica psicoterapeutica utilizzata nella nostra clinica. L'una è nata da molti anni, l'altra è di più recente applicazione.

La prima, la narcoanalisi, viene da noi usata sempre meno, dato che l'esperienza insegna che molte volte ciò che si ottiene con la narcoanalisi si ottiene ugualmente e meglio in un colloquio semplice condotto da uno psichiatra esperto; tuttavia resta utile la sua applicazione in quei casi di psiconevrosi emozionale nei quali per ragioni economiche non sia possibile adottare una psicoterapia che richieda più tempo. Si potrà utilizzare la narcoanalisi solo per stabilire più rapidamente un rapporto medico-paziente

più valido o invece per ottenere mediante la scarica delle emozioni represses un effetto catartico. Comunque, tale pratica dovrà sempre essere applicata da un medico esperto, nel corso di un rapporto individualizzato col paziente.

L'altra psicoterapia da due anni in atto nella nostra clinica, è la psicoterapia di gruppo. Funzionano attualmente tre gruppi, due maschili ed uno femminile; composti da soggetti nevrotici o con difficoltà di adattamento in genere, più un gruppo di pazienti già ricoverati in clinica per turbe psichiche più profonde che vengono seguiti dopo la dimissione. Accanto a queste attività di gruppo, possiamo mettere i seminari condotti nell'anno accademico scorso, con un gruppo di studenti in medicina interessati ai problemi di psicosomatica. Lo scopo di questo incontro con gli studenti è essenzialmente quello di aumentare la consapevolezza del rapporto medico-paziente all'infuori di una specifica formazione specialistica.

Riguardo questa attività di gruppo, mi limito ad una considerazione di ordine generale, cioè che la psicoterapia di gruppo, in base all'esperienza fatta, trova un ambiente particolarmente adatto in una clinica. Essa permette di proseguire in modo omogeneo, senza discontinuità, l'influenza terapeutica esercitata durante la degenza. Influenza caratterizzata da un rapporto medico-paziente sostanzialmente realistico; il paziente continua a dividere con gli altri l'attenzione del medico ed impara ad accettare gli altri come uguali e partecipa ad un clima di sostegno alle frustrazioni e alle sofferenze degli altri, impara che il proprio miglioramento dipende anche da quello degli altri. E' questa per molti una esperienza nuova e profondamente rinnovatrice, ed è infatti in questo clima di umana solidarietà che vediamo talvolta verificarsi un netto progresso nel senso della maturazione della personalità dei pazienti.

ANTONINO LO CASCIO

I riferimenti iniziali del Prof. Basaglia, che purtroppo non posso non condividere e che corrispondono perfettamente alla realtà pratica delle cose, mi esimono da ogni introduzione; passerò quindi subito a riferire sulla situazione della psicoterapia dell'Ospedale Psichiatrico di Roma che, diciamo subito, non è affatto incoraggiante. Poco si è fatto e molto si deve fare. Fino al 1963, nessuna forma di psicoterapia scientifica è stata curata, a meno di non includere in essa azioni discontinue e disordinate, sporadiche e prive di criteri di ortodossia scientifica. Da tre anni si è iniziato a trattare un numero limitatissimo di casi particolari con la psicoterapia, e con ciò intendiamo un trattamento psicoanalitico. Non esiste ancora una psicoterapia di gruppo, anche se progettata ed infruttuosamente tentata. Ci sembra qui non inutile informare sui tentativi effettuati e sugli ostacoli che si sono incontrati. Le difficoltà che riferiremo si erano presentate, anche se in misura meno preoccupante, già all'epoca nella quale si iniziava a prendere qualche ricoverato in analisi individuale. E' risultato evidente infatti come l'ambiente fosse del tutto impreparato ad accettare una terapia così rivoluzionaria, rispetto ai canoni tradizionalmente somatisti dell'ospedale. Per ambiente infatti non intendiamo soltanto i pazienti, che vedevano in una psicoterapia quasi esclusivamente o soprattutto una forma di particolare interessamento del medico al loro caso, quanto il personale di assistenza, e cioè gli infermieri (le nostre esperienze sono state fatte in padiglioni maschili) e le suore che svolgono mansioni di capo-sala. L'atteggiamento garbatamente o pesantemente ironico o addirittura polemicamente provocatorio degli infermieri, che come è noto più del medico sono in diretta vicinanza del malato, ha influito non poco sulla situazione terapeutica individuale, spesso depauperandola in oggettività ed impegno. Quando poi si è iniziata un'opera di selezione per eseguire una prova di gruppo con gli alcoolisti, le resistenze sono aumentate. Il gruppo è stato subito visto come un centro di potere in vari pazienti; tale situazione ha sollecitato, ad esempio, le rimostre della capo-sala, che si è rifiutata di partecipare al gruppo, senza peraltro accettare di rimanerne esclusa. Per quanto riguarda gli infermieri, le resistenze si sono ben presto trasformate in un attivo atteggiamento oppositorio, obiettando sullo svolgimento del servizio di sorveglianza, sulla responsabilità, la disciplina, sulla perdita di prestigio, giungendo fino a vociferare di possibili interventi su base sindacale in difesa della categoria.

A questo punto, un'azione terapeutica al riguardo diveniva molto problematica e quasi certamente destinata all'insuccesso, e comunque troppo incomoda per l'operatore.

Questo accadeva nell'ambito dell'ospedale. Altre difficoltà muovevano invece dai parenti dei ricoverati che, già in fase di programmazione del gruppo, vedevano in esso un eventuale prolungamento della degenza dei loro congiunti e quindi un danno. Questa situazione, unitamente a quella del personale di assistenza, portava poi molti pazienti a rifiutare la propria partecipazione al gruppo. Quelli ancora interessati divenivano via via in minoranza, venendosi a trovare in una situazione particolarmente scomoda e di disagio. Queste sono state le difficoltà più immediate e di ordine più strettamente psicologico che, intrecciate e condizionantesi tra loro, ci hanno impedito una realizzazione, sia pure sperimentale, del progetto.

Difficoltà di altro genere risiedono poi nel tipo di ospedale. Con ciò non si intende alludere all'impronta prevalentemente somatista bensì alla situazione del ritmo dei ricoveri. 4.000 ingressi l'anno e una capienza di posti letto per circa 2000 malati, impongono la necessità di un ricambio rapidissimo. Ciò comporta da un lato la necessità di una pronta dimissione non appena venuti a cessare gli elementi di pericolosità, appena ottenuto un passabile miglioramento; e d'altra parte un imponente ristagno di pazienti cronici, con modeste probabilità di recupero, che meno invogliano a tentativi esplorativi di psicoterapia di gruppo. E ancora difficoltà, questa volta paradossali, da parte degli amministratori, che paventavano dai gruppi una azione di critica alle inevitabili o evitabili intersezioni nel sistema ospedaliero.

Questi gli impedimenti e le difficoltà che si sono registrati. Per ovviare a ciò, poichè abbiamo ritenuto che l'handicap più pesante deriva dal personale di assistenza, si sta tentando di affrontare lo specifico problema alla base. Su iniziativa del Direttore, si è ottenuto dalla Amministrazione l'istituzione di un corso di aggiornamento per gli infermieri. Tra le materie che verranno svolte, il corso inizierà tra un mese, è stata inserita una serie di argomenti di psicologia ad impronta psicodinamica, con particolari riferimenti alle tecniche di gruppo, ed il cui svolgimento è stato affidato a quei tre medici dell'ospedale, psicoanalisti qualificati, che si occuperanno delle future realizzazioni di psicoterapia di gruppo. La presenza degli infermieri a tali conferenze e dibattiti sarà facoltativa, e ciò per avere fra i partecipanti garanzie di impegno individuale e quindi dei risultati.

Questo, ed altri provvedimenti collaterali, sono le armi con le quali speriamo di poter sbloccare la situazione.

Quanto riferito fa vedere chiaramente, oltre alle difficoltà incontrate, anche la nostra inesperienza nel campo specifico dei gruppi. Da questo incontro e da questi scambi, oltre che dal corso che si aprirà domani, contiamo di apprendere molto e quanto possibile per evitare futuri errori e di ingenuità e di inesperienza. Questa nostra esperienza è stata comunque iniziata ed è servita, se non altro, a rompere il ghiaccio che raggelava la situazione.

DISCUSSIONE

GALLI:

Ha inizio ora la discussione generale che implica quindi anche le risposte da parte nostra o da parte di coloro che hanno fatto interventi specifici riguardanti le situazioni dei rispettivi Istituti.

MUSATTI:

Come Galli sa, perchè dispone dei suoi informatori, io qui faccio una dichiarazione ufficiale a nome della Società Psicoanalitica Italiana. Noi ci siamo adunati la settimana scorsa, e poichè anche noi disponiamo dei nostri informatori, muniti del discorso di Galli abbiamo esaminato questo suo progetto. Il parere della nostra associazione è..... il parere ve lo dico dopo, perchè devo intervenire non soltanto in questa veste, ma devo intervenire anche come decano degli psicologi italiani, che ha sopra di sè soltanto il Prof. Medea, per dire qualche cosa rispetto a ciò che è stato affermato questa mattina relativamente alla psicologia clinica e alla psicologia sperimentale e all'indirizzo degli psicologi negli ambienti universitari. Vi sono delle ragioni storiche ovvie che spiegano il fatto che la psicologia delle nostre università si è sviluppata secondo l'indirizzo sperimentale, perchè la psicologia è entrata nelle nostre università nel primo decennio del secolo, quando noi eravamo sotto l'influenza della cultura germanica, quando la psicologia era una scienza direi quasi eminentemente tedesca, e quando nel campo psicologico prevalevano gli indirizzi di carattere sperimentale. E' solo attraverso l'affermarsi della psicoanalisi, che nei tempi più recenti in psicologia, accanto al metodo tradizionale sperimentale, è venuto affermandosi quello che genericamente possiamo indicare come il metodo clinico. Per cui si ha nell'insieme degli studi psicologici una sorta di bipolarità; da un lato esistono coloro i quali si rinchiudono in quelle che sono le tecniche sperimentali, rifiutano l'applicazione del metodo clinico, dall'altro ci sono quegli psicologi che viceversa rifiutano come astratti i metodi della psicologia sperimentale e che viceversa danno valore ed importanza soltanto al metodo clinico.

Nelle nostre università prevale il primo atteggiamento, o ha prevalso in passato, per delle ragioni di carattere storico. Devo dire che io, non è che abbia dei meriti particolari, ma ho operato, ho agito perchè accanto a questa impostazione che io credo sempre valida, che è l'impostazione classica della psicologia sperimentale, fosse dato importanza e valore ai metodi della psicologia clinica, che non si esauriscono nella psicoanalisi ma che hanno

tuttavia, anche da un punto di vista storico, il loro centro d'origine nella psicoanalisi.

Però proprio perchè io sono a cavallo fra le due posizioni, proprio perchè ho una mia posizione nel campo delle ricerche sperimentali, ed ho una mia posizione nel campo della psicologia clinica, debbo dire che io comprendo anche le perplessità dei miei colleghi di indirizzo esclusivamente sperimentista, perchè è indubbio che ciò che si conquista attraverso il metodo clinico in concretezza nell'avvicinare i problemi della vita interiore, si perde indubbiamente in certezza, si perde in sicurezza. Noi sappiamo che esiste questo pericolo, anche come psicoanalista io debbo dire che fra i miei colleghi ci sono alcuni che, presi dal gusto della interpretazione che si fonda esclusivamente sopra la intuizione personale, si abbandonano qualche volta a delle interpretazioni e a delle formulazioni di dottrine che non sono giustificate dal materiale clinico, perchè la prova clinica è estremamente più complessa e più difficile di quanto non sia la prova con una base sperimentale. Però debbo anche dire che non è del tutto esatto quello che è stato affermato questa mattina, nel senso che gli psicologi di indirizzo sperimentale rifiutano il titolo di psicologo a coloro che seguono l'indirizzo clinico. C'è stato un certo equivoco qualche mese fa, per cui a tre colleghi è stato momentaneamente rifiutato l'ingresso nella Società Italiana di Psicologia, che è una Società Professionale, la quale dunque tiene una sorta di albo degli psicologi; però è stato adottato nella nostra Società il principio che coloro i quali, attraverso la ammissione ad una delle Società, come la Soc. Psicoanalitica Italiana, che richiede per la ammissione un certo esame particolare o un certo training particolarmente rigoroso, entrano in una di queste Associazioni, sono di pieno diritto degli psicologi in senso professionale, sia pure di un indirizzo particolare, ed hanno pieno diritto di appartenenza alla società Italiana di Psicologia. Quindi questo inconveniente, che si è verificato momentaneamente per tre colleghi ai quali è stato rifiutato l'ingresso nella Società, è un errore e non corrisponde a quelli che sono i principi che regolano la nostra Associazione. Debbo anche dire che oggi giorno, per esempio, per ciò che riguarda le libere docenze prevale, tra i professori ordinari di psicologia, il concetto che possa aspirare alla libera docenza in psicologia chi in un campo particolare della psicologia ha dato prova di essere capace di produrre qualche cosa di nuovo e di dare dei contributi scientifici validi, senza richiedere che questi contributi scientifici coprano tutta l'area della psicologia e quindi senza richiedere che ci sia anche, in modo particolare, una preparazione nell'ambito di quelle che sono le tecniche sperimentali. Questo io devo dire nella mia qualità di psicologo. Adesso cambio veste e parlo invece come rappresentante della Società Psicoanalitica Italiana.

Nelle discussioni che noi abbiamo avuto ci è stata una certa disparità di opinioni, ma non c'è stata una polarizzazione, come è stato detto questa mattina, in tre posizioni diverse. C'è qualche cosa in cui siamo tutti d'accordo. Siamo tutti d'accordo che la psicoanalisi si è formata in un certo

ambiente chiuso, per determinate ragioni che sono del tutto giustificate, ma che noi non possiamo chiuderci a quelle che sono le esigenze sociali che premono fuori di noi; non possiamo in particolar modo chiuderci di fronte alla richiesta di collaborazione da parte del mondo psichiatrico. Questo è punto sul quale siamo tutti d'accordo. Siamo anche tutti d'accordo che questa collaborazione, questo aiuto dato fuori da quello che è il nostro ambiente e fuori da quelle che sono le regole, pignolesche se vogliamo, che stabiliscono la modalità della formazione degli psicoanalisti nel nostro ambiente, che questa attività esterna deve essere regolamentata, non si può lasciare questa attività come una attività libera, come una attività che ognuno svolge a modo suo, e questo per una ragione di carattere fondamentale. Si fa presto a dire che gli psicoanalisti fuori del loro ambiente non devono preparare degli altri psicoanalisti ma devono preparare degli psicoterapeuti; questa affermazione è equivoca. Come si prepara uno psicoanalista, che cosa caratterizza uno psicoanalista?

Lo psicoanalista è un individuo il quale ha appreso a riconoscere dentro di sé, in se stesso, i meccanismi dell'inconscio e che è in grado di cogliere l'azione di questi meccanismi dell'inconscio negli altri: questo è uno psicoanalista.

Se noi dobbiamo aiutare altri a riconoscere questi meccanismi dell'inconscio, noi formiamo degli psicanalisti; e se la modalità con la quale noi formiamo questi psicanalisti è una modalità abbreviata, accorciata, rispetto a quello standard che noi richiediamo per i nostri allievi, vuol dire che noi fabbrichiamo degli psicanalisti di seconda classe.

Allora avremmo degli psicanalisti di pieno diritto, che saremmo noi privilegiati, quelli che sanno tutto, quelli che scoprono tutto e che guariscono tutto. E avremmo invece una categoria di secondo ordine di psicanalisti a mezzo servizio, di mezzi psicanalisti; questo è sbagliato, perchè se le cose si fanno in questa maniera andiamo male noi e andrebbero male loro, perchè sempre quando esistono due categorie che svolgono la stessa attività, quella categoria alla quale si accede per una via più breve diventa la categoria dominante; perchè è chiaro che non vale la pena di sottoporsi alla fatica, alla spesa, al fastidio di un lungo training psicoanalitico, quando vi è la scorciatoia; se vi è la scorciatoia, la gente va per la scorciatoia.

Io faccio presente a voi, e voi stessi ne riconoscete la validità, la importanza del fatto che esista nel nostro paese un nucleo di psicoanalisti bene preparati. Perchè è chiaro che tutto il discorso che voi fate parte dal presupposto della esistenza di questo nucleo di psicoanalisti ben preparati. Se noi dieci o quindici anni fa, quando eravamo meno di dieci in Italia, avessimo accontentato le richieste che anche allora ci venivano, di preparare dei medici, degli psichiatri all'esercizio di una attività psicoterapeutica, che se anche non aveva il rigore di un trattamento psicoanalitico poteva tuttavia essere di giovamento alla infelicità dei nevrotici, se noi avessimo fatto questo, noi non saremmo oggi in 60, non avremmo questo nucleo, avremmo forse un numero maggiore di psicoterapeuti... di cani sciolti diciamo, ma

avremmo un numero minore di individui veramente preparati, ai quali voi stessi fate oggi giorno riferimento.

Io ho sentito l'intervento del Prof. De Martis, e ciò che è stato fatto in un primo tempo nella Clinica del Prof. Cazzullo è qualche cosa che mi soddisfa pienamente perchè noi siamo riusciti, cioè la Clinica è riuscita a creare dentro di sé un nucleo di psicoanalisti, alcuni dei quali sono già preparati, altri stanno completando la loro preparazione, e il nostro trionfo, e permettetemi che ve lo dica, sta proprio nel fatto che il Prof. De Martis, che è uno di questi psicanalisti, oggi giorno raggiunge la cattedra. Rivolgo a De Martis un caldo saluto: noi abbiamo oggi per la prima volta uno psicoanalista che sale ad una cattedra di psichiatria e che assumerà la direzione di una Clinica Psichiatrica. (Applausi). Questo è un successo, e noi aspiriamo ad altri di questi successi ed abbiamo una certa diffidenza nei confronti di altre forme di intervento degli psicanalisti presso gli psichiatri.

Tuttavia debbo anche dire che noi non abbiamo chiuso il nostro discorso; nell'assemblea che abbiamo avuto la settimana scorsa noi abbiamo stabilito una misura di carattere provvisorio. Abbiamo invitato tutti gli psicanalisti i quali già attualmente svolgono una attività fuori dell'ambito psicanalitico, a denunciare questa loro attività agli istituti dai quali dipendono, allo scopo che ci sia la possibilità di un certo controllo del modo come si svolge questa attività. In secondo luogo abbiamo nominato questa commissione, che comprende persone che vedono il problema in modi sfumatamente diversi, perchè il problema sia approfondito, e perchè siano stabiliti i limiti di quella collaborazione che noi sentiamo di dover dare al mondo psichiatrico, ma che deve essere regolamentata in un modo esatto, allo scopo che non si abbia confusionismo generale, la formazione di gente con mezza preparazione, e anche affinchè venga salvata quella purezza di formazione del nucleo degli psicanalisti ortodossi, che rappresentano pur sempre il gancio a cui si dovrà attaccare qualunque forma di diffusione di attività psicoterapeutica ispirata alla psicoanalisi, se si volesse effettuare.

FAZIO:

Io sono molto lieto di aver sentito le parole del Prof. Musatti. Mi auguro che allora anche in Italia avvenga quello che a mio parere non ha potuto avvenire, saranno motivi storici, fino ad ora: che un Istituto, il quale è aperto a tutte le correnti, ritenga necessario anche avere tra i suoi assistenti uno psicanalista. Lo possa avere e possa trovare senza complicazioni quella collaborazione che oggi trova coi fisici, coi chimici, coi filosofi, che trova con altre discipline, mentre con la psicoanalisi, devo dire, non è sempre facile averla.

GALLI:

Io devo rispondere al Professor Musatti su tre livelli. In qualità di psicologo, quindi di appartenente alla Società Italiana di Psicologia Scientifica. In qualità di persona preparata alla psicoanalisi con altrettanto rigore

degli psicoanalisti formati in Italia, sul piano formale; con maggior rigore, se esaminiamo le condizioni storiche in cui può essere avvenuta la mia preparazione analitica, fatta in un ambiente già da decenni senza le scorie che hanno travagliato la preparazione degli psicoanalisti italiani. Scorie che tutti sappiamo starsi risolvendo da poco tempo, per cui ci possiamo spiegare questa prima fase di irrigidimento formale come bisogno di rifarsi una verginità, ma non la possiamo giustificare di fronte all'importanza del problema oggi in esame, il quale ha una sua precisa dimensione tecnica, da noi resa molto esplicita, e che sembra ancora sfuggire a chi parla a nome della Società di Psicoanalisi. Parlo quindi come persona che, oltre ai requisiti indicati dal Professor Musatti per essere psicoanalista, ho anche avuto la possibilità, diciamo per ragioni storiche, di affrontare il problema della psicoterapia con un approccio coerente dal punto di vista scientifico e tecnico, anzichè in termini di regolamentazione burocratica. E che spera vivamente che il dialogo all'interno della Società di Psicoanalisi non abbia ad esaurirsi in termini di burocrazia, affinchè si possa arrivare a discutere come uomini di cultura. Devo a questo punto affermare che non bisogna confondere la psicoanalisi con gli psicoanalisti: psicoanalisi è il corpo dottrinale originato dalle idee di Freud e dalla sua ricerca empirica, con tutte le implicazioni scientificamente ed empiricamente valide da esso derivate. Gli psicoanalisti sono invece un gruppo professionale, per cui quello che essi in un determinato periodo storico, in una determinata nazione, pensano, fanno, dicono, sono dati che interessano il sociologo e non l'uomo di cultura. Il problema delle scuole è un dato sociologico, spiegabile in termini di sociologia della conoscenza, non un problema scientifico. Dal punto di vista empirico, è valido l'addestramento rigoroso, indipendentemente dalla ideologia; e noi stamane abbiamo chiaramente definito questo punto.

Come terzo livello, in qualità di persona che ha voluto presentare una relazione di taglio che chiamerei psicosociologico; cioè che porta delle conclusioni di ordine generale tratte da rilevazioni desunte da interviste specifiche, con un metodo e con una precisa tecnica di ricerca, condotta per cinque anni e basata sulla osservazione di una serie di fatti. Abbiamo anche detto che, data la ristrettezza del campo di indagine, volevamo evitare di presentare questi dati; lo ritenevamo inopportuno, perchè il discorso va inteso come un discorso di carattere generale, come la individuazione di certi fattori, non come polemica culturale, ma come un desiderio di presa di coscienza di questi fattori, per poterli controbattere e per poter operare su di essi, evitando quindi qualsiasi riferimento che potesse avere il minimo carattere personale. Questo lo abbiamo detto chiaramente, quindi eviterò di farlo anche in questa risposta, nonostante sia molto tentato di farlo. Dal punto di vista psicosociologico, il mio problema non è se certe cose vadano o meno fatte, ma quanto tempo impiegherà la Società Italiana di Psicoanalisi a capire che vanno fatte, come vanno fatte, e quindi a farle.

Per quanto riguarda il problema delle due psicologie si tratta di cose molto concrete. Il Professor Musatti ha detto che non è vero che c'è questo atteggiamento, ed ha minimizzato la situazione dicendo che essa si riferiva

a tre colleghi. Questo non è vero, perchè se analizziamo la storia della Società Italiana di Psicologia Scientifica e se vediamo quale è stato, progressivamente, l'atteggiamento di fronte a questo problema, il fatto che si sia localizzato solamente su tre persone era l'ultimo atto quando bisognava riconoscere che non si poteva più fare a meno di accettarli; da membri autorevoli della Società è stato richiesto addirittura, per gli psicoanalisti che volessero entrare nella Società Italiana di Psicologia Scientifica, che facessero un esame di psicologia generale. Queste sono parole precise, e quindi devo far riferimento ad un fatto preciso non per fare delle accuse, ma per diagnosticare una situazione.

Per quanto riguarda invece l'altro fatto, il Professor Musatti ha detto benissimo, c'è una tendenza oggi a considerare che anche alla libera docenza ci si può presentare con preparazione clinica. Da psicologo, devo analizzare la situazione per fare delle previsioni di ordine sociale. Io potrei mettervi qui sul tavolo i nomi dei vincitori dei prossimi concorsi a cattedre di psicologia; vedremmo quanti di questi sono degli psicologi che hanno operato nel settore clinico; noi abbiamo delle persone qualificatissime in Italia, e non voglio fare nomi, persone qualificatissime cui vengono fatte delle difficoltà, e che probabilmente non saranno ternati nei prossimi due o tre concorsi, cioè non saranno tra le prossime tre, sei o nove persone che saranno sistemate. Non voglio essere costretto a fare l'elenco dei nomi delle persone che vinceranno i prossimi concorsi. Io ho voluto fare un discorso per dimostrare come una certa struttura di potere agisce in un certo modo, posso portare dei dati precisi su come questa struttura agisce, non voglio essere costretto a farlo. Quindi anche se vengono portate delle giustificazioni storiche di questo fatto, le giustificazioni devono servire a comprendere ma non ad assolvere; a prendere coscienza di un problema e ad affrontarlo concretamente a viso aperto così come è. Nella relazione di questa mattina io ho affermato esattamente che si tratta di un problema di struttura di potere che agisce in un certo modo; lo confermo oggi in risposta all'intervento e posso dimostrarlo con dati di fatto. Questo ho da dire in qualità di psicologo. Per quanto riguarda il problema della psicoterapia, anche lì capitano fatti strani, perchè ci sono persone che mi informano di certe cose e ci sono anche persone che informano altri in maniera distorta di certe cose, e questo è quanto è avvenuto. Infatti nella vostra riunione di Roma non eravate muniti del discorso di Galli, scritto da me questa notte, ma di quello che uno di voi era riuscito a capire del discorso di Galli fattogli in un incontro privato. Come ricercatore sociale, anche la difficoltà di afferrare un discorso di un certo tipo da parte di un autorevole membro della vostra Associazione è un importante dato, nel senso prima accennato. Come operatore sociale, il mio problema è quello di come far in modo da condizionare il vostro gruppo nel più breve tempo possibile ad inserirsi in questo discorso attivamente. E gli strumenti per farlo ci sono, ed anche abbastanza facili da adoperare. In concreto, quando io parlo di tre atteggiamenti che si sono determinati nell'ambito dei gruppi di psicoterapeuti italiani, e notate che nella relazione non è fatta allusione precisa nè alla Società di Psicologia

Analitica, nè alla Società Psicoanalitica Italiana, è fatto un riferimento generale a questi gruppi organizzati; quando parlo di questi tre atteggiamenti, mi baso sui dati rilevati con inchiesta diretta, cioè con colloqui diretti avuti con un campione rappresentativo di queste persone e dall'aver quindi rilevato questi atteggiamenti. Potrei portare qui per esempio la lettera di un qualificato rappresentante della vostra Società il quale mi scrive testualmente che lui non pensa si possa esercitare alcuna attività di tipo psicoterapeutico senza un completo training psicoanalitico. A questo punto, dobbiamo prendere soltanto atto del fatto che, per una serie di situazioni storiche, in Italia si sia poco informati del modo come viene esercitata la psicoanalisi. Abbiamo detto nella relazione che non abbiamo scoperto nulla di nuovo, ma che ci siamo fatti solamente portavoce di qualcosa già attuata altrove. Devo qui ribadire che tutte le iniziative di cui abbiamo parlato, tutto quello che è stato da noi esposto, tutti i problemi anche di ordine tecnico che sono stati da noi prospettati, non sono frutto di una scoperta scientifica nostra; sono soltanto la elaborazione, in una forma più sintetica, di dati dedotti da bibliografie molto ampie; e qui ribadisco il problema del bisogno di informazione. Se possiamo assumerci il ruolo, come gruppo, di informare gli psichiatri del contributo che può dare loro la psicoanalisi, non vogliamo assumerci il ruolo di informare gli psicoanalisti delle possibilità che offre il loro metodo. Questo ruolo non è nostro compito. Però c'è il compito preciso di informare esattamente su come si fanno le cose. Il più che possiamo fare, è fornirvi una completa bibliografia sull'argomento.

C'è poi un equivoco che sorge quando si parla del problema degli psicoanalisti di prima categoria e di quelli formati in altro modo, che sarebbero quelli di seconda categoria. Nella nostra relazione è stato detto che esiste in generale il fatto che qualsiasi psichiatra e qualsiasi medico opera attraverso il rapporto psicologico. Che esiste un sistema di addestramento che ha un suo valore empirico, attraverso il quale si possono formare i cosiddetti analisti qualificati, che ho chiamato i tecnici qualificati. Che esiste, per dare un contenuto tecnico ad un altro tipo di esercizio della psicoterapia, una sola possibilità: quella di formare uno strumento di lavoro, cioè il gruppo, in cui gli psichiatri lavorino assieme ai tecnici qualificati. Ho detto che il gruppo viene chiamato di « addestramento » soltanto in quanto, nella nostra realtà, non essendo ancora addestrati, c'è bisogno di essere anche addestrati; il gruppo diretto dal tecnico qualificato è una modalità di lavoro, senza la quale esso non può essere effettuato. Non sosteniamo che lo psichiatra ad un certo momento si formi in un modo di seconda categoria e agisca poi in qualità di psicoterapeuta di seconda categoria. Esiste una caratteristica precisa del lavoro psichiatrico, una costante comune, che non si identifica con le indicazioni di trattamento psicoanalitico: le indicazioni di trattamento psicoanalitico riguardano soltanto un piccolo settore delle indicazioni generali della psichiatria. Una indicazione precisa del trattamento psichiatrico è che qualsiasi paziente può beneficiare del rapporto psicologico. Le conoscenze del rapporto psicologico noi le abbiamo attraverso la psicoanalisi, e un dato empirico è il fatto che un gruppo di medici, usando delle

tecniche di gruppo che agiscono in maniera molto precisa anche a livello inconscio, può beneficiare del contributo del tecnico qualificato, cioè di chi è in grado di adoperare queste tecniche, e può beneficiarne per lavorare meglio nel suo tipo specifico di lavoro. Questo è quello che è stato detto molto chiaramente questa mattina. Quindi non si tratta di formare degli psicoterapeuti di seconda categoria, ma di potenziare in senso psicologico il lavoro psichiatrico. Da ultimo, dirò che il corso che inizia domani sarà proprio una testimonianza e una presentazione, da parte di persone che sono tutte quante, guarda caso, socie della Società Internazionale di Psicoanalisi, o come allievi in training, o come membri aderenti, o addirittura come membri didatti, o addirittura come supervisori dei didatti, come nel caso del Prof. Mueller in Svizzera, i quali riferiranno su questi aspetti specifici di lavoro che riguardano l'attività psichiatrica. Quindi quando parliamo di psicoterapia, se è valido dire da parte psicoanalitica « non facciamo confusioni tra psicoanalisi e psicoterapia » è anche valido dire l'inverso, cioè « non facciamo confusioni tra la modalità psicologica attraverso la quale può essere attuato il lavoro psichiatrico, e l'indicazione di trattamento psicoanalitico ». Ciò affinché gli psicoanalisti non divengano a loro volta degli psichiatri di seconda categoria, ovvero i cani sciolti della psichiatria.

GIORNATA DI STUDIO SU « LA FORMAZIONE DEGLI PSICHIATRI »

PAROLE INTRODUTTIVE DI
GAETANO BENEDETTI

Porgo il mio cordiale benvenuto a questa nostra giornata di studi che spero riuscirà proficua ed in cui intendo pronunciare alcune brevi parole.

La formazione dello psichiatra è un problema strettamente legato a quello della natura degli scopi della psicoterapia. Se questa ultima si limitasse ad essere una scienza medica volta a fare delle diagnosi psico-patologiche, a prescrivere delle cure farmacologiche o infine a prendere delle misure amministrative nei riguardi dei malati meno curabili, la formazione dello psichiatra sarebbe un problema limitato al progresso stesso di quella scienza particolare. Così, nella formazione odierna del neurologo, si richiede un'assoluta conoscenza di studi — come la neurologia e la elettromiografia — così la psico-farmacologia è oggi una naturale premessa della scienza psichiatrica.

Senonchè il problema si è andato complicando negli ultimi quindici anni in Europa e già prima in America, in seguito ad una più profonda connessione della psichiatria con le scienze sociali e quelle psicologiche. Si è riconosciuto come la conoscenza del malato psichico significhi pure conoscenza della sua società e dei meccanismi psico-sociali che fan parte della sua malattia e della sua personalità, e la cui misconoscenza ci rende impossibile comprendere il singolo in funzione del suo ambiente.

Se è anche vero che la psichiatria europea si distanzia dall'atteggiamento sociologico radicale di scuole americane, come in particolare quella di Sullivan, che vede i meccanismi intra-psichici esclusivamente in funzione di quelli sociali; se è vero che la tradizione europea, sia della psichiatria classica come anche della psicanalisi freudiana, dà il suo giusto peso anche alle strutture caratteriali primarie, rimane pur sempre il fatto che solo nelle vicissitudini

sociali, dall'infanzia all'età adulta, quelle strutture si estrinsecano e si plasmano; così la psico-sociologia ci ha mostrato, ad esempio, l'importanza delle dimensioni famigliari con tutte le transazioni, le simbiosi, le interdipendenze, i ruoli propri dell'infanzia per la comprensione dello sviluppo di quei tipi di personalità che in particolare si incontrano nell'ambito della diagnosi di schizofrenia.

Studi di cultura comparata dimostrano inoltre le differenze delle strutture famigliari e sociali nelle varie culture, ed in corrispondenza di queste differenze, quadri psico-patologici diversi. Non solo nel campo della schizofrenia, ma anche in quello delle depressioni e poi naturalmente in quello classico della neurosi, è necessario lo studio sia delle famiglie come anche di tutta la struttura sociale, che diviene un elemento essenziale anche del trattamento della forma stessa.

Il trattamento della malattia psichica — in particolare di quella cosiddetta funzionale e soprattutto della neurosi — richiede oggi una vasta formazione psico-dinamica. Non basta l'aver seguito dei corsi, l'aver appreso gruppi di sintomi e di teoremi per una esatta applicazione delle nozioni psico-dinamiche al trattamento; viene richiesto allo psichiatra un training particolare che va al di là dei comuni schemi di medicina per chiedere, ad esempio, l'analisi didattica, l'analisi di controllo, le discussioni in gruppo per interi anni di singoli casi: tale training richiede allo psichiatra non solo la necessità di assoggettare alla formazione professionale anche la sua sfera più personale, attraverso la meditazione e la discussione del suo sviluppo psichico e l'analisi didattica, ma richiede altresì, come nei vari gruppi di controllo, l'accettazione da parte del singolo di essere visto e commentato dall'intero gruppo nei suoi limiti, nelle sue manchevolezze, nei suoi errori personali. È solo in questa accettazione, nel superamento di narcisismi e di insicurezze personali, e nella disamina critica del proprio comportamento psicoterapico agli occhi degli altri, che matura la capacità del singolo psichiatra ad incontrare tutti i comportamenti difensivi del suo paziente che possono essere studiati.

L'ammalato psichico non si rivolge mai, con i suoi sintomi, solo ad una parte della nostra personalità, quella professionale, ma l'ammalato ha sempre, pur nella sua malattia, il privilegio d'incontrarsi con noi sullo stesso piano umano su cui egli si trova e di mettere sempre alla prova l'intera gamma delle nostre possibilità di difesa,

di offesa, di comprensione. E se è vero che nessun psichiatra può qui avanzare la pretesa d'una maturità completa da giustificare, dico logicamente, tutti i suoi comportamenti, è tuttavia l'accettazione d'una continua visualizzazione e discussione delle proprie deficienze personali che rappresenta, anche per l'infermo psichico, la garanzia di essere preso sul serio e per lo psichiatra stesso la possibilità d'una vera maturazione.

Naturalmente tale processo di maturazione, che pone in luce critica la personalità del singolo psichiatra, urta contro profonde resistenze. Là dove lo psichiatra fa parte d'un gruppo di studio, od ha una analisi didattica, allora le sue resistenze possono venire trattate attraverso questi stessi metodi di indagine che le provocano. Ma ove egli si mantiene al di fuori di questi gruppi di studio o si aggrappa a schemi tradizionali o a dei moduli di potere sugli altri, allora egli tende a razionalizzare le sue difese ed offese come, ad esempio, attraverso la classica — ormai superata ma sempre di nuovo attentata — contrapposizione di organogenesi e psicogenesi.

Il problema non sta in realtà in questa dicotomia, ma nel modo di porsi in rapporto del singolo psichiatra con gli altri.

Se è vero che la disamina critica del proprio carattere fa parte dell'analisi didattica e della formazione psicoterapica ad essa strettamente collegata, è pur vero che questa analisi didattica deve sorgere su un fondamento di piena auto decisione per essere effettiva. C'è qui una situazione dialettica nella formazione psichiatrica che va vista in pieno e che consiste nel fatto che da un canto la società pone al singolo candidato determinate regole e programmi che incidono nella sfera stessa della sua più intima personalità. E d'altro canto la maturazione terapeutica della personalità può essere raggiunta attraverso una relativa indipendenza delle attese e pretese sociali.

Nell'accettare tale situazione dialettica lo psichiatra non è molto dissimile dal suo paziente il quale deve temporaneamente raggiungere, in vista della guarigione, sia un certo aggiustamento agli standards comuni — senza cui non esiste realtà comune e salute psichica — sia pure contemporaneamente una relativa indipendenza da questi standards.

Dopo aver così tracciato per somme linee il programma inerente alla formazione professionale dello psichiatra, scendo in particolare al problema della sua preparazione psico-terapeutica. Lascio ai

miei colleghi — al prof. Müller, al prof. Cremerius, il prof. Balint, la discussione dei metodi che vigono nei rispettivi paesi nella messa in atto di questa formazione e mi limito brevemente a tracciare tre obiettivi generali di questa formazione:

Primo: Psicologia dinamica che verte sullo studio dei processi interpersonali di cui è responsabile lo stesso individuo neurotico nella sua partecipazione alla situazione sociale che lo rende malato. Questo versante della psicologia è quello propriamente analitico: esso responsabilizza il paziente e ne aumenta perciò la problematica che altrimenti viene spostata su fatti esterni sociali e psicologici, sulla costituzione o sulla colpa degli altri. Ma questo aumento di problematica per il singolo, significa però per il paziente la possibilità di vivere fino in fondo il suo problema superandolo.

Questa psicologia vuole quindi affrancare il paziente dalle false soluzioni neurotiche della sua esistenza, aumentando contemporaneamente il senso di responsabilità verso di essa, il dovere che a lui compete di realizzarsi nei limiti della sua umanità.

Secondo: Contemporaneamente la psicologia dinamica consiste nella discussione di quelle istanze familiari e sociali che coinvolgono l'individuo nella malattia neurotica e psicotica e che si servono di questa malattia contro proprie ansie e insicurezze o come bersaglio delle proprie aggressioni.

Tale discussione psico-terapica avviene anzitutto agli occhi del paziente e tende così ad affrancarlo dagli aspetti patogeni della sua società; ma, in quanto i frutti di tali considerazioni non si esauriscono nel lavoro psicoterapeutico col paziente, ma in lezioni e conferenze, che servono a discutere la struttura patogena della nostra società, esse svolgono un vasto compito etico.

Terzo: Il compito terapeutico della psicologia non si limita al malato, alla sua famiglia, alla sua società; non si limita cioè ai fenomeni strettamente patologici. La psicologia ci permette anche di studiare quei fenomeni sociali come il bisogno di potere, quello di possesso, quello di sfuggire alle proprie responsabilità, di acquistarsi un ordine tradizionale a spese di altri — e da questo ordine vengono esclusi i problemi di sicurezza, del pregiudizio sociale, delle minoranze — ed infine il problema di noi stessi di fronte al malato.

In linea di massima questo problema tende non semplicemente a visualizzare aspetti patologici di certi fenomeni sociali, ma ad andare al di là della patologia a cui non è affatto possibile assimilare l'intera umana natura. Questo versante della psicologia tende a mettere in luce tutti quegli aspetti narcisistici del comportamento umano che risultano da bisogni di potere, di possesso e di sicurezza ma che, proprio per una loro affermazione, fingono tale loro motivazione e si esplicano a costo degli altri.

Dopo tali pensieri personali, sono lieto ed onorato di poter introdurre personalmente gli oratori di questa nostra giornata. E lo faccio nell'ordine in cui essi prederanno la parola. Nessun altro è in grado di darci un quadro riassuntivo sulla preparazione dello psichiatra in Svizzera, quanto il prof. Müller che è cattedratico di psichiatria all'Università di Losanna, nonché membro della Società Svizzera di Psicoanalisi. Ed in lui si fondono insieme gli interessi classici della psichiatria con l'aspetto psicoorganico dei problemi e con quello psicodinamico.

Come professore di psichiatria a Losanna, Müller è nel vivo del problema di come organizzare in modo moderno la clinica psichiatrica onde tenerla aderente a tutti quei vasti e complessi problemi di sociologia psico-dinamica che fanno della psichiatria moderna una delle cure fondamentali della nostra società.

Il prof. Cremerius è membro della Società Tedesca di Psicoanalisi e della Clinica Psico-somatica di Giessen in Germania; il training di giovani medici in psichiatria dinamica ed in psicoanalisi è quindi uno dei suoi compiti principali ed egli ha un'esperienza particolare della situazione tedesca.

La Clinica Psicosomatica di Giessen rappresenta in Germania una vera e propria istituzione di avanguardia per l'alto grado di specializzazione da essa raggiunta.

Il prof. Balint non richiede parole di introduzione perchè il suo libro « Medico, paziente e malattia », tradotto in lingua italiana a cura del nostro Centro, è già uno dei classici di psicoterapia nell'ambito dell'assistenza ai malati psicosomatici. La clinica Tavistock, in cui egli lavora, è uno dei principali centri di psichiatria dinamica in Inghilterra.

La relazione a cura del nostro Centro Studi, che sarà presentata

dal dottor Galli, non è invece un contributo al problema della formazione dello psichiatra dal punto di vista tecnico. Essa si limita a presentare uno studio di politica organizzativa ed è il frutto di una indagine psicosociologica ed economica condotta da una delle nostre équipes di lavoro in collaborazione con sociologi ed economisti. Con questa relazione si chiuderanno i lavori della giornata in modo che, dalla discussione finale, possa scaturire un decisivo contributo alla nostra realtà socio-culturale.

LA FORMAZIONE DEGLI PSICHIATRI IN SVIZZERA

CHRISTIAN MÜLLER

Ringrazio vivamente il Gruppo psicoterapico milanese che mi ha invitato a venire qui.

Volevo iniziare il mio discorso dicendo alcune parole sul ruolo dello psichiatra nella situazione della psichiatria ma l'introduzione del Prof. Benedetti è stata d'altronde così completa che mi permette di essere molto breve su alcuni aspetti già sviluppati.

Cos'è un buon psichiatra? Loro forse conoscono gli articoli che sono stati scritti nella letteratura psichiatrica francese, inglese ed americana dei quali vorrei segnalare un punto che mi sembra essenziale; ed è che la psichiatria ed il lavoro dello psichiatra si distinguono in modo fondamentale dalla medicina in generale perchè lavorano in un'altra struttura tecnica. E quindi credo che sia più facile trovare in coloro che si consacrano alla psichiatria, la facilità ad identificarsi ad un ideale, ad un maestro, che nelle altre branche della medicina.

Quello che si può misurare, quello che si può pesare nel senso delle scienze naturali e della biologia, è facile da insegnare; ma più difficile da insegnare è invece quello che è misurabile, quello che è nel campo dell'intuito. Loro probabilmente conoscono tutti il detto che « in psichiatria il malato non può maturare al di là della maturazione del suo psichiatra ». Credo che nella formazione dello psichiatra si possa stabilire una relazione inversa; cioè l'allievo che si consacra alla psichiatria deve sempre oltrepassare il maestro, deve sempre andare più in là di ciò che gli si insegna.

È diventata una moda stabilire dei programmi di insegnamento per i futuri psichiatri, e dovunque, in America soprattutto, questi programmi di insegnamento si moltiplicano. Anche l'« Organizzazione Mondiale di Sanità » si è occupata di questo ed ha preparato un libro in merito.

Guardando tutti questi progetti, tutte queste teorie sulla formazione generale dello psichiatra, io ho avuto l'impressione che questi programmi tengono conto di elementi molto personali dell'insegnante.

Quali sono questi elementi soggettivi o personali? Prima di tutto una delle motivazioni indispensabili dell'insegnamento, è il desiderio di ottenere una continuazione di ciò che l'insegnante ha appreso nella sua esperienza; un tentativo insomma di far durare nell'avvenire ciò che ha fatto, ciò che ha pensato.

In secondo luogo l'insegnante, il maestro, il padre — per così dire — si identifica con l'allievo, con il figlio affinché questo figlio, questo allievo, possa raggiungere quello che egli non ha potuto conseguire: come in ogni rapporto padre-figlio, è possibile trovare questo stesso meccanismo nei programmi di insegnamento. Se loro mi chiedono come abbiamo tentato in Svizzera di prevedere dei piani per la formazione dello psichiatra, devo iniziare col fare qualche breve cenno storico:

La Svizzera è il solo paese dove fin dal secolo scorso la psichiatria ha potuto svilupparsi indipendentemente dalla neurologia. In altri paesi, per esempio in Germania, la neurologia occupava un posto di primo piano, ed era dalla neurologia che sono partiti i grandi nomi per arrivare alla psichiatria. Altri hanno preso un cammino differente: non sono partiti dalla neurologia, ma da un primitivo interesse per la filosofia, come Jaspers per esempio.

C'era poi la terza via che portava dalla medicina alla psichiatria, che è la via seguita dal medico generico che durante un certo tempo si cura della propria clientela, poi s'interessa sempre più ai loro problemi psicologici ed infine diventa psichiatria. Questo è stato il caso di mio nonno ch'era medico generico ma che, a poco a poco, ha osservato che le malattie psichiche lo interessavano di più ed un bel giorno è diventato specialista in psichiatria sotto l'influenza del grande psico-terapista Dubois.

Come loro vedono, vi sono queste tre vie storiche che portavano verso la psichiatria: dalla neurologia, dalla filosofia e dalla medicina generica.

Quale era a quell'epoca il campo dello psichiatra? Quali erano i mezzi tecnici e organizzativi a disposizione? Ebbene, tutto era concentrato unicamente ed esclusivamente sulla clinica psichiatrica. Vi era dunque l'insegnamento del professore di psicologia agli allievi; vi erano grandi corsi clinici, vi era la grande conferenza brillante, forse la visita in comune e qualche volta la discussione di casi in comune; ma questo era quasi tutto. Per il resto il giovane assistente era lasciato a sé stesso, doveva arrangiarsi, cercare di tro-

vare da solo il suo cammino leggendo e cercando d'informarsi mediante la letteratura e mediante discussioni con i compagni.

Questa forma d'insegnamento psichiatrico e di formazione psichiatrica — che era ancora valido fra le due guerre — arrivava a formare tre tipi di psichiatri, in tre forme di carriera: la psichiatria ospedaliera in cui lo psichiatra era responsabile d'un certo numero di pazienti ai quali dava i medicamenti, i farmaci che erano disponibili, faceva la sue perizie, aveva i suoi problemi da risolvere. Altra carriera possibile, era quella scientifica ed accademica dove lo psichiatra poteva interessarsi a problemi di ricerca, fare degli studi ed arrivare ad un certo livello accademico. La terza via era quella della pratica psichiatrica in studio privato o in una città (e qui non credo di fare un torto ai miei antenati in Svizzera dicendo che questa pratica privata doveva essere molto insoddisfacente). Ad ogni modo, uno che si era formato in Svizzera e che poi si era messo per conto suo con una clientela privata, secondo il mio parere, non era uno degli uomini più felici dal punto di vista scientifico. Quello che poteva fare era mandare un ammalato in una clinica, prescrivere dei farmaci, ma il suo campo d'azione era molto limitato. Oggi la situazione è cambiata sia all'estero che in Svizzera e possiamo porci la domanda: quali sono attualmente i giovani medici che si indirizzano alla formazione psichiatrica, quali sono le loro necessità, quali le esigenze della popolazione e delle nostre istituzioni psichiatriche?

Guardiamo per un momento le caratteristiche dei giovani medici che vogliono diventare psichiatri: come ha detto il prof. Benedetti ora l'interesse generale per i problemi psicologici e psico-dinamici è aumentato moltissimo; se ne occupa la stampa, se ne occupa la pubblicità, il cinema; nei circoli studenteschi si discute di questo problema ciò che provoca una normale, naturale attrazione verso questo tipo di formazione dello psichiatra.

E certo tuttavia che fra i giovani medici che s'interessano alla carriera psichiatrica, si trova un numero di personalità problematiche che vivono in situazioni difficili e che cercano in questo modo una soluzione ai loro problemi. Quindi, quali sono i criteri per la scelta dello psichiatra futuro? Se loro guardano il piccolo libro pubblicato dalla « Organizzazione Mondiale della Sanità » troveranno dei criteri molto vecchi e generici. Il comitato di esperti si è pronunciato in modo molto prudente dicendo che lo psichiatra deve avere

come qualità principale un calore nel contatto personale, una sensibilità ed un intuito marcati per comprendere l'emozione degli altri, una buona intelligenza ed una buona qualità di adattamento. Questi sarebbero i quattro criteri dell'« Organizzazione Mondiale della Sanità » per il buon psichiatra.

Ma come si può sapere prima che un giovane medico ha tutte queste facoltà? Evidentemente quando un giovane vuole trovare un posto, deve passare delle prove, dei tests, ma finora non mi pare che si siano applicati dei tests per futuri psichiatri. In ogni modo io non l'ho mai fatto nella mia clinica e non ho l'intenzione di farlo in avvenire. Durante un'allocuzione che feci a Losanna, mi sono permesso questa facezia: che la clinica psichiatrica era forse l'unica organizzazione che ingaggiasse persone senza prove, senza tests. L'unica prova resta la conversazione e l'intervista personale. Se io guardo indietro al numero dei giovani medici che ho rifiutato ed ai quali ho sconsigliato la carriera di psichiatria, mi accorgo che in fondo si trattava di casi eccezionali, di personalità psicopatiche, o estremamente narcisistiche, oppure di individui con scarsa fiducia in sé stessi, che non si poteva sperare di stabilizzare sufficientemente nella formazione psichiatrica, da ottenere delle notevoli garanzie. Sono quindi questi tre tipi di personalità per le quali, secondo la mia esperienza, ho dovuto prendere delle decisioni negative.

Per riassumere, penso che l'interesse dei giovani per la psichiatria esiste; ma vi è anche pericolo che si tratti di un'attrazione verso qualche cosa che considerano come un pò magica e quindi bisogna fare attenzione.

Ora, parlando del fabbisogno di psichiatri dirò che l'« Organizzazione Mondiale della Sanità » ha raccolto delle cifre statistiche che ci dicono che nella maggior parte dei paesi il numero degli psichiatri varia fra 0 e 4 psichiatri per centomila abitanti.

In Svizzera vi sono circa quattro psichiatri in centomila abitanti. Ma il fabbisogno aumenta, non perchè siano aumentate le malattie psichiche, ma perchè ci si rende conto che lo psichiatra, come fattore terapeutico, svolge una parte preponderante e si ha bisogno di lui in campi sempre più estesi. Si ha bisogno di lui nel quadro istituzionale e nel quadro extra istituzionale dove il numero dei medici psichiatri è diventato sempre più inadeguato alle esigenze perchè abbiamo cercato sistematicamente di diminuire il soggiorno in ospedali di un grande numero di malati, di dividerli secondo dei

settori geografici, di concentrare tutti i medici in un centro universitario per lasciare un vuoto completo negli ospedali regionali di campagna, ma di fare una distribuzione buona e generale.

E nel quadro di questi istituti, nuovi compiti sono comparsi: l'organizzazione degli ospedali di notte, degli ospedali di giorno, le varie forme di psicoterapia individuale e collettiva — che prende molto tempo — l'organizzazione delle terapie, ecc.

Nel quadro istituzionale il lavoro ed il ruolo dello psichiatra, deve comprendere tutto questo; ci si deve cioè occupare della terapia somatica, della psicoterapia individuale e di gruppo, dei problemi gerontologici, della psichiatria infantile e delle questioni di organizzazione e, al di fuori degli istituti privati, la psichiatria moderna ha, come in passato, un compito diagnostico e di cura, con la possibilità di associare all'approccio psicoterapico i trattamenti biologici.

Io credo che in Italia uno dei grandi problemi della formazione sia quello del rapporto fra psichiatria e neurologia. In Svizzera questo rapporto non ci ha preoccupato molto perchè fin dal secolo scorso psichiatria e neurologia sono state completamente scisse. Lo psichiatra svizzero ha quindi una formazione neurologica abbastanza rudimentale che acquisisce nel quadro dei suoi studi generali di medicina; se poi vuole approfondire le sue conoscenze può passare sei mesi, un anno o due in un servizio neurologico.

Abbiamo parlato della domanda e dell'offerta e questo ci permette di vedere il programma che abbiamo cercato di stabilire in partenza.

L'« Organizzazione Mondiale della Sanità » fa distinzione fra un programma largo di psichiatria ed un programma differenziato. Nel campo così detto largo si trovano i campi di base, come la neurologia, la genetica e la psicologia medica. Nel campo della psichiatria speciale l'Organizzazione Mondiale della Sanità comprende la patologia, la psicodinamica, la psico-somatica, la psicologia sociale, le neurologia, i metodi terapeutici diversi e un po' di psicologia infantile.

Vi è poi un programma differenziato per coloro che vogliono fare la psichiatria sociale, la psicoterapia e la psichiatria legale. In Svizzera non abbiamo potuto seguire questo programma dell'OMS per varie ragioni. Prima di tutto il nostro sistema specialistico è tale che non abbiamo esami di specializzazione, questo non solo per la psichiatria ma per tutte le specialità mediche. Il futuro specialista deve

frequentare per un certo numero di anni, che sono definiti, la clinica dove si fanno questi corsi di specializzazione; la « Società svizzera di medicina » gli conferisce poi il titolo di specialista per la psichiatria in base a queste frequenze, ma senza richiedere esami.

Vi è poi un'altra cosa che bisogna dire per l'organizzazione svizzera e cioè che lo studente di medicina durante gli studi, acquisisce una scarsa conoscenza pratica di medicina perchè gli studi sono concentrati soprattutto sulla teoria. La pratica si deve fare in seguito durante il tirocinio che è necessario per la specializzazione. Per la psichiatria, fino ad alcuni anni fa, era necessario avere fatto tre anni di seguito in un istituto psichiatrico riconosciuto e un anno di medicina interna. Tutto questo dopo aver terminati gli studi di medicina generale. Da alcuni anni noi abbiamo modificato questo regolamento per ottenere il titolo di specialista. Ora bisogna fare quattro anni di psichiatria in istituti ufficiali, in istituzioni universitarie ed un anno di medicina interna. Il titolo ufficiale attuale non è più di « specialista in psichiatria », ma di « specialista in psichiatria e psico-terapia ». Cosa significa questo? Inizialmente si era pensato di creare nel quadro della specializzazione psichiatrica, una sotto specializzazione di psico-terapia analitica. Ma nelle discussioni in campo medico vi è stata una forte resistenza contro questa tendenza ed allora si è giunti ad un compromesso ch'è questo: ogni psichiatra deve avere necessariamente una formazione psico-terapica di base e si è stabilito nel regolamento che per questa formazione ogni psichiatra deve aver fatto un certo numero di trattamenti psico-terapeutici sotto controllo, e deve aver seguito per due semestri i seminari di psico-terapia.

Credo siate d'accordo con me quando dico che questa regolamentazione dev'essere molto discussa perchè il valore di questo insegnamento psico-terapeutico può essere molto diverso secondo i centri, secondo i luoghi. In Svizzera stiamo cercando di studiare in che modo si potrà uniformare o livellare questa formazione e renderla così più valida.

A Losanna, da un certo tempo, mi sono chiesto come potremo perfezionare il programma di insegnamento per i futuri psichiatri. In collaborazione con la clinica di Ginevra, abbiamo svolto un'inchiesta fra i nostri giovani collaboratori per sapere quali erano i loro desideri ed i loro bisogni. È stato molto interessante constatare le risposte ricevute fra quarantadue medici che lavorano nei servizi universitari ai quali era stato richiesto di elencare, per importanza, i rami

che desidererebbero approfondire per l'insegnamento. La maggioranza ha chiesto, come insegnamento desiderato, una introduzione alla psicoterapia. Al secondo posto viene l'introduzione alla psicoterapia di gruppo e alla psicoterapia delle psicosi con l'introduzione alla teoria della psicoanalisi. Al terzo posto si trovavano l'insegnamento della medicina psicosomatica; al quarto posto la psicologia genetica, la neuropsicologia e la psichiatria infantile. In fondo venivano altri rami della biochimica, l'introduzione ai tests e alla neurofisiologia che erano stati considerati meno interessanti.

Ora ci si può dire, con una certa sicurezza, che questi risultati sono determinati dal clima esistente da noi a Losanna e che riflette l'orientamento dei responsabili. Tuttavia, pur tenendo conto del fatto che gli allievi vengono influenzati, è in ogni caso interessante per noi constatare che il giovane psichiatra, che vuol capire quello che si svolge nel suo paziente, non avendo ricevuto risposta dalla biochimica e dalle scienze naturali si rivolge ad altri campi come la psicoanalisi o la psicoterapia per soddisfare il suo bisogno di spiegazione e di comprensione.

Ora è chiaro che sarebbe sbagliato stabilire un programma di insegnamento esclusivamente sulla base dei desideri degli allievi; sarebbe un principio didattico erroneo che non viene applicato da nessuna parte. Ma si deve d'altra parte tener conto di questi desideri ed è quello che abbiamo fatto, stabilendo il programma seguente che adesso vi leggerò nei suoi particolari. Questo programma che abbiamo realizzato in parte, sarà pienamente realizzato soltanto dopo l'anno prossimo.

Noi prevediamo un insegnamento post universitario di specializzazione di psichiatria che si svolge in quattro anni. *Primo anno* insegnamento di formazione e informazione che comprende l'elettroencefalografia, la genetica, una introduzione alla psicoterapia e ai problemi psichiatrici gerontologici. Poi nozioni di psicopatologia generale, studio dei problemi e delle attitudini nel rapporto malato-medico, applicazione della psicofarmacologia, ecc. Tutto questo, durante il primo anno comprende un numero totale di ore cento.

Secondo anno: sempre cento ore di insegnamento, che comprende la neuropatologia con dimostrazioni, le cure fisiologiche, l'applicazione dei tests, i metodi psicoterapeutici e di rilassamento, lo psicodramma. Tutto ciò affiancato ad un lavoro pratico, con il fine di imparare a fondo questi campi e non avere solo delle idee. La teoria

delle nevrosi, delle psicosi, la psicologia genetica, i problemi di assistenza sociale, le tecniche delle perizie, il rapporto medico-malato, i gruppi di discussione e il controllo dei casi completano questo lavoro.

Terzo anno: Teoria della psichiatria infantile, storia della psichiatria, teorie psico-terapeutiche e psico-analitiche; introduzione alla psicosomatica e, come insegnamento formativo, seminari di controllo di casi di psico-terapia individuale e di gruppo.

Quarto anno: Insegnamento di formazione nella psico-terapia delle psicosi, con informazione teorica; partecipazione ai seminari di controllo di casi, psicoterapia di gruppo.

Ora tutto quello che vi ho detto non è molto importante dal punto di vista del numero delle ore: alcuni insegnamenti, come il corso sulla genetica o elettroencefalografia occupano solo da 5 a 10 ore mentre altri occupano da 40 a 60 ore all'anno. Tutta questa è la formazione teorica, mentre la formazione pratica avverrà nella istituzione stessa, nella maniera seguente.

Da noi il giovane medico che desidera specializzarsi, quando fa il suo tirocinio in un ospedale, lavora in ogni caso a pieno tempo; si trova dunque dal mattino fino alla sera in un ambiente didattico, che si tratti d'una clinica psichiatrica, d'una policlinica, d'un servizio psichiatrico o di un servizio geronto-psichiatrico. E' importante, secondo me, che il medico possa vedere tutti i casi che possono presentarsi in una data popolazione.

Io racconto sempre un esempio che mi ha spaventato e che ho vissuto in America in un grande centro di psichiatria, di fama mondiale, dove avevo discusso con uno psichiatra che aveva una formazione completa e che si dedicava a un programma di ricerche. Discutendo con lui mi ero accorto che non aveva mai avuto in vita sua un caso di demenza senile; non aveva mai visto, durante tutta la sua carriera un simile malato. Credo che questo rappresenti una lacuna grave, gravissima, il fatto di non aver potuto osservare tutte le malattie psichiche possibili di una determinata popolazione.

Come può il giovane, futuro psichiatra, compiere il suo mestiere nella situazione attuale? Sul piano pratico, noi non adottiamo più la consuetudine delle grandi visite dove lo psichiatra direttore o capo passa da una sala all'altra seguito dai suoi assistenti. Ma favoriamo le discussioni dove il medico responsabile presenta il malato al suo superiore, che discute con lui gli aspetti diagnostici, terapeutici, sociologici del caso. Poi vi sono i casi di psicoterapia che possono essere

controllati individualmente o in gruppo. Durante queste supervisioni del lavoro psicoterapeutico che è stato fatto, si cerca, prima di tutto, di eliminare tre ostacoli e cioè: il supervisore del giovane deve stare attento che le identificazioni che il giovane medico ha tendenza a fare col suo malato, non siano nè troppo intense nè inesistenti ma in un giusto mezzo.

Deve stare anche attento che il medico non sia troppo angosciato, nella sua terapia col malato. Inoltre deve vegliare affinché i bisogni di dominare del prossimo psichiatra siano stati sufficientemente controllati.

Sono queste le difficoltà maggiori che noi incontriamo nel lavoro di supervisione con i giovani. Come possiamo valutare le qualità d'un contatto fra lo studente ed il suo malato? È un problema estremamente difficile da risolvere e nella letteratura tutti coloro che se ne sono occupati (Schiff, Bonn) non hanno saputo dare una ricetta, una formula pronta.

Lo scopo della supervisione è quello di portare il candidato alla indipendenza sempre maggiore e ad un giudizio sempre più sicuro.

Esistono mezzi tecnici che sono stati utilizzati per favorire e facilitare la supervisione, ma hanno un'importanza relativa, secondo me, come per esempio lo specchio a una via, il nastro magnetico ecc. In alcune situazioni tutti questi mezzi tecnici ci possono aiutare, ma non vorrei attribuire loro troppa importanza: sono forse un po' conservatore perché penso che prima di tutto il dialogo, il colloquio in comune può essere utile tanto per la formazione dello psichiatra quanto per l'ammalato. A Losanna abbiamo dei gruppi ed ogni mattina facciamo le nostre riunioni col personale psichiatrico. Abbiamo quasi ogni giorno le discussioni di casi di ogni ammalato ch'è ammesso all'ospedale è visto, esaminato dal superiore, dal capo clinica ed eventualmente da me stesso.

Parliamo ora di alcuni casi particolari che si pongono nel campo dell'insegnamento: prima di tutto la psicoterapia, e dei rapporti fra psico-terapia e psicoanalisi.

Io sono convinto che sia possibile formare uno psichiatra che corrisponda alle esigenze di base della psico-terapia, attraverso controlli e con un insegnamento teorico; ma per quel che riguarda la psico-analisi propriamente detta, io penso che il programma di formazione deve essere quello stabilito dalla Società Internazionale di Psicoanalisi, e lasciato agli Istituti competenti.

Non bisogna infatti confondere le cose; nella nostra clinica, noi non abbiamo lo scopo di formare dei psico-analisti, ma abbiamo lo scopo di formare degli psichiatri che siano nello stesso tempo dei psico-terapisti. Quando uno dei miei giovani assistenti si interessa alla psico-analisi e mi sembra qualificato per questo lavoro, allora io gli indico la via da seguire per ottenere una formazione psico-analitica nel quadro della Società.

Un altro problema particolare è quello della formazione del ricercatore. Sempre più in psichiatria diventa importante preparare la ricerca scientifica. Credo che in questo campo ancora non esista un sistema bene stabilito, ben determinato; alla base c'è sempre l'interesse e la passione dell'individuo per la ricerca. Un insegnamento non può svolgersi che su un lavoro già iniziato. Il giovane ricercatore deve essere seguito da un super-visore, che gli può spiegare come lavorare nella bibliografia, come lavorare su materiale di base, come scrivere un articolo, ma non credo si possa andare oltre nella formazione del futuro ricercatore. D'altra parte si sa che un cattivo terapeuta ha la tendenza a diventare insegnante ed un cattivo insegnante ha la tendenza a diventare ricercatore: ma non so se questo è vero o meno. Vedete dunque che in Svizzera siamo lontani, come in qualsiasi altro paese, dall'ideale nel campo della formazione dello psichiatra. E d'altra parte uno psichiatra completo non esiste perchè, se volesse essere completo, dovrebbe non solo essere un bravo neurologo, un bravo medico interno ed avere conoscenza di neuro-psichiatria, ma dovrebbe anche essere uno psico-analista. Ma tutto questo non è possibile.

Bisogna dunque limitarsi e dobbiamo sempre più accettare la specializzazione anche nel nostro campo di lavoro.

Per finire vorrei dirvi una frase che forse vi stupirà, essendo stata pronunciata da uno psichiatra tedesco della vecchia scuola (Bumke) il quale ha detto che « il dono di aiutare gli altri individui sul piano psichico, è forse una cosa benedetta, ma è anche una disgrazia perchè, senza compatire, non si possono aiutare gli altri ».

CONTRIBUTO AL SYMPOSIUM MILANESE DELL'11 DICEMBRE 1966

PRIV. DOZ. DR. J. CREMERIUS

La situazione della psichiatria in Germania, dopo la guerra, era caratterizzata da uno scarso interesse dei medici per questo settore. Mentre tutte le altre discipline mediche erano sovrappopolate di medici, gli ospedali psichiatrici e le cliniche universitarie delle grandi città soffrivano di forte carenza di medici. Tale stato di cose era senza dubbio da imputare al fatto che la psichiatria, a causa dell'annientamento dei malati di mente operato dal terzo Reich, aveva perduto molta considerazione. D'altra parte essa non offriva ai giovani medici intelligenti prospettive molto lusinghiere. Chi non era interessato ad una indagine naturalistica nel campo della psichiatria come patologia del cervello, metabolismo nelle psicosi, fisiologia del cervello ecc. dovette limitarsi alla pura diagnosi dei malati ed a compiti amministrativi.

Si era davanti ad un negativismo terapeutico.

È da aggiungere che negli ospedali i rapporti erano superficiali e molto poco soddisfacenti. Gli edifici erano per la maggior parte molto vecchi, male riscaldati e con deficienti installazioni sanitarie, i malati erano riuniti in grandi saloni con 20-30 letti, il trattamento giornaliero molto ridotto ed a un livello notevolmente inferiore a quello degli altri ospedali, cosicchè le condizioni di vita dei degenti erano notevolmente peggiori degli altri ammalati; il numero dei medici era anche molto ridotto (nella misura di 1 medico ogni 300 letti) ed il personale infermieristico era molto male formato. Inoltre queste istituzioni ed i loro medici non erano considerati favorevolmente dalla popolazione. Le possibilità di mutare tali condizioni erano scarse, anche perchè mancavano i mezzi con i quali portare miglioramenti.

Nello stesso tempo si sviluppò, al di fuori della psichiatria, uno stato di cose il quale minacciò questa specialità sia nel settore medico che nella mentalità della gente.

Il trattamento dei malati di mente, fino ad allora dominio della psichiatria, passò sempre più nelle mani di psicoterapeuti scadenti che,

per la maggior parte, non erano nè psichiatri e spesso nemmeno medici.

Questo processo si era determinato con l'incontro della Germania e dell'America a seguito della occupazione militare del paese. L'idea della psicoterapia, della padogia psicologica, della psicosomatica, della psico-igiene si allargò rapidamente, suscitando nei malati il bisogno di un simile trattamento. Città e paesi istituirono consultori per bambini che, in mancanza di psichiatri ben preparati, vennero occupati da psicologi con una qualche preparazione come psicoterapisti.

Le necessità di psicoterapisti esperti, connesse con l'anzidetto processo, non vennero soddisfatte dalle cliniche psichiatriche, (esse non avrebbero nemmeno potuto) ma da istituti privati che si costituirono, subito dopo la guerra, in 5 città: Berlino, Monaco, Amburgo, Stoccarda e Heidelberg. Il loro numero aumentò rapidamente e oggi assommano a 12. Il risultato fu l'aumento continuo degli psicoterapisti che esercitavano la pratica privata e il fatto che i consultori psicoterapeutici di città e paesi furono occupati con specialisti provenienti da tali istituti.

L'interesse dei giovani medici a questo tipo di preparazione crebbe sempre più nel corso degli anni. Alcuni si dedicarono alla specializzazione in psichiatria, curando nel contempo una formazione psicoterapeutica presso tali istituti privati con lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche che erano svolte alla sera.

Si determinò un considerevole afflusso di assistenti alle cliniche psichiatriche di quelle città nelle quali esisteva un istituto di psicoterapia, mentre nelle altre città i posti rimasero vuoti nella misura di 1/4 e anche di 1/3. Si verificò così che spesso medici anziani, necessari per il normale lavoro negli ospedali e nelle cliniche, abbandonarono i loro posti per andare in altre città dove esistevano gli anzidetti istituti. Mi è noto un caso in cui gli assistenti di una grande clinica psichiatrica universitaria si allontanarono, perchè nella corrispondente città non potevano ricevere alcuna preparazione. Questa clinica perdette in 5 anni il 60 % dei suoi collaboratori.

Il direttore della clinica si vide perciò costretto a creare dei reparti che esercitassero sufficiente attrattiva per psicoterapisti formati — sia per prestigio che per condizioni economiche — per farli traslocare in questa città.

Dopo l'istituzione di tale possibilità di preparazione, ottenuta in questo modo, la clinica non ha avuto più problemi di collaboratori.

Dopo che la situazione si era così evoluta e la psichiatria aveva capito la necessità di assumere in clinica la psicoterapia, insorse la domanda: come può essere effettuata la preparazione pratica degli assistenti?

La difficoltà stava nel fatto che per l'ulteriore preparazione degli psichiatri, i vecchi medici, capi, primari, liberi docenti ecc.; non erano essi stessi in grado di insegnare la psicoterapia.

Gli psicoterapisti operanti all'infuori della clinica non erano disposti a rinunciare alla loro attività ben remunerata per assumere un posto mal pagato nella clinica universitaria.

A posti direttivi o a più elevati gradi nella carriera essi non potevano aspirare, perchè mancavano le premesse: cioè molti anni di attività clinica e di abilitazione. Così si ebbero soluzioni transitorie.

1) Le cliniche occuparono una serie di posti per assistente con medici giovani che si trovavano in preparazione psicanalitica presso uno degli istituti privati. Si concesse agli stessi il tempo per fare questa preparazione e la possibilità di effettuare i loro primi esperimenti nella clinica, facilitando i lavori scientifici nel campo della psicoterapia, cosa che finora non era stata apprezzata, perchè simili ricerche psicoterapeutiche non erano state viste come scientifiche e inquadrabili nell'ambito di una medicina come scienza naturale. In alcune cliniche furono ammessi questi lavori in sede di abilitazione.

Con ciò, cioè con l'abilitazione, entra in Germania, nella carriera universitaria lo psicoterapista, il che significa che egli è una parte componente fissa della clinica e che uno stabile insegnamento psicoterapeutico in questa clinica viene garantito. Negli anni necessari a questi assistenti per diventare esperti psicoterapisti, fu compito della clinica vegliare che essi facessero un buon lavoro in questo campo. Poichè la clinica stessa non era in grado di effettuare un adeguato controllo, prese uno o più psicoterapisti per la supervisione del lavoro psicoterapeutico svolto dai medici della clinica.

2) Un'altra soluzione del problema venne cercata a Zurigo. Sotto l'iniziativa di Benedetti, il quale lavorava stabilmente in clinica, Bleuler si prese nell'ospedale Burghölzli un buon numero di psicoterapeuti che si interessavano alla materia, per provare trattamenti psicanalitici di psicotici. Fra questi vi erano molti non-psichiatri e non-medici. Al punto culminante di questo sviluppo, 4 psicoterapeuti lavoravano nella clinica. A loro disposizione per il controllo del loro lavoro individuale c'erano esperimentati e noti psicoterapeuti: Mme Sechehaye, i

professori Bally e Boss e l'iniziatore Benedetti.

3) A Gottinga si presero le seguenti iniziative.

La clinica psichiatrica dell'università si unì con l'istituto privato esistente in loco, che curava la preparazione di psicoterapisti, e insieme condussero un corso completo di preparazione in psicoterapia, al quale potevano partecipare gli assistenti della clinica. Questo ebbe due vantaggi: da una parte entrarono gli psichiatri che lavoravano in modo psicoterapico nella clinica e trasmisero al candidato le loro conoscenze ed esperienze di una psicoterapia clinica di psicotici; dall'altra gli assistenti della clinica vennero in contatto con le esperienze del trattamento psicoterapico delle neurosi come viene svolto nella pratica privata. In questo campo gli psicoterapeuti più anziani, che operavano come insegnanti nell'Istituto privato, fecero notevoli esperienze.

L'istituto esercitò per questo particolare attrattiva: esso offrì una preparazione psicoterapeutica tanto per i medici che volevano continuare a lavorare nella clinica, come per quelli che dopo i 4 anni di assistentato per la specializzazione intendevano collocarsi come neurologi nell'attività privata.

Da alcuni anni, da quando cioè in altre cliniche vi sono medici con una completa preparazione psicoterapeutica, i quali attraverso il loro permanente legame all'Università, restano per molti anni nella stessa clinica, sono state trovate migliori soluzioni.

A) Sotto la direzione di un medico a pieno impiego, di un capo reparto o di un libero docente che sia psicoterapista completamente formato, viene approntato un reparto per trattamento psicoterapeutico, cioè un ambiente con 10-15 letti nel quale i malati vengono trattati in modo psicoterapeutico. In detto reparto vengono ammessi medici in fase di preparazione psicanalitica o che l'abbiano terminata. Cioè in questi reparti vengono istruiti medici che avendo fatto la loro preparazione generica in psichiatria in un istituto privato, intendono specializzarsi nella psicoterapia delle psicosi. Qui vengono eseguiti lavori di ricerca attinenti alla psicoterapia delle psicosi. Il valore preparatorio e di formazione di questi reparti per la psichiatria consiste nell'influenzare il resto della clinica del pensiero psicoterapeutico. Gli psicoterapisti che lavorano nel reparto possono istruire, con conferenze ed esercitazioni, gli altri colleghi che, pur non desiderando farsi specialisti in psicoterapia, desiderano familiarizzarsi con il pensiero della psicoterapia stessa, le sue indicazioni, prognosi e prospettive di successo. Essi possono controllare le loro prime esperienze psicoterapeu-

tiche, al cui fine anche il lavoro di gruppo appare appropriato.

B) La migliore possibilità di preparazione è data là dove, come in Heidelberg e Giessen, esiste una cattedra di Psicanalisi. Essa garantisce lo svolgimento regolare di conferenze ed esercitazioni sistematiche secondo un piano prestabilito. Esso facilita nell'istituto che ospita la cattedra, la formazione di un apparato di personale didattico, che fa lezioni e controlli e che perciò offre la possibilità di una preparazione psicanalistica completa. Un tale istituto può di norma accogliere una quindicina di medici per una preparazione completa, ed una ventina di medici per una preparazione generica. Inoltre — e questo è qualcosa che avrà effetto in futuro — attraverso lezioni sulla teoria della neurosi, l'istituto mette in contatto gli studenti di medicina con la psicoterapia, e il pensiero psicoanalitico. Potremmo osservare che nelle due città di Heidelberg e Giessen, dove esistono queste cattedre, la percentuale degli studenti che, dopo l'esame di stato scelgono psichiatria o psicoterapia, è più grande in confronto delle università, dovè queste lezioni non vengono effettuate.

Ciò sta a dimostrare che il ristretto numero di studenti optanti per il nostro ramo, non è legato al fatto che esso esercita minor attrattiva, ma alla circostanza che in passato si difettava di informazioni. Vorrei aggiungere che osserviamo la medesima tendenza nell'ambito dei giovani medici. Mentre in passato il numero degli assistenti universitari che si decidevano per una completa preparazione psicanalitica era molto ridotto, oggi esso comprende la maggior parte dei candidati. Viene così dimostrato che con la creazione delle cattedre di psicanalisi, con l'istituzione dei reparti psicoterapici nelle cliniche psichiatriche e con la creazione di reparti di psicosomatica nelle cliniche di medicina interna, i giovani reputano quanto mai lusinghiera una siffatta preparazione. È certamente fatto salutare ed importante che un giovane medico scelga una specialità nella quale ha possibilità di carriera, guadagno e considerazione. Apprendiamo da questo che il decennale isolamento della Psicanalisi in un ristretto gruppo, era condizionato dalla esclusione che le fu imposta.

Mi rivolgo ora ad un altro punto, alla domanda: che cosa e come deve essere insegnato. Al riguardo lascio da parte la questione inerente la preparazione dello psicanalista perchè esula dall'argomento qui trattato. Nella compilazione di un piano di studi sarebbe necessario pensare a due diverse specie di compiti. A una di queste non merita far menzione poichè appare evidente l'introduzione della scienza dell'uo-

mo, così come esso è andato sviluppandosi negli ultimi decenni. È certo uno dei più strani fenomeni in medicina che il medico ed anche lo psichiatra studia e tratta **malattie senza nulla sapere** sulla natura del soggetto portatore della **malattia stessa**. La nostra terapia con il malato si svolge come se egli fosse **senza significato** dal punto di vista della natura umana. La **distinzione fra medico e veterinario** sembra qui non aver peso. Questo è tanto più sorprendente dato che noi sappiamo che molte delle malattie che noi trattiamo, sono squisitamente malattie dell'uomo, cioè malattie che spontaneamente non si rivelano presso gli animali, o forse appena nelle estreme condizioni della prigionia. La conseguenza di questa constatazione dovrebbe essere che il medico apprenda molto nei riguardi del malato: Psicologia generale, psicologia evolutiva, psicologia dei conflitti, psicologia sociale, ecc.

La scienza dell'uomo dovrebbe, in ogni preparazione psichiatrica specialistica, occupare un posto centrale affinché la **psicopatologia**, che il medico vede nel suo lavoro clinico quotidiano, non debba restare completamente ignorata. Noi dobbiamo aiutarlo a collocare su un **fondamento generale** i fenomeni che egli osserva negli ammalati. A me sembra che la psichiatria, senza queste premesse: psicologia generale, psicologia evolutiva, ecc. sarebbe paragonabile ad una medicina che i medici somministrassero senza conoscere l'anatomia, la biologia, la chimica, l'istologia. Per assumere questi fondamenti nella preparazione psichiatrica specifica, che dovrebbe appartenere allo studio della medicina, sono necessari consistenti programmi di lezioni. Secondo la nostra esperienza e per garantire un minimo di cognizioni, devono essere programmate 2 lezioni settimanali di 2 ore ciascuna per la durata di 3 anni. Esse dovrebbero comprendere: 1. Una lezione sullo sviluppo psicologico del bambino; 2. Psicologia dell'istinto e psicologia dell'Io; 3. Una lezione in generale e 4. Una specifica sulla teoria delle neurosi; 5. Una lezione sulla dinamica delle neurosi; 6. Una lezione sulla psicologia sociale. Non desidero qui andar oltre nei dettagli. Ma una cosa deve essere ancora menzionata. A fianco, dovrebbero aver luogo esercitazioni per la applicazione pratica di queste cognizioni nella tecnica delle interviste e nella condotta dei colloqui.

L'altra specie di compiti di una simile preparazione sarebbe quella di partecipare agli psichiatri una formazione psicoterapica che li metta in condizioni di operare in modo psicoterapeutico. Entrambi i compiti potrebbero svolgersi in una clinica, l'uno accanto all'altro. Essi potrebbero, in molti luoghi, venir congiunti.

Così le conferenze, le esercitazioni nella tecnica delle interviste e nella condotta dei colloqui sarebbero le stesse per entrambi i gruppi. Quello che il secondo gruppo dovrebbe ulteriormente imparare è raggiungibile per due vie. Una strada sarebbe quella della preparazione in un lavoro di gruppo, secondo il metodo Balint. A questo riguardo non ho bisogno di spiegazioni poichè il Dr. Balint lo farà egli stesso nel pomeriggio. L'altra via si prospetta nel senso che questi medici dovrebbero fare una parziale analisi personale, che consentisse loro di trattare pazienti neurotici prima e psicotici poi, psicoterapeuticamente facendosi controllare direttamente o in gruppo e soprattutto consentisse loro di imparare il lavoro del transfert. Tale modello è stato sperimentato in Svizzera pure con psichiatri che non avevano avuto analisi o quando questa era stata di breve durata. Bally, che controllò in gruppo le psicoterapie di questi colleghi, mi disse che il risultato di questo lavoro, per la maggior parte, fu che i colleghi intrapresero una analisi personale. Questa esperienza mostra che è molto ridotta la paura che si creino « terapeuti selvaggi » i quali portino nelle terapie i loro problemi. Inizialmente avevamo creduto che la seconda via fosse la migliore. Fu una grossa sorpresa per noi vedere che la strada dei gruppi secondo il metodo di Balint, ha dato subito buoni risultati, alla condizione che questo lavoro sia condotto regolarmente per la durata di 4-5 anni, con una seduta per settimana di due ore.

Il pensiero psicanalitico che da 50 anni influenza lo psichiatra ed il fatto che ora lavorano nelle cliniche psichiatri con formazione psicanalitica, ha determinato completi mutamenti nelle cliniche stesse. Esse assomigliano ora sempre più agli ospedali per malattie organiche, esse sono aperte, confortevoli ed in piena attività terapeutica. Le sale dei malati nei quali stazionano i degenti durante il giorno sono pressochè scomparse. In alcune cliniche non vi è durante il giorno, più alcun ammalato a letto. Il principio della clinica notte-giorno facilita il malato nel senso che durante il giorno può lavorare nella sua professione e trascorre la notte in clinica; oppure che egli durante il giorno riceve il trattamento in clinica e trascorre la notte nell'ambito familiare. Le permanenze in clinica sono diventate molto brevi. Ciò non è conseguenza, come potrebbe sembrare, degli psicofarmaci. È una conseguenza di un cambiamento nell'atteggiamento. Così pure non si fanno più separazioni di sessi. I malati vengono trattati come persone adulte responsabili in quanto viene introdotto il principio del governo proprio o della comunità terapeutica. Questo sviluppo comincia a farsi

avanti anche in Germania nell'ambito degli Istituti. Dal punto di vista esterno viene documentato dal fatto del cambiamento di nome da: « sanatori » in « ospedali psichiatrici ». Chi visita un Ospedale come quello esistente a Gütersloh, che rappresenta uno dei più moderni, non ha più bisogno di illustrazioni. Il cambiamento, di cui noi parliamo è colà visibile. Come contraccolpo ciò ha condotto al fatto che ora molti giovani medici ed anche dotati medici docenti, si dedicano alla psichiatria. Sono lusingati dalla pienezza dei nuovi compiti, dall'attività terapeutica e dalle grandi possibilità di ricerca in campi fin qui rimasti inesplorati.

Quanto importante sia di prendere a cuore questo lavoro, viene riconosciuto dal numero dei malati mentali che in pratica si trovano in cura dei medici internisti. Qui si annoverano i quadri più disparati: ammalati con sindromi funzionali e distonie vegetative, con stati di dolori al capo, allo stomaco, all'intestino, alla schiena, ecc. con insonnia, disturbi alimentari, disturbi sessuali, stati ipertonici, ulcera, reumatismo muscolare e disturbi cardiaci. Il loro numero si aggira, da indagini statistiche fatte, fra il 40 % ed il 60 %. Questi malati sono tutti in trattamento da un medico il quale capisce i loro problemi psichici e li aiuta ai fini della loro soluzione. La strada per arrivarci non è sempre, ed in ogni caso, una psicanalisi o una psicoterapia di fondo. Anche a questo riguardo parlerà probabilmente il Dr. Balint nel pomeriggio. Chi conosce il suo libro « Il medico, il suo paziente e la mattia » sa quali fondamentali miglioramenti possono essere conseguiti con l'aiuto di un medico capace, il quale sappia intendere tutti i problemi inconsci del suo paziente. Le nostre ricerche catamnestiche nei riguardi degli ammalati di questa specie non trattati, hanno mostrato quale grosso problema rappresenti per la salute del popolo e per l'economia degli stati. Essi restano in trattamento medico per anni e talvolta decenni. Ciò comporta spese rilevanti. Per lo più esse sono sopportate dalle « casse mutue » o dallo Stato. Mezzi ingentissimi sono spesi per medicinali, degenze ospedaliere diagnostiche o di trattamento o per cure in ospedale. Gli ammalati appaiono minori, incapaci di lavoro, ed assenti per giorni e settimane dal loro posto di lavoro. Così l'economia perde annualmente mezzi finanziari colossali. E anche questo deve essere detto: tutto ciò per qualcosa di insensato e senza risultati. Gli ammalati, nonostante tutto quello che per essi vien fatto, non guariscono. In una catamnesi risultò un paziente che dopo 10 anni di cure, aveva ancora il 30-40 % dei sintomi

originari; che per il 30 % ulteriore i disturbi funzionali originari si erano trasferiti in disturbi organici che per il restante erano insorti gravi quadri psiconeurotici o difficoltà estreme di vivere nell'ambito sociale.

Quando noi in Germania iniziammo l'azione perchè l'opera dei medici psicoterapisti entrasse nelle cliniche, ci venne sempre detto che a questo scopo non vi erano mezzi, che i trattamenti erano troppo costosi e duravano troppo tempo e che non potevano essere messi a disposizione risorse finanziarie per la preparazione dei medici.

Dopo tutto si è dimostrato che gli investimenti fatti susseguentemente a questo riguardo, si sono largamente ripagati. Le perdite in denaro derivanti da questi malati cronici sono così considerevoli per lo Stato per cui le spese per i trattamenti psicoterapeutici e la stessa preparazione dei medici alla specialità, che lo Stato prende a suo carico, sono in ogni caso largamente ripagate. Il « Land » Essen p.e. nel quale io lavoro, ha tratto le conseguenze ed ha creato un importante istituto per la preparazione e ricerca psicanalitica, che porta il nome di « Istituto Sigmund Freud ». È a Francoforte. Esso ha 4 dirigenti di reparto col grado di professori, con 5 assistenti per ognuno. Tutti impegnati a pieno tempo, molto ben trattati economicamente. Lo Stato paga inoltre ad ogni medico che fa una preparazione psicanalitica 15.000 marchi, pari a 2.500.000 lire per la sua analisi personale e partecipa con 20 marchi, pari a 3.000 lire per ogni ora di controllo. Egli riceve altresì sovvenzioni per le spese di viaggio e di partecipazione ai congressi.

Oggi dappertutto, anche nei piccoli paesi esistono consultori psicoterapici per bambini ed adulti. Noi speriamo che altri Länder della Germania seguano presto il loro esempio. Amburgo e Brema sono già in procinto di farlo. Sarei molto lieto se il mio contributo qui potesse servire a che anche in Italia prenda inizio una semplice evoluzione e che la clinica psichiatrica italiana, che gode di un così glorioso passato, diventi un luogo dove la scienza dell'uomo venga curata e promossa per il meglio dei nostri malati.

CANESTRARI:

Ho ascoltato con molto interesse questi panorami delle nazioni vicine e la prima cosa che mi è venuta in mente è una certa analogia, almeno sul piano d'una diagnosi di situazione, fra quello che i nostri colleghi ci hanno detto e la nostra situazione attuale. Dico sul piano della diagnosi, perchè forse le differenze maggiori sono sul piano delle realizzazioni. Ad esempio, l'itinerario storico fattoci dal prof. Mueller e dal prof. Cremerius, ha certe analogie col nostro itinerario storico, nel senso che nella formazione dello psichiatra, ed io aggiungo, dello psicologo, ha molto giocato il fatto che nel periodo fra le due guerre, un certo divorzio avvenuto nella storia della cultura italiana fra le scienze umane e le scienze naturalistiche, dovuto al trionfo in Italia dell'idealismo, che fra l'altro aveva notevole potenza perchè alleato anche politicamente col fascismo, ha determinato un divorzio tale, per cui la psicologia come strumento di formazione è scomparsa dalle nostre università, perchè è diventata filosofia, filosofia idealistica: quindi abbiamo avuto un periodo all'università in cui non c'era la psicologia; essa era insegnata dai filosofi. Io, prima di studiare medicina, ho fatto la facoltà di filosofia ed ho sentito parlare di psicologia da Gentile; dall'altro lato, quando ho cominciato a fare medicina, non ho sentito assolutamente niente di psicologico e, dovremmo anche aggiungere, di psichiatrico, proprio perchè il divorzio fra le due culture è stato tale che anche i colleghi medici sono rimasti imprigionati in un positivismo piuttosto meccanistico e quindi, ovviamente, non c'era posto per un insegnamento psicologico, per un insegnamento antropologico dell'uomo. L'uomo visto dalla fisiologia, dall'angolo meccanistico, era dunque un mammifero superiore; non c'era la patologia che ci hanno insegnato, c'era la patologia del mammifero superiore, la patologia sperimentale; quindi questa situazione ci accumuna, in qualche modo, all'itinerario storico che abbiamo sentito qui analizzare.

Le applicazioni sono state incoraggiate in qualche modo ed in piccola parte realizzate soprattutto, per quel che mi risulta personalmente, più nell'ambito d'uno sforzo fatto dagli psicologi che dagli psichiatri. Voglio dire questo perchè questi psicologi hanno avuto difficoltà a proporre metodi di formazione in quanto, in un primo stadio, la stessa psicologia, era in fondo una psico-fisica, era una psicofisiologia sperimentale in senso stretto; ma poi, piano piano, in fondo, noi psicologi abbiamo avuto più sollecitazioni forse degli psichiatri ed allora abbiamo tentato aperture nuove: perchè, pur venendo fuori come disciplina nuova e quindi dotata di minore resistenza, abbiamo avuto anche noi le stesse difficoltà.

Come si fa uno psicologo? Anche questo problema è grosso. Ed ho trovato — finisco brevemente — analogie molto strette fra quello che ci ha detto il prof. Mueller perchè anch'io, che ho una responsabilità nella formazione di psicologi, ho nel mio istituto trovati gli stessi problemi del prof. Mueller. Quindi noi non dobbiamo fare degli psicoanalisti, come psicologi, però dobbiamo fare, in qualche modo, dei medici che chiamiamo

psicologi e che in qualche modo devono essere psicoterapeuti. Ecco perchè ci ha soccorso, in un'esperienza che ormai ha cinque anni di vita, la tematica di Balint. In fondo Balint ha per noi il grande merito di essere stato uno psicoanalista molto coraggioso, che ha tentato la via delle tecniche intermedie, per la formazione dello psicologo o dello psichiatra che in qualche modo sia psicoterapeutica.

Praticamente, al mio istituto ci sono dei gruppi; oltre alla frequenza dei giovani che sono subito inseriti nell'equipe del servizio applicativo medico-psicologico, formato da uno psichiatra e da uno psicologo ed in cui il giovane comincia col fare qualche reattivo di livello, poi dei reattivi proiettivi, e poi discute i casi in seno all'equipe nel lavoro di gruppo, ciò serve a formare una certa sensibilità nel rapporto interpersonale, anche fra i colleghi; per cui c'è tutta una situazione all'interno dell'equipe che appare prima patologica, poi si rasserenava; e questo già serve in qualche modo a formare una piccola base di formazione psicoterapeutica. Però devo aggiungere che negli ultimi due anni abbiamo avuto un notevole aiuto, in questa formazione, con la formazione di gruppi terapeutici; gruppi rivolti ad una categoria particolare di pazienti, pazienti studenti universitari. A Bologna c'è un centro di medicina preventivo come c'è in altre università, e chi ha esperienza e lavora in questi centri sa benissimo che il dieci per cento dei ragazzi che vengono a quei consultori sono ragazzi che hanno bisogno di psicoterapia o perchè sono francamente neurotici strutturati, ossessivi, impotenti ecc. o perchè hanno problemi emotivi più vari che poi si risolvono praticamente in un sintomo: inibizione intellettuale, non poter studiare, blocco agli esami. Cosa si può fare per questi studenti? Ecco il problema. Abbiamo cercato insomma di strutturare una psicoterapia particolare, che ci sembrava fosse adatta agli studenti: la psicoterapia di gruppo. Questo strumento, dopo una esperienza che abbiamo fatto con circa sei gruppi di otto ragazzi ciascuno, abbiamo visto che funziona, (come strumento terapeutico per gli studenti funziona senz'altro) anche in un altro senso, e cioè per la formazione degli psicologi. Nel gruppo c'è lo psicoanalista, c'è un coterapeuta che in genere è uno psicologo già formato, non un analista, non ha fatto analisi personali, ma è uno psicologo già formato, che familiarizza con lo strumento psicoanalitico; ed in più io sono solito aggiungere a questo strumento un terzo psicologo, che abbia fatto due o tre anni di specialità e che funziona da recorder, da segretario: semplicemente annota tutto quello che avviene. Ebbene, io ho visto che anche questo ingresso del giovane psicologo nella situazione di gruppo è di per sé formativo; cioè in qualche modo aiuta a fare ulteriori passi nella formazione psicoterapeutica.

Alcuni di questi giovani poi, devo dirlo, perchè è bene dirlo, vanno a fare l'analisi, perchè intendono fare gli analisti; questa in qualche modo, è una perdita per l'istituto, perchè l'analista, una volta diventato tale, in generale si dà alla pratica privata, e questa è una perdita. Però alcuni di essi rimangono ed i risultati che si vedono paiono molto incoraggianti.

GARAVAGLIA:

Sono Garavaglia di Milano, psichiatra ospedaliero, però essendo libero

docente presso l'Università di Milano, sono invitato dal cattedratico a tenere ogni anno alcune lezioni di specializzazione di psichiatria.

Non ho idee molto chiare, premetto; l'unica idea che mi, sembra di esprimere adesso è questa: che mi pare che manchi la possibilità d'un grosso dialogo in questa assemblea; cioè manca il cattedratico, manca la scuola di psichiatria di Milano. I relatori di questa mattina sono dei clinici i quali hanno parlato della storia della formazione dello psichiatra come storia dell'insegnamento universitario della psichiatria. Credevo che ci fosse qualche cosa di extra universitario, di extra accademico; mi pare, o forse ho capito male, che la formazione dello psichiatra in Svizzera, la formazione dello psichiatra in Germania sia stata non dichiaratamente, ma certamente espressa ancora una volta come un compito dell'ambiente accademico e universitario. Posso sbagliarmi, ma sta di fatto che qui si è parlato di cliniche, si è parlato di cattedre di insegnamento. Manca ovviamente qui il riferimento alla situazione italiana. Io ho studiato a Milano, mi sono specializzato a Pavia, ed ho preso la libera docenza col cattedratico di Milano di malattie nervose e mentali; ora insegno qualche ora all'anno nella scuola di specializzazione in psichiatria. Però la mia storia è la storia di noi psichiatri in Italia come l'abbiamo vissuta. Abbiamo avuto la laurea alla fine della guerra e non sono quindi in grado di stabilire quello che c'è stato fra le due guerre, per cui mi riferisco a quello ch'è avvenuto dopo questa guerra. Siamo abbastanza vecchi, ma anche abbastanza giovani per non appartenere al vecchio gruppo ed alla vecchia situazione di cui parlava Canestrari con molta sincerità e con molta lucidità. Sta di fatto che noi siamo usciti da una università in cui la parola psicologia non era stata mai sentita, né quella di scienze dell'uomo.

Come ci siamo formati noi o come ci hanno formati? Se abbiamo voluto fare della psichiatria, abbiamo dovuto andare negli ospedali psichiatrici e non era possibile altrimenti. Nessuna scuola universitaria esisteva in Italia dove una persona che voleva fare lo psichiatra, poteva essere informato, non dico formato, per diventare tale.

Esisteva, è vero, ed esiste ancora a Pavia una scuola di specializzazione per malattie nervose e mentali diretta dal prof. Berlucci alla quale noi ci siamo iscritti. Ma questa scuola, allora, che cosa era? A parte la grande dottrina ed umanità di quello che la dirigeva, era un luogo dove si andava ogni quindici o venti giorni, per cinque sei volte in un anno. E la collega Selvini veniva col collega Luccarelli e con me. In tutti i tre anni del corso, si erano sentite quindici lezioni all'anno.

Su che cosa era basata l'autorizzazione ad avere un titolo di specialista in malattie nervose e mentali? Il fatto che noi lavoravamo in un ospedale psichiatrico oppure, come nel caso del collega Luccarelli, il fatto che lavorava in un reparto di psichiatria in un ospedale civile. Tutta la formazione di noi psichiatri come si è svolta? Si è svolta direttamente a contatto col paziente ed avendo unicamente come modello — bene ha detto il prof. Mueller — quello che poteva fare anche qualche nostro collega più anziano di noi, verso il quale noi sentivamo dell'affetto, un'ammirazione e con il quale sentivamo di identificarci. C'era un rapporto strettamente personale fra noi e il collega più anziano, fra noi e colui che ci accoglieva non

come quello che non sapeva nulla ma che conversava con noi. Il titolo, il titolo accademico, era stata una pura formalità. La formazione nostra era stata veramente una formazione affettiva, emotiva e se vogliamo selvaggia, ma d'un selvaggismo umano: era il nostro bisogno narcisistico, aggressivo di risolvere i nostri problemi che hanno condotto alla formazione o alla disformazione di noi stessi.

Questa è stata, direi, la situazione culturale e sociale su cui si è formata una generazione di coloro che fanno attualmente gli psichiatri ed operano come psichiatri.

Ricordiamo poi come una qualificazione accademica, una istituzionalizzazione dell'educazione psichiatrica si è avuta per la prima volta a Milano; ricordiamo che dall'inizio della scuola di psichiatria auspicata e voluta dal prof. Riquier è venuto fuori il primo cattedratico psichiatra italiano. Io non posso entrare, non sono autorizzato a entrare nel pensiero del prof. Cazzullo, il quale è di fatto storicamente il primo cattedratico della prima scuola di psichiatria; la psichiatria vera e propria italiana si è formata a Milano pochi anni fa. Questa è la genesi. È venuta fuori quindi in Italia, a mio parere, l'esigenza di una separazione della disciplina psichiatrica dalla disciplina neurologica; è da pochi anni, saranno — non ricordo molto esattamente — sei, sette, otto anni che esiste la prima scuola di insegnamento di psichiatria, una specializzazione di psichiatria. Mi pare (posso sbagliarmi e per questo dico che sono assenti gli interlocutori, coloro che possono creare una situazione dialettica in questa riunione) mi pare, ripeto, che l'origine storica della prima scuola di psichiatria in Italia a Milano da cui, sull'esempio di Milano sono venute fuori altre scuole di psichiatria abbia origine dalla medicina naturale cosiddetta, cioè dalla biologia, dalla neurologia, dalla neuro-patologia; anche se nella scuola di psichiatria sono compresi, ovviamente, tutti quei titoli come la psicopatologia, la psicodinamica ecc. che presuppongono una informazione culturale, da parte del cattedratico, che non è certo una persona sprovvista. Mi pare però che difatti, storicamente, in questo momento si sia passati da una formazione post-bellica puramente emotiva di rapporti interpersonali, di rapporti diretti col malato, con tutti gli errori che si possono essere commessi con i malati e con tutte le reazioni personali da parte dello psichiatra, ad una organizzazione di formazione psichiatrica che trae origine nei suoi capi da persone che avevano una formazione ed una cultura di tipo prevalentemente biologico. Io credo pertanto che in questo momento l'azione di rottura, l'azione di poter portare nella formazione dei giovani psichiatri anche la voce antropologica, la voce psico-dinamica, la voce psico-analitica addirittura, sia quanto mai difficile. Difatti ci sono delle situazioni di potere, diciamo pure la parola, diciamo delle situazioni concrete politicamente realizzate, che rendono questo inserimento estremamente difficile. È chiaro che la cultura dei cattedratici attuali, la disponibilità, il modo di affrontare i problemi è il modo di affrontare prevalentemente biologico. Se sia meglio o sia peggio, ripeto, non tocca a me assolutamente giudicare. Sta di fatto che attualmente, mi pare, la formazione dello psichiatra istituzionalizzata nei ranghi dell'accademismo, è una formazione ancora completamente di tipo biologico. Questo può essere bene, può essere male. Il problema quindi, in

Italia, è molto duro, molto duro ad essere affrontato. Perché? Per questi motivi che vi ho detto.

MÜLLER:

Non sono certo di aver capito tutto quello ch'è stato detto dall'ultimo oratore ma mi sembra che ciò che ha detto sia molto importante. Difatti, se si parla di formazione dello psichiatra, penso che non possa essere questione d'interessare soltanto gli studenti o i medici generici o gli psichiatri che esistono già a problemi psicologici ed aprire loro nuovi orizzonti; questo non basterebbe, ma si tratta piuttosto di prevedere un programma d'insegnamento che vada dall'A alla Z, per iniziare con lo studente del primo anno, l'anno in cui entra all'università per iniziare medicina, sia per il diploma di specializzazione in psichiatria. Credo che tutto questo insegnamento debba essere condotto secondo un piano ben preciso. È compito della facoltà di medicina ed anche dei titolari delle cattedre di occuparsi attentamente di questo programma. Ho cercato di dimostrarvi ciò che stiamo facendo a Losanna nel quadro della nostra facoltà, della nostra università; è un inizio, lungi dall'essere qualche cosa di definitivo, ma noi cerchiamo comunque di includere, di prevedere gli studi e l'insegnamento dall'inizio fino alla fine.

Un altro pensiero mi è venuto a proposito di questo intervento ed è che la formazione dello psichiatra è diventata qualche cosa di così complesso che non è pensabile che uno solo possa avere la responsabilità di questa formazione. Praticamente non penserei mai di poter assumere da solo la responsabilità di questo insegnamento. Bisogna dunque che ognuno possa dividersi i compiti in équipes di lavoro: questo insegnamento si divide in quattro anni di studio, come vi ho detto, ed è stato previsto che tutta l'équipe se ne occupi. Vi sono collaboratori di cliniche mediche, vi sono professori straordinari che secondo le loro specializzazioni, partecipano all'insegnamento dato agli psichiatri.

NAPOLITANI:

Sono Napolitani, psichiatra e psicanalista.

Io credo che il problema che ci rende un po' perplessi, e le parole di Garavaglia hanno documentato storicamente questa nostra perplessità, è dovuto al fatto che siamo qui riuniti per discutere la formazione dello psichiatra, problematizzando quindi qualche cosa che va al di là della preparazione puramente accademica o dell'aspetto burocratico della conquista d'un diploma. Garavaglia ha il diploma di psichiatra e a distanza di tanti anni dice: noi ci siamo dovuti formare da soli: quindi il diploma non coincide affatto con la formazione, ma con maggiori o minori insufficienze, con una informazione psichiatrica. Quando agiamo questo tema della formazione dello psichiatra, intendiamo qualche cosa che va al di là della conquista d'un diploma; riteniamo cioè qualcosa che consiste nel raggiungimento d'un certo nostro aspetto, direi proprio psicologico oltre che dottrinario, nel rapporto col malato in genere e col malato mentale in particolare. E lo psichiatra è quello da cui ci si aspetterebbe una capacità di manipolazione del rapporto inter personale, manipolazione che non si acquista certamente sui libri, che nessuno ci insegna e che, se anche venisse

un insegnamento preciso sulla base degli orientamenti dottrinari più moderni, rimarrebbe un vuoto per la nostra personale esperienza, per quanto noi personalmente abbiamo potuto acquisire di quanto viene trasmesso attraverso il libro o attraverso la parola del docente. Io direi che c'è qualcosa che va al di là del fatto che il primo psichiatra in Italia, il primo cattedratico in psichiatria abbia una preparazione prevalentemente neurologica e biologica.

Evidentemente questo è un grosso problema, ma non si esaurisce in questo problema della formazione dello psichiatra. Anche ammesso che, diciamo, ai posti di responsabilità nell'insegnamento di psichiatria ci fossero persone illimitate nelle cognizioni delle scienze umane, biologiche e neurologiche, anche ammesso che questo possa avvenire, rimarrebbe ancora del tutto aperto il problema del come risolvere, nell'ambito d'una struttura accademica questo problema di acquisizione d'una certa capacità di approccio con il malato di mente. Canestrari ha detto poco prima una cosa che credo risponda proprio su un piano pratico ed organizzativo: ha fatto cenno ad una sua esperienza limitata, diciamo, nel tipo di persone cointeressate in essa, ma che è sempre esperienza feconda di sviluppi; in fondo egli stesso ha riconosciuto questa sua esperienza svilupparsi sulla linea che il dottor Balint ci ha dato con la sua esperienza; lui ha parlato di formazione di psicologi o, diciamo, in genere, d'una certa esperienza psicologica nell'ambito di strutture di gruppi terapeutici o di gruppi di discussione. Io credo che questa faccenda del coinvolgere in prima persona, attraverso la possibilità d'una elaborazione in gruppi di quanto avviene sul piano professionale, sia essenziale per la formazione d'ogni psichiatra.

Purtroppo quello che troviamo nelle strutture accademiche è il fatto che l'ambiente nel quale questa formazione psichiatrica si dovrebbe verificare è un ambiente prevalentemente caratterizzato dall'autoritarismo; l'autoritarismo è quella condizione psicologica che mina le basi d'ogni possibilità di sviluppo ideologico, ogni possibilità di confronto dialettico, ogni possibilità di discorso, direi, su un piano più immediato, ch'è in realtà l'unico modo per potere, pian piano, acquistare una dimestichezza con quei contenuti affettivi che l'autoritarismo sistematicamente nega. Nega sia che questo autoritarismo si espliciti attraverso una modalità prevalentemente repressiva della libertà individuale; sia che questo autoritarismo si espliciti in modo molto più insidioso, e forse per questo molto più pericoloso, attraverso modalità paternalistiche. Sia l'una che l'altra modalità di autoritarismo, contraddicono sostanzialmente quello che noi ci aspetteremmo che sorgesse in una istituzione che porta alla formazione dello psichiatra. Non è possibile una formazione in questo senso se non si risolve alle radici questo grossissimo problema dell'autoritarismo. Io direi che ogni nostro discorso urta contro questo limite, imposto da una tradizione culturale, imposto da una consuetudine, per cui la struttura didattica d'una istituzione psichiatrica o d'una istituzione accademica ad un certo punto diventa un costume dominante tale per cui anche la buona disposizione da parte dei responsabili dell'insegnamento e da parte degli allievi naufraga, in questa condizione limite e crea veramente un problema di fondo che la società intera, ed in modo particolare noi in questo momento, sarà chiamata a discutere.

IL LAVORO DI GRUPPO

MICHAEL BALINT

Devo chiedere scusa perchè avrei dovuto parlare in italiano ma purtroppo, mi dispiace, non l'ho imparato abbastanza: parlo inglese e spero che loro possano sopportare il mio inglese. Devo anche chiedere scusa per il fatto che improvviserò la mia conferenza; ho commesso il peccato imperdonabile di averla preparata prima, ciò che non faccio quasi mai e purtroppo ho dovuto metterla da parte perchè ho imparato tanto questa mattina che credo dovrò fare un'altra conferenza per cercare di arrivare al livello delle loro aspettative.

Noi discutiamo oggi il tipo di formazione necessaria per gli psichiatri, e la mia esperienza in questo campo è piuttosto mista. Non ho molta esperienza diretta nella formazione degli psichiatri, come dirò più tardi; le mie esperienze riguardano soltanto la formazione di qualcosa che si avvicina allo psichiatra.

Negli ultimi 40 anni mi sono occupato della formazione degli psicoanalisti; alcune persone pensano che questa formazione sia troppo specializzata, troppo rigorosa, e che quindi non si possa applicare alla formazione degli psichiatri; e d'altra parte ho molta esperienza nella formazione dei medici generici e loro vedranno che questa formazione è troppo generale, troppo superficiale, non abbastanza specifica da poterla applicare alla psichiatria.

Ora arrivo alla mia relazione vera e propria. La questione è: che cosa è la psichiatria? E quale genere di formazione è necessario per aiutare le persone a diventare quel tipo di persone che noi vorremmo fossero o pensiamo dovrebbero essere i nuovi psichiatri?

Evidentemente gli psichiatri hanno una funzione molto importante perchè devono, specialmente dopo l'ultima guerra mondiale, occuparsi di persone le quali sono ricoverate in ospedale perchè non sono in grado, per brevi o lunghi periodi, di vivere nella collettività. Questo è un compito terapeutico molto difficile e solo lo psichiatra può eseguirlo.

4024
Ora, io non so nulla su questo tipo di formazione psichiatrica, non sono mai stato in un ospedale psichiatrico; ma io direi e sosterrai che la psichiatria, nelle ultime due o tre decadi, ha subito una rivoluzione fondamentale; questo in parte a causa dei nuovi metodi e soprattutto dei nuovi farmaci che hanno permesso agli ospedali psichiatrici di aprire le loro porte. In Inghilterra ora non vi è quasi più un solo ospedale psichiatrico con porte chiuse; là dove vi è un reparto chiuso, le porte chiuse sono poche e i dirigenti ne hanno un po' vergogna; la maggior parte degli ospedali psichiatrici ha le porte interamente aperte ed i pazienti possono muoversi liberamente. Quelli che vengono rimandati a vivere nella loro comunità pongono molti problemi che devono essere affrontati dallo psichiatra. Inoltre i nuovi metodi di cura hanno cambiato l'atteggiamento dello psichiatra verso il suo compito; vi sono i metodi di gruppo che permettono ai pazienti di prender parte al trattamento e di non diventare o rimanere oggetti passivi della cura; questo pone lo psichiatra in una situazione completamente nuova alla quale egli non era preparato. Questo è quanto è successo; lo psichiatra, oggi, volente o nolente deve stabilire un rapporto personale e terapeutico col proprio paziente.

Ora fermamoci qui: ritornerò su questo punto; ma prima devo parlare della medicina generale. Abbiamo imparato in quel campo che una grandissima parte dei pazienti che vengono dal medico apparentemente per un aiuto chirurgico o medico, non soffre di una malattia medica o chirurgica o quantomeno non soffre fondamentalmente di una tale malattia, ma di qualcos'altro: quello di cui hanno bisogno è di comprensione umana, di un rapporto terapeutico.

La stessa cosa avviene per lo psichiatra: i medici non sono preparati per questo, non sono formati nè addestrati. La proporzione di pazienti che hanno bisogno non di cure chirurgiche o mediche, ma di qualcos'altro, è difficile da valutare per via delle incertezze della classificazione. Per illustrare queste difficoltà, vorrei menzionare alcuni esempi. Il fatto che un paziente abbia dei dolori precordiali e un po' di dispnea, della cefalea, dei dolori gastrici, è un segno che questi segni sono precursori di malattie organiche serie anche se l'esame più completo non riesce a scoprire delle alterazioni organiche. Ecco perchè noi non possiamo stabilire delle percentuali esatte; le statistiche di morbidità sono così poco attendibili che dicono molto di più sul medico che non sui pazienti per i quali esse sono state fatte. Or dunque, anche se si accetta una valutazione prudente, circa il 30-40 %

di tutti i casi che vanno dal medico per una ragione o l'altra, avrebbe bisogno di questo rapporto umano, di questa manipolazione psicoterapeutica. Ora, se noi confrontiamo questa esigenza con l'addestramento attuale, vediamo come nella formazione degli studenti in medicina, parlo solo dell'Inghilterra, ma non vi è alcuna differenza nelle isole del Regno Unito, nessuno esige un corso obbligatorio di psicoterapia per gli studenti. Vi sono alcuni ospedali, non molti, che offrono dei corsi facoltativi, dove cioè gli studenti possono scegliere o non scegliere questi corsi e dove vengono sottoposti ad esami; solo il 10-15 % degli studenti si interessano a questi corsi. Questo significa che il dottore, il medico futuro, attualmente non è addestrato, non è preparato a trattare con quei pazienti che formeranno poi il 30-40 % della sua clientela. Se questo fosse avvenuto in un'altra branca della medicina vi sarebbe stato un grande clamore, una grande indignazione, ma dato che si tratta soltanto di rapporti umani, di comprensione umana, non vi è stato nessuno scandalo.

Ora, ritornando al campo psichiatrico, quello che abbiamo sentito oggi da due delle scuole di pedagogia psichiatrica fra le più progredite, è più o meno la stessa cosa. Abbiamo sentito parlare di piani eccellenti per conferenze, seminari, medicina sociale, psicodinamica, sviluppo della personalità umana e qualche cosa ancora, ma abbiamo sentito parlare pochissimo del tipo di rapporto umano terapeutico di cui ha bisogno lo psichiatra. Credo che sia stato il dottor Cremerius ed anche il professor Mueller che hanno parlato di informazione. Informazione è una buona cosa purchè il medico abbia bisogno di essere informato su un dato concreto di conoscenza che non ha ancora acquisito; ed in questo caso l'informazione sotto forma di seminari od altro, permetterà di acquisire quella cognizione e di aumentare le sue conoscenze. Ma se si tratta di una nuova abilità della quale non conosceva l'esistenza o attorno alla quale aveva delle idee molto vaghe, allora, questo metodo tradizionale di conferenze e di illustrazioni non sarà molto utile. Una ragione di incertezza, e questo è stato detto molto chiaramente nelle due relazioni che loro hanno ascoltato stamane, è che non si sa esattamente quale metodo potrebbe aiutare a formare i medici psichiatri del futuro. Il metodo della formazione psicoanalitica è ben conosciuto, ma molto rigoroso, molto difficile ed anche costoso; un altro metodo non esiste, all'infuori di tentativi vaghi d'insegnare qualcosa. Un metodo che è stato elaborato da noi a Londra, fa molto per riempire questa lacuna; non richiede molto tempo; può essere effettuato in un periodo di tempo analogo a quello che lo studente

deve consacrare allo studio di qualsiasi specializzazione: richiede due ore circa la settimana per ogni studente. È vero che questo seminario di due ore deve continuare per 2-3 anni, ma come hanno detto alcuni oratori oggi, questo è il tempo più o meno necessario perchè un medico impari qualsiasi branca specializzata della medicina. Il metodo stesso si basa sulla attività di gruppo; il numero degli allievi che possono far parte di un gruppo varia da sei a dodici all'incirca; la cifra ottima sarebbe di otto-nove persone perchè così tutti i partecipanti avrebbero veramente la possibilità di contribuire alla discussione. L'aspetto più importante di questo metodo basato sul seminario è quello di essere aperto a tutti. Gli allievi possono rimanere quanto vogliono perchè abbiamo imparato che alcuni allievi si sviluppano molto in fretta, altri più lentamente per cui è inutile avere un programma preciso, organizzato formalmente in modo rigido perchè se no alcuni andranno avanti, altri rimarranno indietro.

Gli allievi parlano dei casi che stanno trattando: questa è veramente una condizione importante per il successo del seminario; cioè ogni partecipante deve essere sempre sotto la pressione della responsabilità terapeutica verso i propri pazienti. L'altra condizione importante è che il leader del seminario deve essere stato formato e addestrato per questa tecnica se no non riuscirà a dirigere il gruppo.

Per illustrarvi quali sono le nostre idee, vorrei ora parlarvi del metodo che oggi si chiama scientifico. Che cosa significa? Significa che il metodo è analitico, si concentra su funzioni parziali del corpo o degli organi del corpo. La prima fase, in qualsiasi diagnosi, consiste nel localizzare, cioè nel concepire i sintomi e le manifestazioni del malato come derivanti da una parte del corpo o da una funzione particolare del corpo. In seguito bisogna esaminare quella funzione o quella parte del corpo per cercare di capire in che modo la malattia ha trasformato la parte o la funzione, cioè l'anatomia e la fisiologia di quella parte; in terzo luogo bisogna identificare la causa che ha provocato questa modifica. Dopo avere seguito queste tre fasi in modo corretto, bisogna poi trovare un sistema per riportare queste alterazioni ad uno stato normale, per ristabilire cioè la normalità là dove vi erano modifiche patologiche. Se non si può ristabilire la normalità, si cercherà di compensare la funzione; ad esempio se il pancreas non può secernere insulina, si compenserà questa carenza iniettando insulina.

Questo metodo è stato introdotto in Italia nel 17° e 18° secolo ed ha portato dei successi notevoli nel campo della medicina. Ma dobbiamo aggiungere — ed è molto importante aggiungerlo — che questo

avviene solo nei casi in cui il malato ha una malattia che si può chiamare di classe 1^a.

In questa classe di malattia il successo del metodo è veramente spettacoloso. Ma cosa succede per molte persone che si rivolgono al medico senza che questi possa trovare una condizione localizzabile? Questi ammalati non « hanno » una malattia, ma « sono » ammalati essi stessi. Noi chiamiamo questi ammalati, malati della classe due. Siccome la maggior parte dei casi è rappresentata da casi misti, la maggior parte delle persone che si rivolgono al medico presenta delle condizioni di tipo uno e di tipo due mescolate. Noi abbiamo sperimentato questi concetti negli ultimi anni, facendo una distinzione fra la diagnosi tradizionale e la diagnosi globale. La diagnosi tradizionale è quella che s'insegna all'università e che si deve cercare di stabilire in tutti i casi possibili, mentre la diagnosi globale cerca di andare oltre alla diagnosi tradizionale, onde poter stabilire quella specie di rapporto umano che è necessario al paziente e che potrà aiutarlo a guarire o a condurre almeno una vita accettabile. Posso illustrare questi concetti riportando un caso discusso recentemente in uno dei nostri seminari.

Si trattava di un seminario piuttosto avanzato al quale partecipavano diversi medici generici. Uno di questi presentò il caso di una paziente che aveva in cura da più di due anni. Si trattava di una giovane donna di 23 anni: era una entraineuse ed ex prostituta a tempo perduto. Questa donna viveva a Londra con un giamaicano, un giovane negro che non voleva sposarla. La ragazza era piuttosto innamorata ed al momento in cui il medico l'aveva presa in cura era incinta di cinque mesi. Recentemente era andata dal medico con un viso in brutto stato: si trattava di un'acne che era stata piuttosto maltrattata. La diagnosi tradizionale fu: « dermatite artefacta sovrapposta ad acne leggera, depressione reattiva cronica in una personalità amorale e forse psicopatica ».

La diagnosi globale fu: « Depressione reattiva cronica, dovuta ad una precoce carenza di affetto paterno e materno e all'assenza di un ambiente familiare normale, sviluppo successivo di una personalità amorale, con sintomi ricorrenti riferiti alla regione genitale in connessione con la sua professione; inizio più recente dell'abitudine di tormentarsi il mento interessato da un'acne leggera, con conseguenti lesioni a tipo di dermatite artefacta ».

La ragazza aveva molta paura di avere una malattia venerea, il che naturalmente sarebbe stato un grosso guaio per la sua professione. Essa era figlia illegittima, non aveva mai conosciuto suo padre e aveva

visto sua madre soltanto qualche volta, perchè era stata educata in un istituto per orfani: era stata dunque una bambina con forti carenze di amore materno. Il medico doveva dichiarare in modo esplicito che cosa aveva intenzione di fare. Le decisioni terapeutiche prese sulla base della diagnosi tradizionale furono: « Crema antibiotica localmente per la faccia e raggi ultravioletti; dieci milligrammi di Librium due volte al giorno ». Questo è tutto quello che avrebbe fatto uno psichiatra; vediamo ora qual è stata la decisione terapeutica sulla base della diagnosi globale.

Il dottore pensava che avrebbe dovuto discutere con questa ragazza il tipo di vita che conduceva ed il modo con cui si guadagnava la vita; la ragazza però lo respinse. Questo gli apparve piuttosto inquietante perchè si rese conto che in tal modo non avrebbe potuto far niente per la bambina di 5 mesi, la quale correva il pericolo di svilupparsi entro le stesse linee di sua madre.

Il dottore doveva decidere quello che avrebbe fatto subito e poi il piano terapeutico a lunga scadenza. La decisione terapeutica fu di trattare l'acne e la dermatite da un lato, di prescrivere del librium e poi di aiutarla per la sua solitudine e per la depressione di cui essa soffriva da quando l'americano l'aveva lasciata. Infatti da quando l'americano l'aveva lasciata, era sola a casa e tollerava molto male questa solitudine.

La decisione terapeutica a lunga scadenza fu: sostenerla per quanto possibile, in una situazione molto difficile per lei; cercare di incoraggiarla a trattare la bambina con amore materno e affetto; favorire una sistemazione precoce della bambina in un nido, nella speranza che la ragazza potesse intanto trovare un lavoro durante il giorno adatto a lei (benchè non fosse molto ottimista al riguardo) oppure indirizzarla verso la psicoterapia; (ma anche su questo punto non era molto ottimista).

Le previsioni del dottore a breve scadenza furono: Non riuscirà, probabilmente, a venire al prossimo appuntamento, ma spero ancora di tenerla d'occhio quando verrà con la bambina, cosa che prima o poi farà; se l'acne peggiora, verrà più presto e probabilmente andrà in ospedale dove riceverà una cura per la dermatite.

Per la lunga scadenza le previsioni furono: probabilmente ritornerà al suo antico mestiere di prostituta e probabilmente avrà ancora sintomi vaginali. Se prenderà delle pillole antifecondative regolarmente potrà evitare altre gravidanze; ma non ho molta speranza a questo riguardo; potrebbe anche incontrare qualcuno al suo Club che la spo-

si; ma non mi faccio troppe illusioni perchè ha un aspetto poco attraente e non credo che abbia molte probabilità di trovare un uomo ricco che la sposi.

Penso che tutti voi sarete stati colpiti dalla validità di questa prescrizione. Si deve ammettere che un certo numero di relazioni che noi diamo ai medici generici quando essi ci chiedono una consultazione assomiglia più o meno a questo tipo di relazione.

Detto questo devo proseguire dicendo che il seminario non fu affatto soddisfatto da questa diagnosi. Al medico venne detto che la sua diagnosi globale era soltanto un rifacimento della diagnosi tradizionale senza alcun elemento nuovo. Perciò eravamo giunti a previsioni disfattiste e pessimistiche. Venimmo poi a sapere che era vero che la donna non veniva regolarmente agli appuntamenti ma, questo è un punto importante, anche che gli appuntamenti venivano sempre fissati dal dottore; la donna invece si faceva vedere sempre in momenti impossibili (ad es. quando il medico era occupato nel reparto chirurgico); essa gli chiedeva qualcosa, il medico le dava quel che voleva e le diceva: «però torni, per favore, perchè voglio avere un colloquio più lungo con lei»; la donna invece scompariva. Il dottore scoprì che la donna scompariva ogni volta che egli, con bontà d'animo, le consigliava di abbandonare il suo tipo di vita amorale per ritornare su un tipo di vita rispettabile. Venimmo a sapere anche che la donna era una mamma molto coscienziosa e che portava la bambina per tutte le vaccinazioni necessarie in ospedale, ma essa aveva un modo molto bizzarro di tenere la bambina: la portava staccata dal suo corpo, lontana da sè. Quando un'infermiera le mostrò come cullare la bambina, come tenerla a contatto del suo corpo, essa si rifiutò di farlo.

Mettendo insieme tutti questi elementi, il seminario giunse ad una diagnosi globale diversa basata soprattutto sui quattro punti seguenti: la paziente dimostrava un bisogno molto intenso di auto-punizione; il continuo tormentarsi il viso fino a prodursi una dermatite non era certo la cosa migliore per la sua professione: nessun uomo sceglie una donna che ha il viso pieno di acne. In secondo luogo, ogni volta che il dottore voleva darle qualche cosa, essa lo respingeva. Terzo: la paziente costringeva il medico a trattarla in modo brusco e a considerarla una cattiva donna, lo costringeva a punirla. Quarto punto: essa non riusciva ad avere un contatto stretto con nessuno, doveva tenere tutti lontani da sè; questo era vero per la bambina che non riusciva a tenere stretta vicino al suo corpo, era vero nei riguardi del suo medico che essa respingeva sempre e probabilmente era vero an-

che nei riguardi del suo amante giamaicano che era fuggito da casa. Era convinta di essere una cattiva madre, una cattiva donna, inadeguata da tutti i punti di vista e per questo doveva proteggere tutti coloro che si avvicinavano a lei dalla pessima influenza che avrebbe potuto esercitare su di loro. Ultima osservazione: ogni volta che riusciva ad ottenere immediatamente quello che desiderava, sviluppava una specie di reazione che la costringeva ad agire in modo molto stupido e contrario ai propri interessi. Quando le veniva chiesto perchè lo faceva, dava spiegazioni assurde e illogiche che non erano evidentemente altro che una difesa. Per queste ragioni il caso era apparso senza speranza. Bisogna però rendersi conto del fatto che tutto in fondo avviene per interazione fra dottore e malato; uno dei due deve riuscire ad uscire da questa interazione se si vuole porre termine al conflitto ed iniziare un nuovo rapporto. Ammesso questo si capisce come la diagnosi globale porta automaticamente ad una proposta terapeutica di un altro tipo. Il dottore non deve attendersi nulla da questa donna; quando essa viene, bisogna che la veda, senza darle altri appuntamenti per colloqui lunghi; i colloqui lunghi sono insopportabili per lei. Il dottore deve cogliere ogni piccola occasione offertale dalla donna per fare qualcosa, magari una cosa piccolissima per un periodo brevissimo perchè la sua tolleranza è molto bassa, semplicemente per dimostrarle che la capisce, che sente, come lei, quanto è difficile essere una buona madre, quanto è difficile aver fiducia negli altri; basta per questo una sola frase, bastano anche poche parole; bisogna darle la sensazione di fare come essa desidera. Se il medico riuscirà ad agire così, la ragazza svilupperà un atteggiamento diverso verso se stessa: con meno disperazione si sentirà una cattiva donna e molto probabilmente la sua tolleranza delle frustrazioni, aumenterà. Avevamo anche previsto che il tempo necessario per questo sarebbe stato di due-tre anni. Molto probabilmente la ragazza avrebbe portato la bambina, ma non avrebbe chiesto consigli per se stessa.

Come vedete si tratta dunque di una conclusione completamente diversa. Bisogna sottolineare ancora che il medico aveva cercato di essere molto buono e comprensivo con questa malata secondo le sue convinzioni. Non dimenticate che questa ragazza era stata la sua paziente per due anni e che essa l'aveva respinto senza alcuna considerazione; ma ogni volta egli non si era perso d'animo. Quanti di noi psichiatri, in fondo avrebbero sopportato una situazione di questo genere; quanti di noi avrebbero detto a se stessi ed anche alla ragazza: non c'è niente da fare? Ma ciò che vorrei dire è che benchè

l'amore sia molto importante per questa donna, non è l'amore in generale che si può dare in grande quantità che possa servire, ma l'amore sotto forma speciale e con una dose speciale e dato soltanto in alcuni momenti particolari, cioè quando il paziente lo richiede. Questo credo, è quello che il dottore e la maggior parte degli psichiatri non avevano capito.

Ora posso anche aggiungere che questa relazione fu fatta due mesi fa all'incirca, e che questa donna non è tornata, non si è fatta vedere nello studio del dottore; quindi le nostre previsioni sono più o meno giuste ma siamo certi che prima o poi la donna si farà vedere di nuovo.

Cosa significa questo per il dottore? Significa che deve rendersi conto del fatto e questo forse è l'aspetto più importante del nostro seminario, che il suo comportamento impeccabile dal punto di vista professionale, non era buono dal punto di vista terapeutico. Ed è molto amaro rendersi conto di un fatto di questo genere per qualsiasi persona fra di noi; ma bisogna rendersene conto se no i nuovi tecnici, sui quali si basa la nostra formazione, non si svilupperanno. Questo dottore aveva una convinzione molto forte della bontà del suo metodo e della funzione apostolica che predicava continuamente.

Questa relazione e la relazione di seminario che ne seguì, fu un tale trauma per lui, che per due o tre settimane, non venne al seminario. Il trauma però ebbe un effetto benigno, positivo, perchè da allora cominciò a capire che ciò che lui pensava essere buono, non lo era, perchè non poteva essere utile in quel caso particolare; capì che doveva diventare una persona più flessibile per riuscire veramente ad aiutare le persone che finora non era riuscito ad aiutare.

Ecco quel che può fare il nostro metodo di seminario: può dare la possibilità alle persone di considerare se stessi ed i propri metodi in un modo diverso e può dar loro la possibilità di sviluppare nuove tecniche per sostituire quelle fra le loro tecniche che non sono sempre terapeutiche. Come lo si fa? Non facciamo mai dei riferimenti personali, naturalmente, perchè questo farebbe male e basta: nessuno riuscirebbe a sopportare una critica personale, ma noi lasciamo che il materiale, la relazione parlino da sé; noi ascoltiamo la relazione del dottore e poi discutiamo l'atteggiamento e l'orientamento terapeutico e facciamo previsioni diverse. In seguito, il comportamento del paziente dimostrerà chi aveva ragione e chi aveva torto; allora il medico da solo cercherà di cambiare, se è capace di tale cambiamento.

Non voglio parlare molto a lungo e vorrei quindi eliminare tutto il resto che volevo dire, perchè in fondo, questa è la parte più impor-

tante, cioè che noi permettiamo al medico di mettersi di fronte non solo alle sue intenzioni, ma anche ai difetti creati dalle sue intenzioni e metterli a confronto con le previsioni dei suoi colleghi.

Vorrei anche dire che non sono io l'animatore, quello che prevede e che critica il medico, ma sono i suoi stessi colleghi del seminario che lo fanno. Questa è forse la parte più essenziale del seminario; egli può confrontarsi con i colleghi sul conto dei quali ha imparato molto nel corso del seminario, sa che sono persone coscienziose e ragionevoli; il fatto che i suoi colleghi possono pensare in modo diverso da lui, gli permette di imparare non da un superiore, ma dai suoi propri pari, a fare qualche cosa di diverso.

Quanto tempo è necessario per questo? Non si può fare in fretta, non si può prevedere esattamente; certe persone fanno in fretta, altre persone hanno bisogno di molto tempo. Certo che il medico al quale si riferisce il caso ora descritto, (il fatto è avvenuto due mesi fa) non si è ancora riavuto dal colpo e ci vorrà molto tempo prima che egli riesca a presentare un altro caso che lo esporrà ad un altro trauma; se noi affrettassimo la cosa, egli non riuscirebbe a sopportare questo trattamento e lascerebbe il seminario.

Questo è quello che deve imparare l'animatore del seminario; deve saper riconoscere la rapidità di sviluppo di ogni partecipante e condurre l'intero seminario in modo che ogni partecipante trovi che la velocità è proprio quella giusta per lui. Sembra una cosa impossibile ma può essere fatta.

Ora torniamo a noi psichiatri. Il compito che è stato intrapreso nel caso descritto, quale è stato veramente? A quale parte della medicina appartiene veramente?

Si tratta di medicina generale? Questo caso di una prostituta che ha una bambina illegittima. È psichiatria, è medicina sociale? Qualcuno ha parlato del Vangelo stamattina. Se guardiamo a ciò che succede a quasi tutti i pazienti curati da psichiatri, almeno nell'80 % dei casi, possiamo dire che questa ragazza sarebbe stata curata con dei tranquillanti, o forse con qualche altro farmaco, poi le sarebbe stato detto di andar via e di non tornare più. Il risultato sarebbe stato facilmente prevedibile: essa non avrebbe mai preso quei medicinali. Quindi qualsiasi cosa che le avesse dato il medico, anche se avesse avuto un possibile effetto terapeutico, del che ho qualche dubbio, la paziente non ne avrebbe ricavato alcun beneficio perchè non avrebbe preso regolarmente il farmaco, quindi vi sarebbe stato un insuccesso e il caso sarebbe stato piuttosto tragico. Anche adesso non vi è molta

speranza per lei, ma un po' ce n'è perchè speriamo che si possa sviluppare un rapporto terapeutico fra lei e il medico; forse fra poco, lo speriamo, essa riuscirà a sopportare il medico e non dovrà respingerlo.

Come possiamo chiamare questo tipo di terapia? Io credo che non abbia un nome: non è psicoanalisi, non è psichiatria. È psicoterapia? Non lo so; ma questo è il tipo di terapia che io credo che i medici generici, così come gli specialisti e gli psichiatri dovrebbero imparare e dovrebbero mettere in pratica, perchè senza questa terapia un certo numero di persone sarà impossibilitata a ricevere aiuto. E credo che fra tutti i metodi di cui hanno sentito parlare oggi, questo che abbiamo elaborato a Londra è quello che forse aiuterà meglio il medico a svolgere un ministero adatto a lui.

UN PARTECIPANTE:

Vorrei chiedere al dottor Balint questo: probabilmente non è solo il dottor Balint che conduce questa attività di formazione dei metodi e degli psichiatri; probabilmente ci sono altri psichiatri o medici che hanno eseguito un training per poter a loro volta essere dei leaders di questi gruppi di formazione per i medici o gli psichiatri. Io vorrei chiedere al dottor Balint se ha messo a punto un metodo particolare per la formazione di questi leaders dei gruppi, ed eventualmente le esperienze che sono state fatte in questo campo ed i requisiti che si richiedono per queste persone. Per esempio se si richiede un'analisi personale, se si richiede un particolare tipo di training a livello di gruppo e via di questo passo.

BALINT:

Questo è molto importante; grazie.

Non abbiamo trovato ancora una risposta. Abbiamo fatto esperimenti per quindici anni ma non sappiamo ancora. Abbiamo provato con un certo numero di psicanalisti che sono anche psichiatri ed abbiamo pensato che sarebbe stato ottimo materiale da formare, da addestrare, ma per quasi la metà fu assolutamente inutile: abbandonavano il metodo perchè non lo trovavano abbastanza interessante e lo consideravano una perdita di tempo inutile. Vorrei aggiungere che alcuni di questi avevano avuto molta esperienza e un addestramento specifico nella terapia di gruppo. Ci sono tre équipes di psichiatri, psicanalisti e di terapia di gruppo; ma malgrado queste tre condizioni, alcuni si dimostrarono inutili. Dunque non sappiamo quale può essere il requisito principale. Oggi di solito noi facciamo questa formazione quando hanno già avuto una certa esperienza di psicoanalisi, di psichiatria o di terapia di gruppo; allora chiediamo loro di venire a partecipare a vari gruppi; di solito trascorrono almeno sei mesi in un gruppo.

Questo è il minimo di formazione necessaria. Come vi ho già detto, circa la metà scompare ad un certo punto ed anche l'altra metà, quando inizia il primo gruppo, perde la metà del gruppo. Apparentemente fare il leader per la direzione di un gruppo di medici in questo campo, è tutt'altro che facile e devo aggiungere io stesso che quando è incominciato era ancora peggio perchè perdevo il 60, 70 per cento dei partecipanti. Adesso le cifre sono migliori e non perdo più del dieci per cento in un anno, ma naturalmente ci sono voluti anni per imparare.

SELVINI A.

Il dottor Balint ci ha detto che bastano per un'intervista circa tre anni di frequenza in un gruppo da lui diretto per avere un discreto addestramento ai problemi psicologici. Io vorrei chiedergli: qual è il destino ulteriore d'un internista, d'un medico generico che abbia seguito questo training. Può costui continuare la sua attività senza l'appoggio di un gruppo? È lecito prevedere invece che anche dopo due, tre anni di addestramento dovrà, per tutto il resto della sua vita, rimanere agganciato ad un gruppo che lo sosterrà e lo guiderà ancora nella sua attività ulteriore? Ed in particolare vorrei chiedere al dottor Balint, che in questo campo ha acquisito ormai una esperienza di parecchi anni, qual è stato il destino

ulteriore, nella professione, dei medici generici che hanno lavorato con lui nei suoi gruppi di addestramento.

BALINT:

(I primi due-tre periodi non sono risultati comprensibili)

Non saprei dirvi quale dei due gruppi dovrebbe rendermi più orgoglioso e di quale dovrei vergognarmi. La difficoltà è più o meno simile a quella della chirurgia. Quando un chirurgo ha veramente imparato? Dopo due anni di pratica, dopo quattro anni o dopo quarant'anni di pratica? La risposta è impossibile: si tratta di sapere quali sono i principi, i criteri che applicate per misurare e valutare i risultati. Naturalmente un chirurgo può iniziare con interventi semplici dopo due o tre anni di esperienza e se è una persona coscienziosa che fa una autocritica, può svilupparsi sempre di più e può sempre migliorare; ma se è un tipo narcisista soddisfatto di sé e non ha una grande quantità di libido da investire nello sviluppo ulteriore, allora diventerà un chirurgo qualsiasi che fa degli interventi semplici, molto soddisfatto ugualmente e manderà i casi più difficili a qualche altro collega.

Vi sono gli stessi problemi nei nostri seminari. I nostri medici si sviluppano fino ad un certo punto, alcuni non vogliono continuare, altri hanno dei criteri molto più severi per valutare il loro lavoro: non vi è una regola generale. In giugno, luglio quest'anno abbiamo pubblicato un libro su questa esperienza; abbiamo fatto degli esami statistici su 220 medici durante la loro carriera: abbiamo descritto tutta la loro esperienza in una pubblicazione che si intitola « Studio dei medici » fatta da tre collaboratori e da me stesso.

LA FORMAZIONE DEGLI PSICHIATRI NELLA SITUAZIONE ITALIANA

Relazione del Gruppo milanese
per lo sviluppo della Psicoterapia

11 dicembre 1966

Premessa

A quattro anni di distanza dalla riunione in cui rendemmo per la prima volta esplicite le premesse dell'azione da compiere, la presente relazione rappresenta il frutto del lavoro del nostro gruppo dal 1960 ad oggi. Desideriamo ringraziare tutti coloro che ci hanno sostenuto in questi anni, partecipando alle nostre iniziative e condividendole. Essi hanno confermato la validità della via intrapresa e ci hanno dato fiducia: sono quindi tutti rappresentati in questo scritto. Le premesse teoriche ed i criteri metodologici seguiti nel corso della nostra azione sono stati da noi più volte comunicati. Non riteniamo utile ripeterci, per cui ci limitiamo ad esporre sinteticamente i problemi e le soluzioni prospettate ed in atto.

Ogni affermazione contenuta in questa relazione è rigorosamente documentabile. La ristrettezza del campo di indagine rende talvolta alcune di esse troppo collegate a casi particolari. Da un canto, era indispensabile far riferimento ad essi per trarne delle indicazioni di carattere generale. Dall'altro, speriamo che vengano raccolte, al di là delle polemiche, nel loro vero significato di indici sociopsicologici d'un particolare sistema in atto e del quale siamo tutti responsabili.

Anche il personalizzare le colpe, può costituire per tutti noi un facile alibi.

Posizione del problema

Curare psichiatricamente significa avere molti uomini capaci di farlo e quindi, dal punto di vista della spesa pubblica, compiere il principale investimento sulla loro formazione.

Il momento socioeconomico italiano attraversa la fase in cui l'interesse politico viene centrato sul problema della scuola e dell'assistenza sanitaria.

Nel settore psichiatrico viene istituzionalizzata la necessità di 5.000 nuovi tecnici entro i prossimi 15 anni. Ciò rappresenta una grossa operazione culturale.

L'attuale struttura di insegnamento universitario non è in grado di provvedere a questa formazione. Non è prevedibile, allo stato attuale, che sia in grado di provvedere in seguito, in quanto si muove entro una logica di potere da cui la cultura è esclusa per le caratteristiche stesse del sistema.

La istituzione di insegnamenti universitari di psichiatria è la conseguenza diretta di questa logica.

Gli ordinari di psichiatria hanno uno scarso potere operativo nelle rispettive sedi, ovvero, avendolo, lo adoperano in maniera perfettamente aderente alla logica del potere fuori dalla cultura.

Sostanzialmente, l'istituzione di insegnamenti universitari di psichiatria è servita a far sorgere vocazioni tardive in persone di formazione neurologica, più che a risolvere il problema dell'insegnamento della psichiatria in Italia. Restare all'interno di questa logica significa condizionare i prossimi trent'anni della psichiatria italiana.

Le scuole di specializzazione hanno un basso numero di ore di insegnamento sul piano formale, che si riduce ulteriormente in rapporto alle lezioni effettivamente svolte.

5.000 psichiatri in quindici anni significa che 300 medici all'anno dovranno indirizzarsi a questa specialità. Ciò significa far variare l'indice di scelta verso psichiatria dal 3 % al 15 %, a patto che si riesca ad arrestare la tendenza alla progressiva diminuzione dei laureati in medicina.

La spesa globale per l'assistenza psichiatrica supera gli 80 miliardi annui. Bisogna quindi decidere se questo capitolo importante della

spesa pubblica e della sofferenza umana debba o meno restare ancorato alla politica « culturale » di 28 persone, aumentabili a 44 quando esisterà la cattedra di psichiatria in ogni Facoltà di Medicina.

Si rende quindi necessaria una soluzione di emergenza basata sulle seguenti premesse:

1) Coinvolgere in una vera azione culturale tutte le energie attualmente disponibili in Italia, con il criterio generale della competenza specifica su argomenti interessanti la psichiatria, rinunciando alla mistificazione del Maestro onnisciente.

2) Rottura dell'equilibrio del sistema: questo ha già in sé le premesse per la rottura, in quanto il potere accademico medico può mantenersi su tre elementi: controllo assoluto dei posti di lavoro, dei titoli di specializzazione, delle libere docenze. L'istituzionalizzazione, per legge, della richiesta di mercato, mette in crisi questo potere in quanto gli Enti dovranno, nei prossimi anni, blandire i medici affinché restino negli ospedali psichiatrici e perderanno valore tanto il titolo di specialità, quando la docenza a scopo narcisistico-economico.

Una adeguata azione sulla opinione pubblica per la demistificazione dei titoli, a favore della reale competenza, unitamente al dato di fatto che il lavoro psichiatrico è basato su un rapporto prolungato col paziente, daranno possibilità alle qualità personali e di formazione di emergere al di là del titolo.

3) Una operazione d'opinione che renda questo problema di interesse pubblico, creando sufficienti motivazioni per la scelta professionale psichiatrica. Uscendo dalla retorica della missione del medico, è necessario adoperare tutte le tecniche del moderno intervento psicosociale. Un bilancio di 80 miliardi annui giustifica tale spesa e l'uso di tali servizi. Ciò per porre il problema in termini economici. In termini umani ciò che viene abitualmente fatto per i prodotti industriali può essere fatto per gli uomini.

Naturalmente, questi problemi sono gli stessi della medicina in generale: nel 1970 avremo bisogno di 130 mila medici, ne abbiamo 85 mila, se ne laureano 2500 all'anno. Nel settore psichiatrico questo fattore viene istituzionalizzato, per cui il punto di rottura è immediato. Per la medicina, resta ancora una indicazione programmatica che permette il permanere della cecità di fronte al problema e l'uso dei soliti alibi ancora per qualche anno. Ma è probabile che anche nel settore

medico tra un pò non avremo più il problema della conquista del posto.

Prospettive di soluzione

Per quanto riguarda il punto 1°, la situazione è la seguente: dentro e fuori dall'ambiente accademico esiste un sufficiente numero di persone che hanno abbastanza esperienza e conoscenza di specifici problemi di psichiatria, psicologia, psicoterapia, neurologia, e quindi in grado di trasmetterli ad altri. Anche in coloro che sono stati costretti, per percorrere i difficili passi della carriera, a fingere più interessi ed a pubblicare decine di lavori, esiste un angolo della propria cultura, preparazione e coscienza che è passato attraverso le mistificazioni. Generalmente, nella situazione di fatto, questo è l'angolo più frustrato, e resta l'isola verso la quale si sogna di tornare una volta « sistemati ». E alle migliaia di questi angoli che si rivolge il nostro appello, affinché venga valorizzata subito proprio quella parte che ci riservavamo come interesse per la vecchiaia. Bisogna coinvolgere nella responsabilità di trasmissione di cultura tutti coloro che hanno potuto e saputo conservare dentro di sé questi angoli.

Per il punto 2°, la situazione di equilibrio può essere rotta in forma immediata, spostando l'asse del potere sugli ospedalieri. Ciò non significa che questi, in assoluto, siano migliori degli accademici, in quanto a tutt'oggi sono coinvolti nella stessa logica, ma soltanto che si verrebbe a rompere la situazione cristallizzata ed a crearsi finalmente una dialettica nella quale potranno emergere nuove forze. È necessario che gli ospedalieri realizzino che, soprattutto in psichiatria, il potere effettivo è nelle loro mani. Crollato il sistema dei concorsi di fronte alla istituzionalizzazione del fabbisogno di tecnici, essi possono realizzare fin da oggi una redistribuzione del potere. Su questo punto torneremo in seguito per esaminarlo più a fondo.

Passiamo ora alla presentazione di un piano concreto per ottenere questo scopo. Lo faremo presentando il piano tipo dell'Amministrazione Provinciale di Sondrio, ed illustrandone successivamente le possibilità di applicazione in Italia. In tal modo il nostro discorso perde l'aspetto velleitario o programmatico, presentandosi attraverso la traduzione in realtà della logica da noi affermata.

Prospetto per l'istituzione di una struttura di aggiornamento per medici nell'ambito ospedaliero psichiatrico

- 1) Istituzione di n. 8 borse per l'addestramento di giovani medici, di lire 1.000.000 annue più vitto e alloggio. 2 mesi di vacanze annue per permettere la frequenza presso quelle scuole di specialità Universitarie che non richiedono la frequenza annuale per il conseguimento del diploma. Questi medici si impegnano a lavorare in reparto per tre ore, per cinque giorni settimanali, per 44 settimane.

Totale ore lavorative = 5.280.

- 2) Istituzione di seminari interni di aggiornamento: tre ore al giorno per cinque giorni settimanali per 40 settimane.

Totale: 600 ore di seminario ripartite nel seguente modo:

1 pomeriggio settimanale per gruppo di discussione di casi;

4 pomeriggi per seminari teorici.

Questo lavoro prevede una équipe qualificata ed un tecnico di gruppo.

Ciascun membro dell'équipe farà tre ore di seminario per ogni presenza. Il gettone di presenza è di L. 50.000, più le spese di viaggio.

Uno dei seminari sarà di metodologia generale della ricerca socio-psichiatrica, articolato in una parte teorica ed in una parte pratica, ad esempio una ricerca di campo sull'atteggiamento sociale verso la malattia mentale. Ciò permette di ottenere dei dati sulla struttura ambientale utilizzabili dal punto di vista dell'igiene mentale. A titolo esemplificativo, il costo di una ricerca di tale tipo, commissionata ad una équipe specializzata, per una provincia come Sondrio, è da calcolare in L. 8.000.000. Essa rientrerebbe invece nel lavoro di routine del gruppo di medici assistiti dal sociologo.

- 3) Se ognuno dei medici, in rapporto al lavoro che potrà svolgere presso i pazienti, riuscirà a dimettere quattro ammalati per un anno, avrà pagato il proprio costo di formazione.

Previsione di spesa

N. 8 borse × L. 1.000.000	L. 8.000.000
Vitto e alloggio per 8 persone, base 300 gg.	
— vitto (come per i medici assistenti O.P.P.)	
gg. 300 × L. 900 × 8 persone	» 2.160.000
— alloggio: una salariata per pulizia camere, servizio mensa, soggiorno, aula di lavoro, ecc. .	» 1.500.000
Pulizia e deperimento L. 20.000 × 8 persone .	» 160.000
Gettone presenza seminari: 40 settimane . . .	» 10.000.000
Spese di viaggio: AR Sondrio-Milano, I classe .	» 700.000
Spese di amministrazione e segreteria (bando di concorso, esame di ammissione, materiale scientifico, comitato supervisione, spese varie, e impreviste, ecc.)	» 2.480.000
Totale	L. 25.000.000

I punti fermi che caratterizzano questa forma di addestramento sono:

- 1) Il gruppo di discussione di casi tipo Balint.
- 2) L'inserimento del sociologo e la effettuazione di una ricerca all'anno in gruppo, che può essere coordinata con quella di altre zone, ove l'operazione assumesse carattere estensivo.
- 3) Il gruppo di lettura di testi fondamentali delle varie materie.

Per la restante parte è prevista una ripartizione tradizionale di materie, secondo il seguente schema generale:

N. 600 ore di seminario in 200 pomeriggi: 5 pomeriggi $\times$ 40 settim.

Attività di gruppo tipo Balint 40 pom. = 120 ore = 20% del tot.

Sociologia	20	»	=	60	»	=	10%	»	»
Gruppo di lettura	20	»	=	60	»	=	10%	»	»
Argomenti di psichiatria	50	»	=	150	»	=	25%	»	»
Argomenti di neurologia	20	»	=	60	»	=	10%	»	»
Argomenti di psicologia	10	»	=	30	»	=	5%	»	»
Argomenti di psicoterapia	40	»	=	120	»	=	20%	»	»
Totali generali	200 pom.			600 ore			= 100%	»	»

In questo piano, la ripartizione degli argomenti è stata fatta su una équipe di 40 persone. La media di presenza a Sondrio, per ogni membro dell'équipe, è di 15 annue, leggermente superiore cioè ad una presenza mensile. Ciò comporta un disagio di entità trascurabile per l'équipe e la mette in condizione di funzionare per 4 ospedali contemporaneamente, con l'impegno di lavoro medio di 1 pomeriggio settimanale per ciascun componente di essa.

Il progetto viene qui presentato in forma schematica, dovendo fornire delle indicazioni di carattere generale: i particolari possono essere eventualmente esposti nel corso della discussione.

Un sistema di questo tipo comporta una serie di problemi tecnici da risolvere in ogni situazione particolare. Uno di essi si presenta però con caratteristiche conflittuali generali, e pertanto va esaminato subito: quello dei rapporti tra il nucleo dei giovani medici e il personale medico già esistente nell'ospedale. Tale problema può essere risolto nel seguente modo:

1) Coinvolgendo il personale medico già inserito, nella conduzione di seminari teorici, a seconda delle competenze specifiche reali.

2) Rendendo il Gruppo Balint attività di routine per tutti i medici dell'ospedale, secondo le modalità da noi esposte nella giornata di studio dello scorso anno. Esso può rappresentare il punto di convergenza e di soluzione dei conflitti, ed a tal scopo il tecnico di gruppo, con una presenza settimanale di 3 ore, può seguire 2 gruppi per 1,30 h.

3) Lasciando libera la partecipazione ai seminari al personale medico già inserito, in modo da evitare fenomeni di esclusione e conflitti tra gruppi.

Un'operazione di questo genere deve necessariamente responsabilizzare tutta la struttura nell'ambito della quale viene effettuata.

Portata generale del progetto

Prendiamo ora in esame le caratteristiche di realizzabilità di questo progetto tipo in Italia.

1) Il costo globale dell'assistenza psichiatrica in Italia è di 80 miliardi annui circa.

2) La realizzazione del piano tipo in 40 sedi ospedaliere comporta una spesa apparente di 1 miliardo annuo, e cioè dell'1,2 % del bilancio totale. La spesa reale risulta inferiore in rapporto alla diminuzione delle presenze ospedaliere che la immissione di nuovi medici nella struttura comporta.

3) 10 équipe tipo di 40 elementi possono servire 40 ospedali.

4) In Italia esistono 400 persone, con conoscenza di argomenti delle materie di interesse psichiatrico, in grado di essere utilizzate per questa operazione.

5) Il piano può essere realizzato in tutte le sedi ospedaliere raggiungibili entro tre ore da Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo, Catania. Non vi sono attualmente altre città in cui reperire contemporaneamente elementi qualificati per i settori psicologico, psicoterapico e sociologico.

6) Sono necessari, per la realizzazione completa, 20 tecnici di gruppo con esperienza specifica di questo tipo di lavoro. Attualmente in Italia ne esistono 11. Entro due anni si può raggiungere il numero sufficiente di tecnici.

7) L'inserimento, in media, di 8 nuovi medici all'anno in ciascuna struttura di addestramento, permette di coprire in 15 anni il fabbisogno.

8) La creazione di queste strutture nell'ambito ospedaliero ha una precisa dimensione tecnica, al di là della crisi dell'università: esse infatti rappresenterebbero una modalità di esercizio dell'assistenza psichiatrica, oltre alla funzione di addestramento esplicata nel primo anno. Essendo la struttura universitaria al di fuori del problema dell'assistenza psichiatrica, inteso globalmente, potrebbe svolgere, anche accettando questa formula per l'insegnamento, soltanto una funzione scolastica, ma non provvedere, restando nei propri limiti istituzionali, a coprire tutto l'arco di inserimento del nuovo medico nella struttura assistenziale. È necessario precisare che noi non sosteniamo che in un anno si può preparare uno psichiatra. Siamo di fronte ad un problema di emergenza, per cui la soluzione è una soluzione di emergenza. L'anno di frequenza serve a dare gli elementi della preparazione teorico-pratica: il lavoro di gruppo, istituzionalizzato in tutte le strutture assistenziali, costituirebbe la sede, negli anni successivi e dovunque andrà ad inserirsi il giovane medico, del continuo aggiornamento e del completamento formativo. Una prospettiva del genere è effettivamente realizzabile, e da preferirsi al progettato aumento a quattro anni del corso di specializzazione in psichiatria, che oltre ad essere fuori dalla realtà, nell'attuale sistema resterebbe un episodio formale di maggior durata e non una soluzione del problema.

Prospettiva di soluzione formale istituzionalizzata

- 1) Il problema diventa di interesse pubblico.
- 2) Vengono investiti di esso il Ministero della Sanità, il Ministero della Pubblica Istruzione, il Ministero dell'Interno, le Amministrazioni Provinciali.
- 3) La struttura accademica collabora alla realizzazione del piano

con tutte le proprie energie, accettando la nuova logica prospettata.

4) I tempi tecnici ideali di attuazione del piano, nel caso di una accettazione istituzionale, vanno calcolati in 2 anni.

Prospettiva di soluzione informale

1) Gli ospedalieri e gli universitari che accettano la soluzione provvedono alla realizzazione secondo la formula tipo in tutte le zone ove è possibile interessare in forma diretta le Amministrazioni Provinciali. La esiguità della cifra richiesta può rendere il compito abbastanza facile.

2) In tal caso è impossibile attualmente prevedere i tempi tecnici di esecuzione.

Ove si possa realizzare la prima soluzione, non si pongono problemi formali. Nel secondo caso, va tenuto presente il seguente fattore:

Non è possibile alcun attacco sul piano della legalità di una tale attività: avranno notato che non è mai stato adoperato il termine insegnamento. Essa può rientrare nei normali servizi di consulenza di cui un ospedale è autorizzato a servirsi. Si elude quindi lo pseudo-problema che la funzione didattica compete esclusivamente all'Università. Il problema sarà soltanto se l'Università vorrà o meno restar tagliata fuori dall'attività di assistenza psichiatrica.

Possibili reazioni all'attuazione del piano

1) Esiste un rischio generale connesso ad ambedue le soluzioni: che cioè la logica del sistema tradizionale se ne impossessi. Questo rischio è solo apparente, in quanto, per i primi anni, il numero di medici che si orienteranno verso questa scelta sarà molto inferiore al fabbisogno. Sarà quindi facile farli dirigere verso le sedi dove saranno i migliori esperti, agendo sulla motivazione culturale, che nei

giovani ha ancora molta presa. Per la prima volta si potrà realizzare un clima di libera concorrenza culturale ed orientare la competizione in maniera produttiva.

Naturalmente, in questo caso l'operazione andrà seguita con adeguati strumenti di diffusione culturale. Possiamo anticipare che molti di essi sono già pronti. Essa però ci responsabilizza tutti nell'opera di segnalazione e denuncia delle situazioni in cui tenderà a riproporsi il vecchio sistema. Fuori della paura magica, sarà possibile intervenire tempestivamente, per lo meno marginalizzando le situazioni spurie che potranno crearsi, mediante un'azione d'opinione a carattere continuativo.

2) La reazione accademica può essere di tre tipi:

a) di irrigidimento totale: alcuni esempi in questo senso si sono già avuti nel negare la possibilità di fare gli esami di specialità, o nel creare difficoltà, ai colleghi che si vanno a preparare all'estero. Negli ultimi tre anni ne abbiamo personalmente sistemati 35 in strutture ospedaliere ed universitarie straniere. Alcuni elementi chiaramente identificabili della struttura accademica tentano di provocare questo irrigidimento anche nei titolari di quelle sedi ove è concessa la possibilità del titolo accademico ai medici che entrerebbero nelle nuove strutture da noi prospettate. È però l'unica forma di potere che il sistema può esercitare. Esso non ha alcun valore operativo, in quanto il fabbisogno è tale da togliere ogni validità al titolo istituzionale a qualsiasi livello;

b) di irrigidimento parziale: è la reazione attualmente più prevedibile, in rapporto ai nostri dati. Molti accademici soffrono almeno quanto tutti noi della logica in cui sono costretti ad operare. Non tutti vivono ogni atto della loro giornata in termini di sottogoverno e sottopotere personale. Si potrà pertanto creare una frattura nell'ambito del sistema. I più aperti saranno i leaders della situazione futura e diventeranno il punto di riferimento dei giovani. Nessuno avrà difficoltà a riconoscerli come tali, in quanto il problema non è la lotta reattiva all'istituzione accademica ma il recupero della parte migliore di ciascuno, nella possibilità di un dialogo nuovo, con precise responsabilità verso coloro che verranno dopo di noi;

c) di totale partecipazione: questa soluzione, forse ipotetica ancora per qualche anno, potrà realizzarsi. Sarebbe la migliore, ma impe-

gna tutti a collaborare per la creazione dei mezzi di difesa dai tentativi di strumentalizzazione nel senso dianzi accennato.

3) Nell'ambito ospedaliero, il problema principale è di superare la paura. I più svantaggiati, nella fase iniziale, sono i direttori incaricati, in quanto su di loro può essere esercitata ancora una effettiva pressione attraverso lo strumento concorsuale. Per loro, si tratta di attendere qualche anno e di evitare per ora di esporsi. I direttori effettivi non corrono alcun rischio: nel sistema da noi proposto la loro base contrattuale è enormemente allargata. Il problema va risolto all'interno delle rispettive Amministrazioni Provinciali.

4) Le Amministrazioni Provinciali. Nel giugno del corrente anno, ad un convegno di Amministratori, svoltosi a Torino, sono stati presentati alcuni aspetti del nostro piano. L'accoglienza è stata in linea di massima favorevole, e l'ambiente è maturo per porre in atto operazioni di questo tipo. Gli amministratori desiderano la prospettiva di soluzioni concrete. Può essere indicativo che a Sondrio, la commissione per l'esame del piano, nominata dal consiglio provinciale ed in cui erano rappresentati tutti i partiti, ha approvato il piano all'unanimità.

La situazione di Sondrio può essere indicativa anche per altri aspetti:

1) Si tratta di una provincia povera, fuori dal giro tradizionale di potere, e perciò è stata subito in grado di cogliere la nuova logica.

2) È stata una provincia che già da anni ha fatto le spese dell'aumento del fabbisogno di psichiatri, con gravi difficoltà per il reperimento di nuovi elementi qualificati.

3) Ha un direttore ospedaliero giovane, fuori dalle paure tradizionali.

Altre Amministrazioni Provinciali, di gran lunga più ricche, ma condizionate al sistema, hanno fatto enormi investimenti nel settore psichiatrico, compiendo l'errore di potenziare soluzioni tradizionali senza preoccuparsi del problema della formazione di uomini. Da un canto, non si possono incolpare dei politici di mancata informazione, in quanto il richiedere aiuto a persone più qualificate sul piano formale impediva loro di cogliere l'essenza dei problemi. Dall'altro, la dimensione macroscopica di queste province, con le caratteristiche di buro-

cratizzazione che implica, ha impedito di rivolgersi a sorgenti informali e provoca in genere un appesantimento nel cercare nuove soluzioni.

Sostanzialmente, dobbiamo distinguere tra una vera avanguardia, spinta dalla necessità ad affrontare in maniera intelligente e meno costosa i problemi, ed una pseudo-avanguardia, basata sul senso di potenza derivante dalle enormi disponibilità finanziarie, e che troppo spesso investe in edifici ed apparecchiature perchè non ha bisogno di tener conto del fattore umano.

Si pone per queste province una precisa scelta:

a) continuare negli investimenti tradizionali, senza cogliere il significato generale della fuga di elementi qualificati tanto dalle loro strutture assistenziali che dalle strutture universitarie avvenuta nel corso degli ultimi anni, e continuando a considerarle dei casi personali, anzichè dei segni di estrema importanza dal punto di vista sociologico. Come lo sono, all'inverso, i sempre più frequenti esempi di giovani che, abbandonando buone prospettive economiche o di carriera, si sono recati a lavorare in sedi ospedaliere dove sono in atto da tempo soluzioni d'avanguardia;

b) adoperare il loro maggiore potere finanziario orientandolo verso nuove soluzioni. Siamo certi che i politici desiderano soluzioni adeguate: si tratta di fornir loro delle precise indicazioni.

Riepilogo e conclusione

Riepilogando i punti principali, ci si trova di fronte la seguente situazione:

- 1) Esiste un problema istituzionalizzato di formazione di tecnici.
- 2) La struttura attualmente esistente non è in grado di formarli, per ragioni intrinseche alla sua stessa modalità di funzionamento.
- 3) Esiste una possibilità concreta di affrontare il problema e risolverlo.
- 4) Questa possibilità è realizzabile con un costo apparente minimo e con un costo reale ancora più basso. La maggiore difficoltà

consiste nel motivare 300 laureati in medicina all'anno ad indirizzarsi verso la professione psichiatrica.

5) È necessario scegliere al di fuori di ogni alibi: rinunciare alla soluzione del problema, confermando il sistema per il motivo stesso su cui si regge, e cioè per paura, ovvero negarlo e ristrutturarlo su nuove basi. Nel primo caso, sarebbe una implicita negazione l'aver risolto il problema in una delle nostre province con minori mezzi finanziari a disposizione.

6) La soluzione prospettata è la risposta ad una esigenza della realtà, raccolta dalla base e che spinge ad un nuovo equilibrio in cui ciascuno diventa responsabile del proprio ruolo educativo. Va quindi considerata, al di là della possibilità di attuazione pratica, che potrebbe, ad esempio, cristallizzarsi nei prossimi dieci anni, nel suo significato di modo d'affrontare i problemi.

A nostro parere, non a caso il momento critico della situazione medica si presenta nel settore psichiatrico, il più umano della sofferenza ed il più trascurato. Se un messaggio ci trasmette lo studio psicologico profondo dell'uomo, è che la soluzione di un conflitto può avvenire soltanto accettando di mettersi in crisi quale premessa alla coscienza di sè. La crisi d'un sistema, cui tutti abbiamo pagato il nostro tributo, emerge nell'affrontare la realtà della sofferenza psichica, espressione dell'uomo che cerca se stesso.

Faccio un'aggiunta che potrebbe essere utile per chiarire un punto emerso stamattina nel discorso di Garavaglia. Garavaglia ha detto: qui mancano gli interlocutori, cioè mancano quelli a cui è rivolto questo discorso. Teniamo presente che questa è la prima di una serie di azioni che verranno compiute in seguito. Abbiamo preparato una lettera che vi leggo e che verrà spedita domani mattina assieme al testo della relazione; la lettera è diretta a tutti i cattedratici italiani ed è formulata in questo modo:

« Chiarissimo professore, alleghiamo alla presente la relazione da noi letta nella giornata di studio sulla formazione dello psichiatra, svoltasi ieri a Milano e di cui a suo tempo Le abbiamo inviato il programma. A tale giornata hanno preso parte oltre 300 psichiatri e psicologi d'ogni parte d'Italia. Speriamo vivamente che possa dedicare ad essa la sua cortese attenzione e che voglia, al di fuori della polemica che emerge dalla semplice descrizione della realtà, considerarla come un appello di giovani, quali noi siamo, a coloro da cui possiamo ancora attenderci qualcosa nell'ambito d'un dialogo costruttivo per la realtà psichiatrica di domani ».

Per quanto riguarda l'invito agli accademici, esso è stato mandato a tutti quanti; abbiamo considerato questa una operazione democratica, che doveva coinvolgere tutti nello stesso modo quindi non sono stati fatti degli inviti particolari.

Due cattedratici hanno risposto; non vi faccio i nomi, uno è una persona anziana; io mi sono sentito in dovere di inviare a tutti e due una lettera in cui spiegavo i termini in cui si sarebbe svolta la riunione, dicendo che non ci sentivamo di coinvolgerli, nel momento in cui sarebbe stata letta la relazione, a dovere essere gli unici rappresentanti di un sistema e quindi ad essere costretti a dover fare i difensori di ufficio. Oppure anche limitandosi a fare qualche critica marginale a questo tipo di piano, e critiche ne possono esser fatte moltissime, perchè si tratta d'un piano indicativo, d'uno studio indicativo al quale si possono fare molte critiche, automaticamente avrebbero assunto la funzione di difensori del sistema, e non è giusto personalizzare la situazione. Il problema va visto in chiave più generale e non ci sentivamo su un piano di lealtà, di coinvolgere soltanto determinate persone.

PORTA

Io sento il dovere di prendere la parola, anche se non ho molto di originale e di nuovo da dire. Ho il dovere soprattutto di ringraziare Galli per il suo atto di coraggio e di civismo, dimostrato questa volta come del resto già tante altre volte.

Ho preso la parola perchè spero anche di rompere il ghiaccio ed indurre altri a partecipare alla discussione, discussione che evidentemente non potrà portare a dei risultati definitivi.

Il piano che ci ha esposto Galli, è un piano che ci sorprende per la sua vastità, per la profondità con la quale è stato preparato e speriamo per i risultati ai quali porterà. Quindi è utile che ciascuno porti, nel proprio

ambito di attività professionale, quel contributo che fin d'ora può essere formulato.

Per conto mio, non credo di avere dei quesiti, delle proposte speciali, dei punti di vista particolari. Devo rinnovare l'apprezzamento all'opera di Galli, il quale veramente affronta quello ch'è stato il dramma di numerose generazioni di neurologi e, diciamo meglio, di psichiatri: e vedete fino a che punto siamo invischiati. Dovendo parlare del dramma degli psichiatri, ho messo per prima la parola neurologo perchè il mio dramma è proprio quello, mirando alla psichiatria, di avere avuto una formazione neurologica e poi di essere, nelle tempeste della vita, continuamente sballottato dai poli opposti della neurologia e della psichiatria.

Non è il caso qui di portare delle argomentazioni storiche; è veramente il caso di mettere in evidenza che l'iniziativa di Galli mira a rompere una situazione incantata che si trascina da decenni, direi quasi, da secoli; e veramente si intravede per questa via la possibilità di riabilitazione della psichiatria in Italia, una riabilitazione alla quale la recente istituzione di cliniche psichiatriche, purtroppo, non ha portato nessun contributo. Dobbiamo riconoscere che in gran parte è stata una delusione vedere che queste cliniche sono state affidate per la massima parte a neurologi e che queste cliniche hanno, per il momento almeno, lo scopo di ottemperare ai soliti giochetti elettorali dei clinici universitari, piuttosto che alla formazione di nuove leve di psichiatri.

Riguardo al mio contributo personale alle proposte di Galli, in base alla mia esperienza, devo far rilevare le difficoltà di creare uno stato d'animo diffuso in tutta la popolazione, un'apertura rispetto ai problemi organizzativi della psichiatria. La psichiatria è di moda e non ho bisogno di citare esempi, di citare fatti a sostegno di questa affermazione. Però tutto quanto riguarda l'attività pratica della psichiatria nella vita sociale, incontra ancora oggi un grado elevatissimo di incomprensione. Potrei citare quello che è avvenuto a Milano nel giro degli ultimi vent'anni.

A Milano l'Amministrazione Provinciale, nella speranza di diminuire l'enorme numero di ammessi all'ospedale psichiatrico, ha fatto una convenzione con l'Ospedale Maggiore per cui l'ospedale si impegnò ad esercitare un'azione di scelta, un'azione di setaccio fra i casi che si presentassero in condizioni di soccorso psichico acuto. Questa istituzione è stata accolta con grande successo dalla popolazione. Tutti conoscono a Milano i fasti e i nefasti del reparto neuro-deliri dell'ospedale, per un certo periodo diretto anche da me e che ho avuto perlomeno il merito di eliminare quell'orribile titolo e di fare accettare una qualifica più civile come quella di reparto psico-patologico. Ma proprio quelle amministrazioni ospedaliere che avevano dimostrato un atto di lungimiranza accettando questo nuovo coordinamento, all'atto pratico e nel susseguirsi delle successive amministrazioni, hanno dimostrato di non essere per niente pari all'importanza del compito. Mentre la cittadinanza esigeva sempre di più che il servizio venisse esteso, venisse potenziato, nonostante gli inconvenienti a cui aveva dato luogo la ristrettezza di mezzi, di locali in cui si espletava, le amministrazioni, ben lungi dall'aprire nuove vie e nuove possibilità, hanno sempre mirato a restringere

l'attività del reparto.

Non voglio dilungarmi eccessivamente su questa cronistoria locale (per quanto importante, riguardando una città come Milano che dovrebbe essere all'avanguardia della nazione) e la cito semplicemente a titolo delle difficoltà e delle incomprensioni che un'opera, come quella testé iniziata da Galli, potrà trovare sulla sua strada. Mi pare quindi necessario svolgere un'azione di propaganda a livello non solo delle sfere ufficiali, ma anche a quella dell'opinione pubblica e soprattutto di quella opinione pubblica qualificata e differenziata ch'è rappresentata, in modo particolare, dagli amministratori.

GALLI

Su questo punto, faccio osservare che noi siamo partiti come nazione sottosviluppata, in cui i problemi più importanti erano la soluzione dei bisogni primari. Ora stiamo attraversando la fase caratteristica delle società in evoluzione, in cui diventano problemi importanti e su cui ci si gioca la carriera politica, la scuola e la salute pubblica. I politici che ora cominceranno, e che già cominciano ad interessarsi di questi problemi e se ne dovranno interessare in futuro, appariranno senz'altro ad una leva molto differente da quella che se ne è interessata finora. Di questo va tenuto conto, perchè nel quadro di una evoluzione generale, questi sono i punti fondamentali su cui si giocheranno le prossime carriere politiche. Quindi il livello di sensibilizzazione a questi problemi progressivamente tenderà ad aumentare proprio per un dato specifico della evoluzione socioeconomica. Siamo in un momento che direi positivo, da questo punto di vista.

MAIORANA

Mi sembra interessante chiarire qui, fra di noi, il motivo per cui i titolari di cattedra di psichiatria non partecipano a questa discussione, a parte la politica di potere.

Io ritengo che il motivo sia legittimo, poiché gli psichiatri italiani sono dei neurologi, l'ha detto Porta. Sono cioè dei neurologi, di formazione medico-neurologica e non psichiatrica, in quanto la possibilità che hanno avuto, come molti di noi non più giovani, di formarsi in senso psichiatrico, è stata loro negata. Il problema quindi è questo: che in Italia la possibilità di essere formati in senso psichiatrico non c'è. Io non so se il progetto di Galli sia effettivamente valido fino al punto da determinare una rottura della situazione, perchè io penso che, come è stato difficile per gli psichiatri formarsi in senso — data la loro formazione neurologica — psichiatrico, così sarà anche per gli altri, anche più giovani medici. Infatti la formazione che i giovani ricevono è, sotto un punto di vista di teoria psicologica, esclusivamente formazione condizionata strumentalmente verso la risposta neurologica. Non c'è posto per la risposta psichiatrica. La risposta che può dare il medico italiano è solo organicistica, egli non può dare nessuna interpretazione di natura psicologica. Ritorna il problema che la psicologia non viene ancora insegnata ufficialmente ai medici. Ecco perchè il problema è molto complicato ed è giusto che venga posto nella direzione giusta, cioè nel senso della formazione. Formazione significa possibilità di dare un insight, una risposta di comprensione intima nel senso psicologico; ma i medici italiani ancora non hanno questa possibilità: questa è la verità.

GALLI

In linea di massima sono d'accordo con quanto ha detto Maiorana. C'è un punto però che dobbiamo tener presente, perchè altrimenti ricadremmo anche noi nella stessa logica del sistema: focalizzare il discorso sul problema organicista o non organicista, formazione neurologica o meno, è una delimitazione del problema. Il problema invece investe tutto il nostro sistema pedagogico, il nostro sistema d'insegnamento; il problema, cioè, non è che il cattedratico sia o meno di formazione neurologica.

Il problema è che ognuno accetti una logica differente, che venga perduta la mentalità del Grande Maestro. Sostanzialmente, qual'è stata l'evoluzione della situazione psichiatrica dal punto di vista della cura? Fino a quando lo psichiatra non aveva mezzi di cura a disposizione aveva poche possibilità di curare. Era logico che il pubblico in genere, i cosiddetti « clienti », si rivolgesse al cosiddetto « grosso nome », che poteva fare la stessa cosa che avrebbe potuto fare qualsiasi altro, cioè poco o niente.

Oggi il problema si è spostato, per le caratteristiche stesse della evoluzione della possibilità di cura in psichiatria, oggi esiste una gamma ampia di possibilità di cura; questa ampia gamma viene filtrata attraverso la persona dello psichiatra. Quindi la gamma di possibilità professionali si è allargata a tutti i livelli; ciò determina una maggiore possibilità d'inserimento per tutti, che deve coincidere con una nuova logica dell'insegnamento basata innanzitutto sulla formazione personale. Constatiamo continuamente che non esiste nessuna materia che possa essere insegnata da una sola persona. Quindi il problema è di una distribuzione di compiti e di una distribuzione di materie d'insegnamento in cui ci sia campo per tutti; non si porrà più il problema dell'essere organicista o non organicista, cosa che sarebbe appunto una delimitazione, un voler vedere un solo aspetto del problema; è necessaria una logica dell'insegnamento nella quale vengano coinvolti tutti in rapporto al criterio generale delle competenze specifiche.

Penso che così si vada su caratteristiche più generali, rispetto al focalizzarci sul cattedratico di orientamento organicista. Oggi, in una struttura d'insegnamento moderna, qualsiasi essa sia, la figura del cattedratico, del cosiddetto cattedratico, non esiste più: deve esistere una figura di organizzatore di cultura, che sappia organizzare una scuola servendosi della serie di persone, del numero più alto di persone in grado di trasmettere cultura e di insegnare.

Questo è il centro del problema, più che quello della tradizione organicista o meno italiana. In fondo, il fatto che questa tradizione si sia mantenuta è dipeso dall'esser stata strumentalizzata una determinata posizione di valore per mantenere una posizione di potere.

Il problema fondamentale è di creare una alternativa.

In fondo, chi dice « sono organicista » non sa neanche che cosa dice, perchè il medico, in genere, non ha le premesse epistemologiche per capire quello che fa o dice; quindi dice « sono organicista » come se dicesse « vado al cinema ». E necessario questo chiarimento; altrimenti corriamo il rischio di formulare un'alternativa in termini di potere tra organicisti e psicogenetisti; non esiste questo problema in psichiatria: esiste un determinato tipo

di strumenti a disposizione per la cura e la conoscenza del malato psichiatrico. Dicevo prima, per esempio, che è un fondamentale problema tecnico, quello dell'insegnamento attraverso le università o meno. Come tutti gli psichiatri sanno, il problema dell'assistenza psichiatrica oggi va molto al di là di quello che può essere il rapporto e la conoscenza psico-patologica di poche decine di pazienti. Investe una serie di problemi di struttura dai quali l'università è materialmente tagliata fuori. Quindi esiste una precisa indicazione tecnica perchè venga fatto in altro modo l'insegnamento.

Müller stamattina sosteneva che alla base deve esserci una struttura accademica. Questo è vero in parte, ma egli parla in una situazione storica differente, in cui la clinica psichiatrica coincide con l'ospedale psichiatrico e deve interessarsi a tutta la gamma dei problemi dell'assistenza psichiatrica.

Qui da noi, psichiatria accademica a tutt'oggi cosa significa? Qual'è la cosa, in fondo, meno impegnativa ideologicamente, apparentemente più semplice da studiare e che può soddisfare di più un certo Super-Io culturale?: la fenomenologia. Avremo una decina di fenomenologi dell'ultima ora, variamente dislocati e che avranno letto qualche libro in più, ma non certo dei conoscitori dell'assistenza psichiatrica.

Noi parliamo del problema dell'assistenza al malato psichiatrico e del tipo di insegnamento per formare le persone a questo fine. Quindi il problema non è di criticare la struttura accademica in quanto tale. È una indicazione tecnica che la formazione dei nuovi quadri non venga fatta nell'università. Non è solo una connotazione polemica del mio discorso.

ANCONA

Desidero prendere brevemente la parola su quanto si sta svolgendo nella nostra seduta, perchè certamente vi sono degli alterni sentimenti in tutti quelli che ascoltano e vorrei chiarire un aspetto di questi sentimenti. Quanto è stato oggi proposto ha veramente un aspero rivoluzionario, ed io ritengo che anche la mancanza di immediata risposta, che ha cercato di essere spezzata dall'intervento del prof. Porta e poi dagli altri che sono intervenuti, ma che non ha ancora creato un vivo dibattito, viene dalla sensibilità a questo aspetto rivoluzionario che il progetto comporta, non soltanto per la cultura e l'insegnamento psichiatrico, ma per l'intera classe insegnante universitaria in Italia oggi.

Voi avete visto che il mio nome compare in quella lista e siccome è l'unico nome di un cattedratico italiano, io ho ritenuto mio dovere porre il problema di questa partecipazione e di venirla a giustificare. Io so che con questo atto si è creata una frattura nel seno dell'università italiana, visibile o invisibile che essa sia in questo momento, che si approfondisca o non si approfondisca nel futuro, questo non importa; ma una frattura esiste; esiste per il semplice fatto che, siccome questo progetto viene dal basso, si può dire che viene da coloro che sono più a diretto contatto con le esigenze delle malattie mentali e che cercano di incontrare le esigenze stesse in un modo moderno, in un modo dinamico. Questo stesso fatto urta decisamente contro una logica ormai strutturata rigidamente e del tutto negligente di questi aspetti. Galli ha parlato di strutture di potere, è

vero e non è struttura di potere soltanto nell'ambito psichiatrico, ma è struttura di potere nell'ambito dell'intera università.

Esiste una sfuggente e sotterranea dinamica che vige nelle facoltà di medicina e certamente in tutto l'ambito universitario. La situazione che sto affrontando è questa: io sono stato commosso nel vedere l'esultanza e l'applauso che ha coronato l'orazione finale che Galli ha letto. Però è anche necessario che noi fronteggiamo la realtà nella sua sostanza, trattandosi di una azione che non mira, auspica caso mai, che si possa muovere, con una convinzione, con una persuasione progressiva, la situazione attuale, ma di per sé non mira ad operare questo cambiamento, non può nemmeno operare questo cambiamento in un modo molto ampio. Essa deve agire a guisa di rottura: chi abbraccia questo programma si trova inevitabilmente su una posizione di pioniere che viene accerchiato, viene perseguitato dalla reazione concorde di molti. Io ritengo che il progetto avrà successo, e lo ritengo non tanto per considerazioni di carattere persuasivo e ragionevole, ma per un'altra ragione. Io ritengo che quando dei giovani medici, quando dei cattedratici che vengono conquistati individualmente a questo progetto, vedranno che così si può approfondire il campo teorico ed il campo applicativo della psichiatria moderna, quando ci si accorgerà che sul campo della scena internazionale, dei congressi internazionali, dei giovani psichiatri italiani porteranno delle documentazioni, delle ricerche che avranno la possibilità di allinearsi con la dignità e con la profondità delle numerosissime altre ricerche che normalmente vengono presentate e che, salvo eccezioni, ci vedono sempre inferiori, soltanto allora si sarà creata quella molla che conquisterà anche gli universitari più resistenti, che per altro sono in consumazione, ad aprirsi ad una nuova dinamica della cultura psichiatrica in Italia.

Quindi l'augurio che faccio a me stesso ed anche a voi è che questo si avveri nel più breve tempo possibile.

ABRAHAM

Io volevo aggiungere qualche parola sulla mia esperienza svizzera che dura da undici anni. Non vi è dubbio che attualmente la psicologia è alla moda; è indubbio anche che prendere una posizione psicologica e psico-dinamica soprattutto in psichiatria qui in Italia, è come prendere una posizione rivoluzionaria e quindi assumere la psicologia del rivoluzionario ed assumere anche la carica emotiva e rivoluzionaria che questo comporta; per cui volevo solo accennare a dei fatti, non di oggi, penso per l'Italia, in tutti i casi per una parte dell'Italia, ma dei fatti possibili di domani, quando questa rivoluzione psicologica potesse arrivare al potere, diciamo così. E vorrei accennare a tre pericoli che minacciano già, per esempio, la situazione svizzera e di Ginevra in particolare. Un primo pericolo è che questo bisogno logico e umano di aprire le braccia della psicologia verso tutti coloro che ne hanno bisogno, voglio dire della psicoterapia, comporta una specie di eccessiva all'estremo — ma questo estremo si profila già, mi sembra, per Ginevra — un'eccessiva socializzazione della psichiatria e di conseguenza una eccessiva burocratizzazione. Oggigiorno molti psicoterapeuti di Ginevra, per esempio, con ottima formazione, sono diventati dei burocrati; sono som-

mersi dalle carte, dalle perizie e non hanno più tempo, in fondo, per occuparsi dei malati. Per cui la situazione è questa: ci sono delle organizzazioni ottime, quasi perfette, il numero degli psicoterapeuti è importante, eppure i malati che hanno bisogno di essere curati non si sa più a chi mandarli; e questo non solo perchè si è creata questa burocratizzazione, ma la burocratizzazione ha creato, secondo me, delle situazioni psicologiche e psicosociali iatrogene, che non sarebbero esistite se appunto questa burocratizzazione non si fosse instaurata. Qui il primo pericolo.

Il secondo pericolo è questo: Oggi credo che uno psicoanalista, in Italia, probabilmente, se riesce a mettere piede nella clinica psichiatrica, si sente più che mai un rivoluzionario ed un tollerato. Mi ricordo che nella sede italiana, dove ho fatto la specializzazione in psichiatria, uno dei miei colleghi mi diceva: « Sai, io faccio un'analisi, ma non lo dire a nessuno perchè guai se lo sapesse il direttore ».

Però in Svizzera la situazione, per esempio, è rovesciata. Oggi credo che in una clinica universitaria in Svizzera francese, chi non è psicoanalizzato si sente a disagio; si sente a disagio non per dei motivi personali o perchè non capisce certi problemi psicodinamici, ma perchè è tollerato e gli si fa capire, in un modo o nell'altro, che se non fa questa psicoanalisi, ebbene, non arriverà mai al grado degli altri; cioè c'è una specie di razzismo psicoanalitico, si può dire. E questo mi sembra sia dannoso per la stessa psicoanalisi. Ad un certo momento c'è una domanda che non viene più da una esigenza personale, ma da un bisogno di mettersi alla pari con gli altri. Per cui mi sembra che, se vogliamo far la rivoluzione, bisogna prepararsi ad una coesistenza con gli altri, cioè almeno insegnare questo agli organicisti, che possiamo vivere con loro e non ad un certo momento arrivare ad una situazione rovesciata della situazione attuale.

E il terzo elemento è questo, d'un certo pericolo, mi sembra, come lo vedo io personalmente, che un'eccessiva diluizione, quindi socializzazione, burocratizzazione, organizzazione, diffusione della psichiatria dinamica, diciamo della psicoterapia ecc. vadano molte volte, naturalmente non sempre, a danno della ricerca e di certe posizioni della ricerca personale. Per cui si vede nettamente che le cliniche negligono, a parte naturalmente studi statistici di questo genere ecc. di psicoterapia sociale, negligono nettamente la ricerca di psicopatologia dinamica o di altre importanti zone della ricerca psicoterapeutica, senza dare però un primato alla socializzazione. E mi sembra che, al di là della rivoluzione, fra virgolette naturalmente, se si vuol tenere una carica dinamica ed una posizione d'interesse che vada al di là di una moda, bisogna salvaguardare, assieme all'interesse della socializzazione della psichiatria dinamica anche le possibilità di una ricerca seria ed effettiva.

GALLI

Il discorso di Abraham mi permette di fare una serie di considerazioni, in quanto c'è un punto da chiarire: il discorso presentato oggi, non va considerato un contributo dal ruolo professionale dello psico-terapeuta, ma dal ruolo che svolgo in un altro settore della mia attività professionale, e cioè quello della collaborazione a livello aziendale. Molte volte mi sono trovato ad affrontare, a volte in polemica con gente anche degli stessi ambienti psi-

coanalitici, il problema dei rischi di cui parla Abraham. È necessario che questi rischi vengano affrontati con lo stesso atteggiamento, con la stessa mentalità rigorosa che esiste, per esempio, nell'ambiente aziendale; si parla di rischi in termini di problemi specifici, non di rischio sulla base di paure vaghe, ma di paure concrete che qualcosa si verifichi, mettendo a punto gli strumenti di previsione per vedere in che misura questi rischi si determineranno e quali sono gli strumenti per prevenirli o limitarli. Quindi si tratta semplicemente di trasportare in un settore professionale, cioè quello medico, che non si è mai servito di certe tecniche della ricerca psicosociale e socio-economica, quello che viene abitualmente fatto in altri settori. Si tratta soltanto di questo: ed allora ci sarà un indice di prevedibilità di questo rischio, ci saranno certi mezzi per prevenire o limitare un certo tipo di rischio, e da questo angolo si potrà riproporre anche il problema della psicoterapia.

Ma non è questo il centro del nostro discorso di oggi, che invece riguarda qualsiasi tipo di materia, comunque venga insegnata. Non abbiamo parlato da psicoterapeuti. Molte volte, quando uno di noi si espone su problemi di psichiatria sociale o simili, da molti colleghi, soprattutto dagli ospedalieri, riceviamo l'accusa: certo, voi siete gli psichiatri di lusso, noi dobbiamo confrontarci con la realtà, come possiamo applicare queste tecniche? La nostra risposta non è in termini di psichiatria di dentro o psichiatria di fuori: è nei termini che oggi, nella realtà socioeconomica nostra, uno psichiatra di dentro non è uno psichiatra, è un poveraccio che è costretto a vedere trecento ammalati, per cui non parliamo più di psichiatria, ma parliamo d'una realtà sociale marcia che mette un povero diavolo in condizioni di non potere neanche conoscere i propri ammalati. In tal caso non parliamo neanche di esercizio della psichiatria: il problema è di tutt'altra natura. Quando tale problema viene affrontato a livello sociale, e ciò prevede il testo di legge che verrà presentato, dobbiamo chiederci come formare una adeguato numero di persone, dovremo saper trasmettere una posizione di cultura, in cui non ci sarà bisogno di ideologizzare né la posizione di psicoanalista né altre posizioni, in cui non ci sarà bisogno di fare delle scelte di fede, ma soltanto bisogno di avere una preparazione abbastanza globale, abbastanza estesa, e di essere in grado di usare tutti gli strumenti che la medicina offre. Il rischio della maggior parte di quelli che fanno gli psicoanalisti è questo: ancora oggi, soprattutto in Italia, la psicoanalisi ha delle caratteristiche di esotericità. Sul piano della cultura, la psicoanalisi è un messaggio raccolto già cinquant'anni fa; non è oggi qualcosa che autorizza gli psicoanalisti in quanto tali a sentirsi portatori di cultura; siamo semplici utilizzatori di qualcosa che nelle premesse filosofiche è già scontata da cinquant'anni. Il fatto che la maggior parte degli psicoanalisti siano medici, essendo i medici generalmente persone con scarsi riferimenti culturali, provoca che non si limitino a fare gli psicoanalisti, accogliendo la psicoanalisi nel significato di strumento professionale, sentendosi dei normali, modesti professionisti che usano una tecnica per curare delle persone allo stesso modo di qualsiasi altro specialista.

Se fossimo tremila, nessuno di noi si sentirebbe esoterico; il guaio è che l'occuparsi di qualcosa che oggi ancora appare esoterico, fa sentire ognuno

di noi investito del ruolo di portatore di cultura, e quindi autorizzato a dare il proprio giudizio sulla società.

Quindi questo lo dico per limitare un certo tipo di narcisismo che può albergare dentro di noi e che ci aliena gli altri, i quali giustamente ci attaccano quando ci presentiamo come messaggeri di questa pseudo nuova « cultura » nell'ambiente tradizionale. Io ho limitato molto il numero dei tecnici di gruppo presenti in Italia oggi, non perchè ci siano soltanto poche persone in grado di trattare un gruppo, ce ne sono diverse che fanno questo tipo di esperienze. Ma in questa fase un tecnico di gruppo deve saper tener conto della realtà in cui opera; un tecnico di gruppo che opera in una clinica universitaria e che ad un certo momento dice: no, devo andar via perchè il direttore è cattivo, vuol dire che non ha saputo muoversi entro la logica in cui doveva muoversi; vuol dire che ha dato una risposta sbagliata al problema che gli si presentava: attualmente il problema non è soltanto delimitato a come condurre un gruppo, ma a come condurre un gruppo in una determinata realtà socioculturale, in un determinato ambiente ospedaliero. Questi sono problemi tecnici da porsi; sono problemi che implicano un'analisi della struttura di potere in quel determinato luogo, dove bisogna operare, sulla base di precise tecniche. Non sono problemi che si discutono a tavolino o in assemblea: sono problemi di ricerca specifica.

Per evitare quei rischi che Abraham ci ha mostrato essersi presentati in una cultura più avanzata della nostra dal punto di vista dell'assistenza psichiatrica è necessario affrontare i problemi attraverso una specifica via tecnica, che implica uno specifico tipo di ricerche.

I fenomeni di cui ci ha parlato Abraham erano tutti prevedibili. Ma in Svizzera, come altrove, chi doveva occuparsi lo ha fatto da medico, col solito atteggiamento empirico che poi fa dire con meraviglia « Guardate cosa succede » o « state attenti ». Quanto ha giocato, ad esempio, in Svizzera, e quanto può giocare in Italia, il narcisismo di alcuni analisti gonfiatisi assieme all'aumento della richiesta, senza aver fatto nulla per provocarlo, e che si trovano oggi a doversi occupare di problemi ed a prender decisioni su di essi senza aver la specifica preparazione per farlo? Non è forse qui la chiave del mettere in inferiorità « chi non ha fatto l'analisi »? È necessaria una operazione sociale specifica per limitare questo tipo di rischi, ed in Svizzera è stata senz'altro a tutt'oggi scelta la via tecnicamente sbagliata.

MONTANARI:

Innanzitutto devo dire al collega Galli che non potevo non vibrare di entusiasmo e di calore nel momento stesso in cui andavo seguendo la sua relazione. Comunque egli ha presentato uno schema che vuole essere uno schema di attuazione in un prossimo futuro, il più presto possibile.

Io farò un discorso molto pratico, poco psichiatrico e molto pratico a questo proposito. Io penso che sia facile scalzare, qualora ci fosse coalizione dei cosiddetti individui fuori del potere, certi gruppi di potere ma non solo per l'ambizione o la soddisfazione di scalzarli, soprattutto per organizzare un sistema di psichiatria più valido e più consono ai tempi attuali.

Quello che invece volevo portare qui, era un problema che penso sia più difficile da affrontare: il problema nell'ambito delle amministrazioni provinciali.

4024

Io non voglio fare un discorso politico; voglio soltanto dire che fin tanto che non esiste una delimitazione netta fra classe politica ed organi tecnico-burocratici, credo che sarà difficile riuscire a far capire ai nostri amministratori le realtà più valide, in un prossimo futuro, dal punto di vista dell'assistenza psichiatrica. Io sono molto pessimista riguardo alla nostra classe politica dirigente: esiste un clientelismo nell'ambito delle amministrazioni provinciali, da cui la maggior parte di noi dipende, che fa sì che se ne freghino un pochettino che diminuiscano i malati: sono discorsi che a loro interessano poco; noi parliamo da un punto di vista medico e naturalmente non possiamo passionalmente non condiredere un progetto d'impostazione valida come quello che ci ha prospettato Galli. Ma le amministrazioni hanno dei dipendenti, degli infermieri; ogni infermiere è nell'ambito di una famiglia; domani calano i malati, calano i dipendenti, calano i voti. Io a questo proposito sono molto pessimista. Credo che sia molto più difficile parlare un linguaggio nuovo, più valido, più funzionale, meno politicizzato agli amministratori, di quanto non sia lo scalzare i gruppi di potere universitario.

GALLI

Io non sono completamente d'accordo con quanto ha detto Montanari. Anche questo aspetto rientrava nel quadro della nostra ricerca: era necessario analizzare questo specifico problema. Ora vi posso dire questo: tutte le esperienze portate a livello di discussione con i politici su questi problemi, sono state raccolte immediatamente, comprese immediatamente. E non a caso ho detto: i politici hanno bisogno di indicazioni chiare per poter fare delle scelte precise, perchè è ovvio che questa è una scelta politica precisa.

Il problema che hai posto tu della diminuzione delle presenze in rapporto al solito problema di sottogoverno e del timore che diminuiscano i voti, non è completamente vero; un nuovo tipo di assistenza psichiatrica, se può far diminuire le presenze ospedaliere, allarga talmente il campo della assistenza psichiatrica, ed investe tanti nuovi aspetti della realtà socioculturale, che non credo possa essere compreso da nessun politico nei termini dei voti in più o dei voti in meno attraverso la famiglia dell'infermiere. Qui siamo di fronte ad un vecchio tipo di clientelismo che prima o poi tende a scomparire. Troveremo nelle leve politiche la gente del nostro livello di età, abituata a questo tipo di discorsi, che li raccoglie immediatamente, che sa che uso farne, che sa parlare in termini di bilanci e di spese in forma nuova; che sa che cosa significa investimento. Non a caso, per esempio, in Canada il presidente della « Lega di igiene mentale » è un industriale, non è uno psichiatra; questo non è mestiere da psichiatri. Io l'ho fatto non come psichiatra, ma perchè una serie di fatti riguardanti la mia storia personale, mi hanno messo in condizione di avvicinare una serie di ambienti, di avere una serie di esperienze differenti, sia dal punto di vista politico che dal punto di vista culturale, che mi hanno permesso di adoperare certi strumenti oltre tutto neanche molto differenziati ed in maniera ancora abbastanza rozza. Tenete presente che il nostro vero problema comincia oggi; è facile usare questi strumenti per cogliere certi aspetti addirittura macroscopici della realtà, che non implicano un'indagine sociopsicologica sottile,

operando in una situazione talmente sottosviluppata ed in un campo di indagine così ristretto che gli elementi venivano raccolti immediatamente ed il problema era soltanto di dar loro un certo taglio teorico. Il momento di rottura per questo tipo di struttura è venuto indipendentemente da noi. Noi abbiamo soltanto catalizzato certi fatti, canalizzato certe cose; perciò, ho detto all'inizio, io non parlo soltanto a nome del nostro gruppo, parlo a nome delle trecento persone, in fondo, che hanno seguito i nostri corsi, che si sono coinvolte con noi in questo tipo di esperienza e la realtà sono stati loro, non noi. Io ho solo tradotto, in termini pratici, quello che un certo tipo d'informazione mi permetteva di fare. Ma in sostanza il discorso grosso comincia ora perchè, quando parliamo di struttura di potere che si oppone, noi in fondo parliamo di trenta persone; queste trenta persone sono trenta persone morte di paura. Il discorso grosso comincia dopo, quando cioè realmente dovremo responsabilizzarci tutti culturalmente. Il livello protestatario e quello delle indagine macroscopica psicosociologica, è molto facile. In fondo, la nostra è stata un'operazione abbastanza facile. Però questa situazione ci responsabilizza molto di più e il discorso diventa difficile, quando non avremo più contro chi protestare e quindi la possibilità di sfuggire al dover agire perchè abbiamo con chi prendercela. Fra pochissimi anni non avremo più con chi prendercela, non potremo più dire: « il tale è cattivo, aspettiamo quello buono ». Quando saremo coinvolti tutti comincerà il discorso difficile, col coinvolgimento personale senza alibi per nessuno. Per tutti noi oggi, è un alibi il « cattedratico cattivo ». Non avremo più contro chi dire: sono cattivi loro, perciò non si può far niente. Siamo impegnati tutti, perchè si può fare; per noi solo questo è il punto importante: dimostrare che si può fare.

GARAVAGLIA

Si è parlato di rivoluzione dal punto di vista accademico, si è parlato di rivoluzione dal punto di vista della psicodinamica contro l'organicismo. Direi che la più grossa rivoluzione, tutto sommato, sia dal punto di vista politico-amministrativo.

Mi pare che Galli sia molto ottimista nell'approccio con gli amministratori. Tutti i politici, quando si parla di qualcosa, dicono « va benissimo », tutti, indistintamente, perchè il politico deve farsi vedere aperto, deve farsi vedere un uomo in progresso, deve far vedere che ha capito; non ha capito niente di quel che gli si dice, di solito, e se ha capito qualche cosa, capisce solamente quello che serve ad insidiare il suo potere. Il potere del politico attualmente, nelle amministrazioni provinciali, è ancora integrato col sistema universitario; adesso io tralascio il punto di vista universitario. Di fatto, tu dici molto bene, mettono apparecchiature, fanno case nuove, fanno nuovi istituti, muri ecc. le amministrazioni provinciali ricche; le amministrazioni provinciali povere dicono che non hanno quattrini e non fanno niente del tutto, tranne poche eccezioni.

Io vorrei dire quella ch'è l'esperienza recentissima nostra dei medici dell'amministrazione provinciale di Milano: problemi grossissimi nei rapporti fra i medici. Galli parla di trecento persone che hanno chiesto volontariamente di far parte del suo gruppo, dei gruppi per apprendere queste

nuove modalità di approccio. Negli ospedali psichiatrici attualmente esistono tante persone: c'è un problema di rapporto con i colleghi, c'è un problema di rapporto con gli amministratori. Faccio una domanda, a questo punto: questa relazione viene spedita anche agli amministratori? (risposta: a tutti). Mi raccomando sia agli amministratori, che ai segretari generali ecc. È possibile che avvenga, per esempio, come per le lettere che il collega Barucci, non so se è ancora presente, nella qualità di segretario del sindacato generale della Associazione medici psichiatri italiani, ha inviato al Ministero della Sanità, e non so se ne sei al corrente, non hanno neppure risposto. In genere le lettere che vengono mandate agli amministratori non hanno risposta: cioè non esiste l'educazione civica da parte di questi signori, di rispondere; anche di rispondere a qualunque lettera e dire: no, non intendiamo parlarne. No, non si risponde. L'unica maniera per cui noi avevamo potuto farci rispondere, dopo un anno di lettere, in cui chiedevamo, ovviamente, anche delle rivendicazioni di natura economica, ma solo in seconda istanza, dopo un anno di lettere, è stato il dire « scendiamo in sciopero ». Il problema qui diventa quindi un problema di natura operativa molto grossa; con le amministrazioni da Mariotti all'ultimo amministratore provinciale, pare che stando alla nostra esperienza personale, non all'esperienza personale, non all'esperienza del dialogo cordiale, ma all'esperienza operativa, che l'unica arma possa essere proprio quella volgare, cioè dire: mi astengo dal lavoro. Quando noi abbiamo informato la stampa che saremmo entrati in sciopero, e non era poi uno sciopero, era semplicemente l'eseguire il lavoro secondo i regolamenti fissati, allora ci hanno risposto. Per fare uno sciopero, per attuare una situazione di questo genere, ci vuole una unità; dopo che si erano ottenute alcune conquiste da parte dell'amministrazione, un mese fa circa, ci si è riuniti per attuare il primo punto; primo punto che ha abbastanza a che fare con tutto questo, vale a dire la nomina, riconosciuta dall'amministrazione provinciale, di un consiglio sanitario che dovesse essere formato dai medici, per portare tutti i progetti ecc.; questo potrebbe essere un tipico tema da trattare da parte dei sanitari. Ebbene, la sera in cui si doveva eleggere il consiglio sanitario, soltanto in seguito ad invettive grossolane, triviali fatte dal sottoscritto ad altri, alle due di notte, si è riusciti ad averlo eletto, perchè quasi la metà del corpo medico, pure dei presenti che partecipavano, tendevano a dilazionare, a non fare questo. Il problema grosso dunque è in noi. Siamo veramente noi psichiatri ospedalieri, cioè quelli che di fatto oggi operano nel campo della medicina psichiatrica, preparati ad un'azione di questo tipo? Risposta che va indagata.

Secondo: quando c'è questa unità, per poterci fare ascoltare occorrono dei mezzi ripugnanti, alle volte, perchè è sempre ripugnante da parte di un medico scendere su questo terreno.

Ora questa azione deve essere ovviamente coordinata in tutta Italia. È necessario fare una struttura, magari in modo informale; c'è un problema di unità personale nostra, nei rapporti con gli amministratori, i quali non hanno neanche l'educazione civica di rispondere alle domande se non quando si adopera l'arma dello sciopero.

Terzo: chi si sente in grado di organizzare tutto questo? Ciò per quanto riguarda le amministrazioni. Dall'altra parte, c'è il fronte universitario che si coalizza con quelli.

GALLI

Garavaglia tocca un tasto estremamente delicato che però, a mio parere, ha una risposta precisa in chiave politica. Egli diceva «Galli è ottimista verso gli amministratori». Non è vero, io non parlo in termini di ottimismo o di pessimismo; però generalmente, quando si parla con un amministratore, si ha la sensazione di trovare una persona che deve affrontare certi problemi; e quindi si tratta di fargli una serie di proposte, di proporre una serie di soluzioni facendogli cogliere i vantaggi e gli svantaggi di queste soluzioni; ad un certo momento l'amministratore riesce a capire che investire sul materiale umano in psichiatria, costa meno e rende di più proprio dal punto di vista della fama, delle conoscenze, di tutta quella ch'è la logica... (interruzioni e proteste)... No, no, un momento, non dico logica umana nel senso «vogliamo bene all'ammalato», no; partiamo dall'aspetto più cinico, cioè dalla logica più tipica del potere in cui a nessuno interessa niente se non il vantaggio personale. Voglio fare il discorso più cinico; ma se nell'ambito di questo discorso cinico l'amministratore si rende conto che, dal punto di vista della pubblicità elettorale, conta di più l'aver investito in un certo modo il denaro, anziché aver fatto una scelta politica in termini di finestre in alluminio, per esempio, o di manifesti «papà non bere», ad un certo momento può diventare un'indicazione politica precisa anche la nostra. Non voglio fare il discorso ottimista, romantico, «tipo attendiamo la nuova leva politica ecc.» non è affatto questo il mio discorso: è un discorso di una nuova logica di potere; questa logica, però, ha dei precisi strumenti. Ora, cosa dobbiamo fare? Il discorso triste «che la classe medica arriva solamente oggi a capire quali sono gli estremi della rivendicazione contrattuale»? Vogliamo fare il discorso solito che «i medici ci hanno messo anni ed anni per tentare di fare delle minime rivendicazioni, che sono ancora ai livelli più bassi della rivendicazione sindacale e non sono in grado di fare delle vere e proprie rivendicazioni in termini di politica organizzativa, di una elaborazione politica dall'interno della categoria»? Va bene, questa è la realtà d'un determinato gruppo sociale, d'un determinato gruppo sociale che però è espressione ancora di un sistema tradizionale, d'un sistema tradizionale in cui c'era un certo tipo di concorrenza per il posto, di un sistema tradizionale in cui chi partecipa alla riunione rivoluzionaria, il giorno dopo corre a dire a chi di dovere quello ch'è successo perché così sa che avrà quello scattino di carriera in più. Quello che salta in medicina, quello che salterà nei prossimi anni, è la richiesta di mercato; cioè ad un certo momento la base contrattuale aumenta in base alla richiesta di mercato; non ci sarà più bisogno di conquistarsi il posto passo per passo: queste sono spese che abbiamo dovute fare noi; chi verrà dopo non avrà questo bisogno; allora la base contrattuale del medico sarà completamente differente.

Per quanto riguarda la logica di azione, tu hai detto «le lettere mandate dal collega Barucci»; lo so benissimo, perché ho seguito queste

cose in questi anni; quello lì è ancora il modo tradizionale di agire a livello politico, quello della lettera (sono come le lettere di protesta ai giornali), le proteste infuocate che lasciano tutti tiepidi perché non colgono nessuno. La logica di queste azioni non è quella delle associazioni; come associazione c'è la «Società di Psichiatria», per esempio, ed abbiamo visto quello ch'è successo a Pisa. Il modo di muoversi della grossa associazione è ancorato alla logica di 40 anni fa. Per informare una struttura è inutile tentare di adoperare delle grosse associazioni; è più utile la tecnica dell'inserimento a cuneo, con piccoli gruppi di pressione che agiscano come contestazione a carattere continuativo. Garavaglia interrompe: non basta, io dico che ci vogliono delle cose molto violente e direi molto concrete, a livello di sindacalismo direi, anche di bassa lega... Galli: no... Garavaglia... di ricatti... Montanari: tu dici questo, Galli, «capiranno», tu dici che loro capiscono che per il loro potere è necessario agire in questo modo, semplicemente, non è vero; per il loro potere è necessario metterci in sciopero, in crisi, in maniera che la gente cominci a dire: beh! quelli là... se no, niente, non gliene importa niente del fatto che loro possono fare attraverso... Galli: Vedi, Garavaglia, qui viene fuori la logica del piccolo contro il grande, ad un certo momento; questo lo possono fare soltanto fino al momento in cui non viene messa in crisi la loro leadership. Certo, bisogna fare delle scelte politiche, non c'è più il discorso protestatario tipo «siete cattivi, fate certe cose, secondo noi siete sbagliati, le cose vanno fatte in quest'altro modo (Garavaglia interrompe... però bisogna fare una cosa che sia efficace, ai fini di mettere loro in crisi... è necessaria un'unità; questa unità purtroppo di fare lo scattino in avanti ecc. ecc. non soltanto per il timore di perdere il posto, altra cosa che non bisogna perdere di vista è che tra qualche anno non ci sarà più il pericolo di perdere i posti. Questa legge Mariotti chi sa quando passerà; quindi, per ora, proprio quando noi in sede di trattative siamo andati a dire: c'è un medico ogni cento persone, oh! — dice — in confronto alle altre provincie voi siete a nozze. Quindi passeranno anche dieci anni ma se non si scende simbolicamente e metaforicamente in piazza questo qui rimane lettera morta, non c'è niente da fare...)»

GALLI

D'altra parte oggi c'è una pianificazione precisa per il problema degli ospedali: C'è la cifra, per esempio, di 130 mila medici per il '70... interruzione: sì, certo, ma loro andranno avanti a dire che tanto si può far lo stesso... Galli ... ma il discorso del domani va fatto per i giovani. Il discorso, a mio parere, va fatto per i giovani, cioè per quelli che dovranno scegliere medicina e che dovranno sapere che cosa sarà questa professione nella realtà socio-culturale di domani. Oggi non lo sanno, oggi non sanno a che cosa vanno incontro, ed anche da questo deriva il decadimento continuo dal '51 ad oggi delle scelte verso medicina. I giovani che domani sceglieranno medicina, sanno benissimo che la professione privata non esiste più; che dovrà esistere un tipo di organizzazione della professione che può essere fatta in maniera differente da come è stata fatta fino ad oggi. Non ci sarà più la politica sindacale dei medici come si svolge attualmente,

però ciò ci responsabilizza tutti a costruire fin da oggi in funzione di questo; non so se saremo noi a vederne il risultato; non so, su questo non sono nè ottimista nè pessimista; però mi sento impegnato a farlo, ed adoperando gli strumenti della tecnica moderna.

MASTRANGELO:

Io direi: d'accordo con le chiare ed oneste parole, intelligenti, coraggiose di Galli, ma comprendo perfettamente le obiezioni di Garavaglia e d'accordissimo con le parole di Ancona. Allora, sono d'accordo con tutti? No, non sono d'accordo con tutti, questo è il fatto; cioè, io ti apprezzo, ti ammiro ecc. però sono in completo e totale disaccordo con te, perchè, in che cosa? per questo: che questa qui è una cosa magnifica, onesta, coraggiosa, intelligente, ma intempestiva.

Secondo me la società italiana è assolutamente impreparata ad accogliere questo, assolutamente, mentre invece in altri paesi è preparata molto più che qui, primo. Secondo: la classe politica non ne parliamo, tutta, è all'opposizione; la classe universitaria — ma io, se facessi il professore universitario avrei mille volte avuto il coraggio di presentare al procuratore della repubblica, contro i giornalisti che parlano come parlano dell'università, una denuncia, ecc. ecc. Nessuno ha avuto quel coraggio, perchè; perchè evidentemente i giornalisti hanno ragione; l'università italiana è terribilmente malata, va bene, andiamo avanti, gli psichiatri, gli psicologi ecc. cioè il problema è che questo « gruppo milanese di psicoterapia » e tutti gli amici e i simpatizzanti, devono comprendere che deve essere un lievito, un lievito che deve continuare a lievitare e che non deve entrare immediatamente istituzionalizzato nei manicomi, perchè se anche si chiamano « istituti psichiatrici », sono dei manicomi, e bisogna dirlo e dirlo forte. È inutile che noi ad Affori abbiamo un gruppo di psico-terapeuti che non fanno nulla per i nostri 9.500 malati.

Allora il problema è, secondo me, di andare avanti coraggiosamente, di non accettare la realtà del manicomio, anche se lo chiamano eufemisticamente ecc. di andare verso nuove strutture e queste nuove strutture devono essere, non l'accettazione del manicomio che crea il pazzo da manicomio, ma devono essere viceversa delle strutture aperte, intelligenti, che influiscano contemporaneamente sulla società, sulla famiglia, sul luogo di lavoro. Ed allora in questa cosa di lungo respiro, secondo me, si deve vedere la possibilità di fare sorgere quello che giustamente pensa questo meraviglioso gruppo di psicoterapia; e questo meraviglioso gruppo deve fare sorgere progressivamente nuove strutture. Ci sono, ad esempio, a Milano, in previsione dei centri per la terapia psichiatrica e psicologica in ospedali generali. Ecco, ad esempio, entrare qui, qui dove al malato non hanno messo ancora la targhetta di pazzo questo è, secondo me il problema: entrare in nuove strutture, entrare nell'università, dove i ragazzi sono ansiosissimi di sapere e di prepararsi e vanno all'estero ecc. Quindi, in sintesi, io dico: entrare negli ospedali psichiatrici significherebbe entrare malamente in qualcosa che è già mal fatta ed avendo a lato una serie di persone che tollerano male, di segretari generali, di professori, di gente del sistema; mentre, viceversa,

secondo me, dovrebbero, non ancora aspiranti alla sedia, al cattedrino, come si dice, secondare, lievitare, in modo che ad un certo punto le cose vengano spontaneamente. Scusatemi e grazie.

GALLI

A questo punto bisogna parlare chiaro: caro Mastrangelo, scusami per l'aggressività con cui m'ero alzato prima, ma tu per me sei un tipico dato sociologico, un tipico dato da inchiesta sociologica. Per quello che hai detto ora, posso comprendere i motivi affettivi che ti possono spingere, però questi sono problemi che si studiano. Quando tu fai delle affermazioni tipo « la società italiana è mal preparata », devi dire in rapporto a quali dati fai questa affermazione, altrimenti sei fuori da qualsiasi possibilità di discorso tecnico. Quando si parla di intempestività, questo rimane a livello di affermazione qualunquistica generica, se non si esamina nel quadro di una determinata situazione sociale, studiata e conosciuta, ed in rapporto alla quale valutare gli scopi immediati ed a lungo termine di un determinato tipo di azione. Su questo problema, è lecito parlare soltanto in termini tecnici. Il tuo linguaggio emotivo, qui dentro, non lo accetto. Lo accetto come possibilità di dialogo, ma lo considero come uno dei tanti dati sociologici, così come lo sono stati per noi tutti i corsi che abbiamo fatto. Se per quelli che venivano significava solo avere delle lezioni, per noi questi variavano, vedere chi erano le persone che facevano questi interventi, che livello di età avevano, quali erano le provenienze di queste persone, come variava il loro atteggiamento affettivo.

Questo significa cogliere gli elementi di un certo tipo di inversione di tendenza nel momento in cui questa si verifica, e scegliere quindi il momento della tempestività di azione. Quindi il discorso o va impostato in termini rigorosamente tecnici, oppure ti dico che ti accetto pienamente nella tua logica affettiva personale, ma che la valuto soltanto come un dato sociologico in più.

FORNARI

Io ho desiderato intervenire, sia come psicanalista che a titolo personale. Vorrei iniziare con un elemento, un fattore, che non so se sia un dato di ricerca o un dato emotivo, credo che sia tutte e due le cose; cioè vorrei parlare del tipo particolare di commozione che mi ha preso e che ho l'impressione che abbia preso un po' tutti qui dentro, intanto che Galli leggeva e poi quando ha ricevuto l'applauso, cioè un tipo particolare di commozione che, secondo la mia esperienza, si prova quando si assiste ad un fatto in cui una persona ci presenta qualche cosa in cui ha creduto, qualche cosa per cui abbia anche sofferto, e qualche cosa che poi mostra come prova della propria consistenza. Ora direi appunto che la cosa riveste per me un significato affettivo, ma credo che sia anche un dato di ricerca, nel senso che queste reazioni, ad un certo momento, vanno tenute presenti probabilmente come test di autenticità.

Per quello che riguarda poi il problema specifico, direi che io mi sono trovato particolarmente a mio agio nella impostazione generale del problema proprio perchè ho visto nella ricerca di Galli un'applicazione pratica di una formulazione generale che è stata oggetto di ricerca da parte mia su un campo più vasto, diciamo. Vorrei introdurre il discorso con i riferimenti abbastanza di uso corrente ormai, del divorzio che c'è fra società politica e società civile.

In fondo questo divorzio è alla base di tutto il discorso di Galli, come anche di molti interventi. Direi che qui il problema del divorzio si precisa ancora meglio come divorzio fra società formale e società non formale. Mi riferisco qui alla società italiana: è stato detto che la società italiana è impreparata; dopo tutto però io ritengo che quello che Galli ci ha portato, e Galli è di nazionalità italiana, in definitiva lo dobbiamo ritenere appartenente alla società italiana; quindi dovremo pensare, proprio come dato di ricerca, che la società italiana ha espresso anche questo: quindi il problema di dire « la società italiana è impreparata », andrebbe forse riformulato in questi termini che « probabilmente la società italiana, a livello di società civile e a livello di società non formale, è migliore di quello che sembra ».

Quindi il problema sorge: come mai questo divorzio? Perchè, a conti fatti, le cose vanno meno bene di quello che potrebbero andare, stando così alla società non formale? E Galli ci ha mostrato in fondo questo. A mio parere viene fuori proprio il discorso di base ed è il discorso del potere: credo che ci interesserà in modo specifico, come problema, forse, di psicopatologia collettiva. Ciò che Galli ci propone è l'abbandono della delega al potere; cioè, è inutile star lì a mandare lettere, dobbiamo essere noi ad un certo momento a responsabilizzarci, per cui la figura del potere di tipo realistico che viene fuori, è che l'individuo insignito di potere, è un individuo che ha paura e che si trova in una condizione tale che può agire molto meno di quanto possano agire individui non insigniti di potere. Ed io ho l'impressione che Galli abbia ragione quando lascia intravedere che questi, che noi siamo abituati a considerare come padri, diciamo, che governano i nostri destini, in realtà sono — scusatemi l'espressione — dei poveretti che hanno bisogno di essere aiutati per l'assolvimento dei loro compiti. Ciò molto probabilmente è implicito nella struttura stessa del potere, qualcosa che lo limita, qualcosa che lo rende antifunzionale. Mi riferisco qui al discorso che ha fatto Bion sulla dinamica di gruppo, cioè quali sono le funzioni del capo, quali sono le funzioni di tipo derealistico che vivono nei gruppi e quali sono invece le funzioni di lavoro del gruppo.

Vorrei quindi sintetizzare la mia impressione sul rapporto Galli, dicendo che, oltre a questi elementi emotivi di cui ho parlato, problemi di autenticità, di passione, di fede per un problema che è venuto fuori nel contesto stesso della ricerca sul campo, ad un bel momento, Galli si è riferito a qualche angolo nascosto ch'è nella gente: cioè, anche qui, non all'aspetto formale di noi, ma all'aspetto non formale; quindi a quello che sembrerebbe di più eludere la ricerca come puro dato di ricerca.

Quindi ciò che m'interessa è di vedere appunto integrati questi due

aspetti: l'aspetto affettivo, e l'aspetto, direi, di ipotesi di lavoro. C'è la tendenza, lo sforzo continuo, tipicamente analitico, direi, e generalmente anche psichiatrico, di disoccultare, nella vita dei nostri gruppi e nella nostra vita di gruppo, come gruppo professionale, di disoccultare proprio gli elementi più vistosamente patologici che tendono ad essere confusi con una realtà da cui ci sentiamo schiacciati e da cui ci sentiamo persino un po' perseguitati. Cioè quando, come è stato affermato da Garavaglia, supponiamo che agli amministratori non gliene frega niente o quando è stato suggerito che il mezzo da adottare è quello delle tecniche di sindacalismo di bassa lega, molto probabilmente ci troviamo di fronte ad una situazione che Galli stesso ci smentisce con ciò che ci ha presentato; quando Galli era all'inizio di quello ch'è stato il suo progetto, quando è stato motivato interiormente a fare quello che ha fatto, evidentemente ci sarà stato vicino a lui qualcuno che se parlava di quello che voleva fare, gli ha detto: ma cosa ti metti in mente, alla gente non gliene frega niente. La verità è che è vero che alla gente non gliene frega niente e bisogna tener conto di questo fatto, ma noi siamo qui appunto per dimostrare stasera che se uno parte dal punto di vista che la propria azione ha un senso, allora l'assioma di osservazione comune per cui alla gente « non gliene frega niente » viene appunto smentito com'è stato smentito da noi in questo pomeriggio.

BARUCCI

Io sono Barucci: parlo perchè sono stato un po' chiamato in causa da Galli e dall'amico Garavaglia; e parlo di sindacalismo: si è fatta una distinzione fra basso sindacalismo; bassa lega, alta lega del sindacalismo; allora la verità è una sola: o esiste un sindacalismo 1890-1900 o esiste un sindacalismo moderno; i metallurgici, i tranvieri ecc. ci insegnano che il sindacalismo moderno non si limita evidentemente alla semplice rivendicazione salariale, ma implica anche il miglioramento della gestione aziendale e quindi, da questo punto di vista, la relazione, il rapporto Galli, è un preciso atto di sindacalismo; ed è anche per questo che lo accettiamo molto volentieri.

Quanto poi ha detto l'amico Garavaglia, purtroppo, è vero: nel sindacalismo qualche volta e, ripeto, ce lo insegnano sempre i metallurgici, i tranvieri, e non è che dobbiamo ignorare questo insegnamento — qualche volta nel sindacalismo non basta la forza delle idee o la diversità del modo con cui sono espresse o l'intelligenza della persona che espone queste idee, ci vuole qualche cosa di più; probabilmente fra trent'anni, quaranta o cinquant'anni, l'uomo sarà talmente maturo da non avere bisogno di questo qualcosa di più; ma attualmente nel contesto socio-culturale politico odierno, c'è bisogno anche di questo qualcosa di più. La storia delle lettere è criticabile, ma d'altra parte, forse per molti anni, noi riterremo un maleducato chi non risponde alle nostre lettere. Grazie.

NAPOLITANI

Io credo che questo sul sindacalismo è un discorso che forse va al di là del problema concreto del « che cosa ottenere con un'azione sindacale »;

io credo che riguardi, come ha accennato Fornari prima, l'atteggiamento del « come noi ci poniamo in un certo gruppo sociale nel quale operiamo ». In fondo, in quello che Galli ci suggerisce stasera, c'è un modello culturale e c'è un modello operativo, oltre che genericamente un modello culturale. Egli mostra che le cose in questo modo possono concretamente, materialmente essere fatte; parla d'una struttura precisa in cui questo programma ha delle possibilità di attuazione; quindi non è soltanto un atteggiamento generico sul piano diagnostico, cioè quali sono le difficoltà e dove scovare i limiti di una certa libertà di espressione e libertà di formazione dello psichiatra. Ma lui dice « lasciamo da parte i limiti nella situazione attuale; certamente ci sono »; però quello che lui incolpa, è il sistema globale al quale lui stesso, come tutti noi, partecipiamo; cioè io direi: la posizione di Galli ha un suo vigore interiore proprio perchè si svolge, diciamo pure, su un piano di responsabilizzazione psicoanalitica, e non si svolge su un piano maniacale, su un piano paranoico, volendo così esaltare certi atteggiamenti della realtà fuori di noi. In realtà ci sentiamo tutti chiamati alla responsabilità di questa operazione e la possibilità è data dal fatto che noi possiamo testimoniare, sul piano della realtà, che le cose possono esser fatte in un determinato modo. Io trovo, e lui mi scuolerà questo rilievo, una sola contraddizione: forse perchè colpisce anche me e non credo di essere l'unico (e il collega di Bologna lo ricordava anche per quello che riguardava la sua esperienza personale e dei suoi colleghi) quando lui ha fatto riferimento a coloro che vanno via dalla struttura e dice: non si può parlare di tecnico di gruppo di quello il quale dice: « per potere svolgere delle tecniche di questo tipo, questa struttura non mi va ed io me ne vado ».

Io direi che sul piano nel quale noi oggi operiamo, un piano di transizione, questa scelta, anche se molto dolorosa per molti di noi che hanno fatto questa esperienza in prima persona, diventa una scelta necessaria, una scelta responsabile, una scelta che non può avere alternative; questa scelta va fatta perchè il non farla comporterebbe automaticamente non solo la rinuncia alla realizzazione di qualcosa che ci è a cuore personalmente, ma ad una rinuncia a quello che egli si propone di fare e che tutti quanti noi accettiamo. E perchè Galli possa fare questo, Galli ed il gruppo di persone che sono interessate con lui in quest'azione di rottura, è necessario che lui non sia in nessuna struttura. Galli non è in nessuna struttura, cioè lui è fuori della struttura e rimane fuori: ripropone un ritorno nella struttura come rottura della struttura globale (è stato fatto da qualcuno il rilievo di come le strutture limitative, le strutture psichiariche istituzionalizzate, le strutture accademiche, siano in fondo anelli di una sola catena) cogliendo l'anello, non diciamo più debole, ma al contrario più facile perchè si inserisca un certo programma operativo quale quello che lui stasera ci propone.

Ma per potere fare questo, bisogna reagire; ci si deve mettere nella condizione pratica di poter perfezionare i programmi stessi.

Una piano così, direi, è un po' paradossale quando si parla di psichiatria, quando si parla dell'atteggiamento degli amministratori. È verissimo, io sono certo e sono consapevole di quante difficoltà noi incontriamo nel

mondo burocratico e nel mondo amministrativo oltre che in quello accademico tradizionale. Però io direi che se domani, quando leggiamo sui giornali che l'amministrazione provinciale ha stanziato decine di miliardi, non di milioni, per costruire certe case, certi palazzi e certi villaggi fatti con dei criteri non solo non produttivi dal punto di vista psicologico e psichiatrico, ma direi controproducenti, e noi abbiamo possibilità di documentare questo e di dire: accanto a questo, a questa soluzione, accanto a questo sperpero di denaro pubblico, ci sono delle altre soluzioni più economiche, più adeguate, e questo venisse dibattuto pubblicamente, chiamando anche a dar conto del loro operato questi amministratori, non più sul piano d'una rivendicazione salariale o sindacale in senso lato, ma proprio in confrontazione di opere e non di idee, allora io credo che faremo una lotta sindacale nel senso veramente costruttivo, inchiodando — mettiamo pure questa parola un po' rivoluzionaria — questa gente alle loro responsabilità. Bisogna aggiungere che facciamo noi qualche cosa per poter dimostrare che questa gente ha fatto male. Dobbiamo fare noi qualche cosa, ognuno nel proprio campo.

GALLI

Il discorso di Napolitani è chiarissimo ed il punto cui ti riferivi non è assolutamente in contraddizione con quello che dicevo; parliamo in chiave personale: tu sai benissimo che io sono stato un « uscitore » cronico dalle strutture, perchè sono uscito da tutte quelle in cui mi sono inserito. Per me c'era un preciso scopo: inserirmi, controllare e conoscere quali ne erano i limiti, e come vi si poteva operare. Assume due significati precisi uscire dalla struttura: uno, in chiave costruttiva, cioè come ha fatto Napolitani: l'uscire assume allora un significato di testimonianza precisa, che cioè le cose si potevano fare, si potevano fare con un certo tipo di costi e con un certo tipo di realizzazioni. E quando io parlavo di amministrazioni che non colgono il significato sociologico di questo tipo di uscite e le considera dei casi personali, mi riferivo, per esempio, ad un certo tipo di discorsi fatti dopo l'uscita di Napolitani. « Napolitani fa la clinica privata per far soldi », « È andato via per guadagnare di più » etc. Io non solo conosco Napolitani, ma tutti quelli che lavorano con lui; son tutti amici miei e so benissimo che devono fare le capriole per riuscire a trarre un minimo di sussistenza dallo specifico guadagno con quel tipo di clinica. E quindi non è vero assolutamente quello che è stato detto. La sua opinione va considerata come la testimonianza precisa che con un certo tipo di costi, si possono realizzare un certo tipo di strutture. Questa la considero una uscita costruttiva e necessaria, direi quasi obbligata, da parte di uno che le ha dato un significato costruttivo. Sono le uscite di altro tipo, quelle cui mi riferisco quando parlavo del problema dei tecnici di gruppo. Richieste di collaborazione di questo tipo, da parte delle strutture, ne abbiamo tante; io ne ho ricevute continuamente, da parte di strutture universitarie, per andare a collaborare per questo tipo di lavoro. Non le ho accettate per uno specifico punto programmatico: la nostra base contrattuale oggi è elevata e non c'è bisogno di andare a lavorare in condizioni in cui non ci si permetta di esplicitare il

lavoro come si deve. Ed allora bisogna fare una scelta precisa: analizzare la situazione di potere esistente, magari entrandoci per osservarla, ed uscendo per mostrare che la struttura è in crisi. Non voglio fare nomi, ma un'altra persona presente qui in sala ha dimostrato questi limiti precisi in una nostra struttura universitaria. Questo tipo di azione ha lo scopo preciso di mettere in crisi quel tipo di struttura. Ed allora ha un senso. Mentre non ha senso quando viene fatta con l'atteggiamento « No, purtroppo non si può fare niente, il capo è cattivo e non ci sto più qui dentro ». In quel caso, abbiamo solo una modalità negativa di uscire dalla struttura. Ed anche di questo atteggiamento abbiamo degli esponenti qui dentro ed a Milano.

Secondo me, si ha il dovere di uscire dalle strutture potendo creare delle alternative come tu hai fatto in maniera precisa, e tu appunto sei uno cresciuto nell'ambito di questa struttura e che l'ha abbandonata all'apice della carriera per il tuo livello di età.

È una precisa testimonianza, il tuo tipo di uscita.

PIER FRANCESCO GALLI

LA MEDICINA PSICOSOMATICA ED IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE *

La ragione della scelta del tema di questa relazione è che il campo della psicosomatica appare come quello che maggiormente si presta ad un approccio interdisciplinare, quale da noi preconizzato e che non si esaurisce nel dialogo tra psichiatria e psicologia, ma ingloba anche la medicina in generale. Potremmo considerare la psicologia come il punto d'unione tra la medicina generale e la psichiatria: punto d'unione e non d'incontro, in quanto se la psicologia può far da tramite appunto perchè possa aprirsi il dialogo, è ben difficile stabilire a quale livello e come possa avvenire l'incontro, al quale pur sembrano tendere gli sforzi dei ricercatori di questi ultimi decenni. Scorrendo il panorama della medicina psicosomatica e dei suoi sviluppi nell'ultimo trentennio, salta all'occhio che è stata dominata dal criterio della « specificità ». Vi è stata una tendenza riduttiva, nel senso del cercare di ricondurre ad una situazione precisa e determinata la manifestazione patologica. I fattori principali in considerazione sono stati essenzialmente tre: la personalità dell'individuo, la situazione conflittuale, la situazione di vita al momento dell'inizio della malattia. Gli interrogativi posti da questi fattori sono quindi: gli individui con una determinata personalità sono predisposti a determinate malattie? una determinata situazione conflittuale conduce ad una determinata malattia psicosomatica? individui con una determinata struttura della personalità, in una determinata situazione conflittuale, ammalano di una determinata malattia?

Seguendo il criterio della specificità, i ricercatori che hanno di volta in volta centrato la loro attenzione su uno di questi fattori, tenendo la strada della correlazione statistica e dell'indagine il più corretta possibile dal punto di vista metodologico, non hanno contribuito, in linea di massima, a dare una visione globale e completa delle malattie cosiddette psicosomatiche e soprattutto dell'individuo ammalato. Chi ha parlato di correlazioni tra sindromi e profili di personalità, ha sentito opporsi che si tratta di pseudo-correlazioni e che le vere correlazioni si hanno tra costellazioni emotive e risposte vegetative. Chi ha puntato sulla regressione come fattore determinante, non ha potuto

* Symposium sui rapporti fra Psicologia e Psichiatria, Mendola, settembre 1960.

certo sostenere la specificità se non sulla base molto generica che dalla regressione può in fondo sorgere qualsiasi sintomo nevrotico e che non vi è rilevante prevalenza di manifestazioni di tipo somatico. Né lo studio della specificità della situazione conflittuale o della situazione ambientale ha dato risultati migliori.

Dando uno sguardo d'insieme a tutti questi tentativi e cercando di sciverare da essi il dato concreto dalla illazione pura e semplice, veniamo man mano alla conclusione della necessità d'una visione globale dell'ammalato; è facile l'analogia tra le vecchie tipologie ed i tentativi di ricondurre a bisogni insaturi di determinate fasi dello sviluppo individuale determinate malattie. Questo è stato soprattutto l'indirizzo americano, che però attualmente è giunto ad una visione più totale e pluridimensionale dell'approccio psicologico, staccandosi dalla tradizione dello studio basato sui tentativi di correlazione statistica. In parallelo, ma in un certo senso in direzione opposta, si è mosso l'indirizzo che definirei europeo, riferendomi però in particolare alle scuole di lingua tedesca. Qui l'individuo è stato sempre guardato nella sua totalità, ma con una certa tendenza a partire per la tangente della elucubrazione dottrinale, scarsa di agganci pratici e che non di rado dimenticava l'aspetto dinamico dell'individuo. L'approccio antropoanalitico però, prima centrato sullo studio del *Krank-sein*, dell'essere ammalato, e del *Gesund-sein*, dell'essere sano, nel loro significato esistenziale, è stato successivamente portato allo studio del *Krank-werden* e del *Gesund-werden*, del diventare ammalato e sano, il che sottintende in un certo senso un orientamento attuale più dinamico e più vicino alle posizioni anglosassoni. Hanno contribuito a ciò i tentativi di avvicinamento dell'antropoanalisi alla psicoanalisi, per cui oggi, se all'antropoanalisi corrisponde una visione dell'uomo nella sua totalità quale la prima psicoanalisi era lungi dall'avere, quella non rifiuta la gran parte delle scoperte tecniche di questa e le mette a frutto, inquadrando e facendole proprie nel loro significato esistenziale. Per fare un esempio del come questi due indirizzi possano compenetrarsi, aiutando l'uno a comprendere l'altro, basta guardare ai due fenomeni fondamentali del *transfert* e dell'interpretazione: il *transfert*, significa il paradigma del rapporto, del *Mitsein*, mentre la interpretazione supera il significato di semplice verbalizzazione di contenuti di coscienza e di collegamento con le loro determinanti genetiche in rapporto ad un modello esplicativo, per diventare l'atto di comprensione tra il terapeuta e il paziente.

Questi si sente compreso, attraverso la interpretazione adeguata, la

quale permette che determinati contenuti possano essere espressi; si sente accolto in tutti i suoi bisogni, comunque espressi. Interpretare significa aver compreso il messaggio di un altro essere anche attraverso la limitazione della sua possibilità di comunicare. L'interpretazione non è quindi soltanto il collegamento, sul piano terapeutico, con un modello esplicativo, ma rappresenta l'atto di comprensione esistenziale tra due individui sul fondamento di sicurezza dell'accettazione dato dal rapporto trasferenziale.

Questa attuale tendenza alla sintesi a livello teorico, trasportata nel campo della psicosomatica, la impone come problema di comprensione non sulla base delle competenze settoriali isolate, ma di una compenetrazione di cui l'elemento fondamentale è la coscienza del limite di fronte al quale di volta in volta necessariamente verrà a trovarsi lo psichiatra come lo psicologo od il medico generico od il sociologo.

Scendiamo ora all'aspetto pratico di questo problema di sintesi e cioè al fatto concreto che la grande maggioranza di questi pazienti viene vista dal medico generico, per cui il problema diagnostico e terapeutico prima che a livello psicologico e psichiatrico si pone a livello del medico.

Nella situazione di malattia il primo ad entrare è appunto il medico generico, per cui è a lui che psicologi e psichiatri devono innanzitutto guardare.

Vorrei però, prima di passare all'esame del rapporto tra medico e paziente, fare ancora qualche considerazione di carattere generale sul significato della psicosomatica, la quale in ultima analisi non va considerata una branca della medicina, ma un particolare approccio alla situazione di malattia. Come e perchè i medici abbiano trascurato questo approccio, favorendo la tendenza a fare della psicosomatica una ennesima specialità, è il problema che ci interessa particolarmente in questa sede. Cerchiamo di esaminare le ragioni di questo atteggiamento.

Se facciamo risalire la nascita della psicosomatica al periodo in cui alcuni psicoanalisti hanno cominciato ad interessarsi al problema dei rapporti tra soma e psiche alla luce del nuovo metodo di indagine psicologica chiamato psicoanalisi, cercando di cogliere gli aspetti genetici dei correlati fisici di situazioni di conflitto emotivo, avremo saputo perchè determinati concetti si siano sviluppati in una certa direzione, ma saremo ancora lontani dal cogliere l'essenza dei rapporti tra soma e psiche, che pur è considerato il campo specifico della psico-

somatica. Il fatto che le componenti psichiche dello stato di malattia siano state sovente dimenticate o non prese nella giusta considerazione, ci spiega storicamente perchè alcuni studiosi, orientati prevalentemente verso il fenomeno psichico, abbiano, pur tentando una sintesi, essenzialmente continuato la scissione che la medicina, tradizionalmente centrata sull'organico, aveva già da tempo operato nel suo oggetto di studio. Questa scissione era giustificata dall'assenza di mezzi diagnostici e terapeutici atti ad affrontare il fatto psichico. Ad un certo momento la psicoanalisi e poi gli altri orientamenti della psicologia dinamica hanno permesso una comprensione più profonda della dinamica individuale; tutta la scissione è rimasta, prima per le resistenze della medicina ufficiale ad accettare le conclusioni della psicoanalisi, respinte in genere aprioristicamente, ed in seguito perchè lo studio del fenomeno psichico è stato parallelo a quello dell'organico, ma di rado ha fatto realmente parte del tentativo di comprendere l'ammalato nella sua totalità. Si è aggiunto un nuovo punto di vista, quello psicologico, ma non si è tratto da esso l'insegnamento fondamentale circa il pericolo che si corre operando delle scissioni quando si lavora sull'individuo. Questa scissione si ripropone al momento in cui la situazione viene tradotta in termini terapeutici, sì che il trattamento viene affidato allo specialista dell'organico e a quello per il psichico, spesso addirittura in competizione tra loro. Il paradigma: individuo, malattia nelle sue componenti organiche e psichiche, medico generico o psicoterapista è l'espressione terapeutica di questo atteggiamento. Considerando invece l'individuo, l'individuo che ammalava ed un medico che affronta il suo stato di malattia con tutti i mezzi che la medicina gli offre e quindi anche coi mezzi della psicologia e quindi con un atteggiamento psicologicamente corretto, avremo compiuto quella sintesi che non sarà più soltanto esteriore o generica affermazione che « l'uomo deve essere guardato nella sua totalità », ma diventerà anche la concreta estrinsecazione di un atteggiamento interiore vissuto: la società, cioè, avrà realmente preparato degli individui atti ad affrontare il problema del malato e non soltanto quello della malattia.

Ogniquale volta un gruppo di persone esamina i differenti aspetti d'una qualsiasi situazione traendo da essa, coi mezzi della propria competenza specialistica, dei dati e giungendo a determinate conclusioni, si parla di « sintesi », sia esso in medicina, nelle scienze sociali o in qualsiasi altro settore di studio. Troppo spesso invece l'operazione compiuta non è una sintesi, ma una semplice somma di dati

che vengono espressi come componenti della situazione. In medicina, come componenti dello stato di malattia. Sul piano terapeutico questo si riflette in altrettanti componenti, cioè nel peso che di volta in volta assumono nel trattamento il farmaco o l'azione psicologica del curante o la prescrizione di una dieta. Ma in genere la sintesi resta a livello della malattia, senza raggiungere l'ammalato. Era logico che il modello culturale odierno, in cui ogni settore ha il suo tecnico specializzato e che tende sempre più a diminuire la possibilità di un contatto totale con una situazione, lo si ritrovasse anche nella medicina. Ma in questa, come in ogni altra professione in cui alla base troviamo il rapporto umano, tale modello non è da considerarsi valido. Bisogna opporsi ad esso, denunziandone le conseguenze. Se vogliamo infatti una sintesi, guardando all'individuo nella sua totalità, non possiamo poi opporgli, quando la società si configura di fronte a lui nella funzione terapeutica, chi gli offre la posizione disinteressandosi di lui come persona e chi invece tratta solo il suo disturbo emotivo. La diluizione terapeutica in tanti piccoli canali attraverso cui giungono le varie prescrizioni non è certo, da un punto di vista psicologico, l'*optimum* per incrementare la capacità del paziente di reagire alla malattia.

Non è il caso qui di fare una particolareggiata analisi psicologica della situazione del paziente passato di reparto in reparto o di specialista in specialista, facendo comparire nel quadro ad un certo momento un ennesimo specialista, quello per la sua psiche. Vorrei invece esporre quale considero essere una prospettiva di soluzione nel complesso problema dei rapporti tra la medicina e la psicologia.

Consideriamo innanzi tutto la funzione del psicoterapista nella nostra cultura odierna. Non si può certo affermare che egli sia la persona cui la società possa devolvere il compito tecnico di trattare tutti i problemi emotivi dei propri componenti ad un livello individuale: sono troppo note le difficoltà di formazione di uno psicoterapista per pensare alla soluzione del preparare migliaia di persone in grado di affrontare su un piano di terapia profonda i conflitti psichici dei propri simili. Cosa che, per fortuna, non è necessaria in tutti i casi. Ma il psicoterapista può essere considerato come la sonda che studia i più profondi meccanismi psichici e trova il modo di intervenire su di essi, mettendo poi le sue esperienze al servizio di altre professioni in cui è necessaria una conoscenza approfondita dell'uomo.

In medicina l'applicazione di questo concetto ci porta al principio generale che i risultati dello studio del rapporto interpersonale

e della sua dinamica possono essere messi alla portata di un numero sempre maggiore di medici, permettendo loro di affrontare in maniera più adeguata l'impegno emotivo con i pazienti. Ciò non significa voler creare dei pseudo-terapisti, ma far sì che il medico, nell'ambito e nei limiti del proprio lavoro professionale, senza sconfinamenti pericolosi, possa beneficiare d'una tecnica moderna che gli indichi come muoversi nel rapporto emotivo senza doversi affidare continuamente a soluzioni empiriche. È fatto di comune osservazione che un comportamento errato del medico possa generare una nevrosi o accentuarne le manifestazioni. Un errore tipico, molto comune, è quello di tentare di tranquillizzare il paziente in tutte quelle forme in cui non è possibile scoprire una causa organica al disturbo presentato. Il paziente viene liquidato con frasi che spesso rivelano anche un contenuto dispregiativo. « Lei non ha nulla » « deve stare soltanto un po' più calmo » « non c'è nulla di organico » (che equivale a dire: non è ammalato) e altre simili. Il tono paternalistico che generalmente accompagna queste frasi, comunica al paziente che è soltanto un povero « nevrotico » ma non un ammalato. Questo negare la malattia, che aumenta innanzitutto il senso di inferiorità del nevrotico, può a volte apparentemente sedare l'ansia o determinare la scomparsa di qualche sintomo, ma non è certo un aiuto al paziente, nel senso della reale diminuzione delle situazioni conflittuali di cui i sintomi sono soltanto degli epifenomeni. Non è troppo pretendere che il medico in tali situazioni prenda atto del fatto che si trova di fronte ad una persona realmente ammalata, che questa malattia è dovuta ad un conflitto emotivo e che va trattata e soprattutto diagnosticata anche in base ad un incontro emotivo col paziente. Il primo atto di questo incontro è l'ascoltare il paziente. Ascoltarlo con attenzione, pronti a ricevere ogni messaggio che giunga dalla persona e non soltanto dalla malattia. In questo modo il medico può sensibilizzarsi ad un tipo di comunicazione che non si serve soltanto del canale verbale, ma di tutte le vie della comunicazione non verbale attraverso cui è possibile mettersi in rapporto con un altro individuo. Questo primo atto segna il passaggio da una posizione non semantica, in cui il medico è centrato sulla malattia e sui sintomi, ad una posizione semantica in cui egli pone in primo piano il rapporto e la comunicazione col paziente. Ciò è corretto non soltanto dal punto di vista terapeutico, ma anche da quello diagnostico: se vogliamo opporre che non è compito del medico generico il curare psicoterapeuticamente, possiamo però affermare che questo tipo di rapporto ha anche un valore diagnostico. La

1091
diagnosi corretta è compito del medico: il non prendere in considerazione il fenomeno psicologico equivarrebbe a non dare importanza ad uno qualsiasi degli altri mezzi che il medico adopera abitualmente a scopo diagnostico e quindi a compiere un errore di diagnosi per non aver adoperato il mezzo adatto. Il fatto che questo errore avvenga di continuo, non autorizza ad avallarlo.

Riprendendo l'esempio del tranquillizzare senza prima aver correttamente diagnosticato, procedendo quindi in maniera tecnicamente scorretta, giustificata soltanto dall'assenza di coscienza psicologica, è facile dimostrare con dati di fatto quanto tale comportamento limiti la possibilità di un ulteriore intervento e la presa di coscienza della malattia da parte del paziente. Da quest'ultimo anche l'accettare ad un certo momento l'origine psichica dei propri disturbi finirà con l'essere vissuta come un trauma. Ciò sarà nè più nè meno che l'espressione, a livello del malato, dell'atteggiamento del medico e di quel disprezzo verso la nevrosi nel quale si condensa la paura derivante dall'ignoranza. È quella paura del disturbo mentale che possiamo seguire attraverso i secoli configurata in vario modo e che ha sempre avuto come manifestazione più patente il nichilismo terapeutico e la negazione della malattia per non dover ammettere l'insufficienza di fronte ad essa. Questo atteggiamento, che si traduce nella negazione delle possibilità terapeutiche con mezzi psicologici, oggi non è più giustificato in quanto non è più possibile misconoscere il valore concreto dei dati raccolti dalle esperienze psicoterapiche. Non si può più affidare all'atto estemporaneo, comunemente chiamato buon senso, la terapia e l'indagine psicologica. È necessario che chi cura con mezzi psicologici sappia che cosa cura, perchè qualche cosa cambia nel paziente, in quale modo ciò avvenga. La differenza fondamentale tra il psicoterapista professionista e coloro che tentano di compiere degli interventi psicologici presso altri, è che il primo sa dire cosa è avvenuto, come e perchè con molta approssimazione, con un elevato livello di sicurezza nella previsione e quindi con una maggior capacità di dirigere il proprio comportamento nella maniera più adeguata, lasciandosi guidare non soltanto dall'intuito, ma anche da dati e da osservazioni che ora si raccolgono con metodi molto vicini ai più corretti procedimenti scientifici.

Il problema, posto in questi termini, diventa problema di formazione dei medici. Ciò pone delle gravi difficoltà da superare, cosa che naturalmente non si può fare in un breve lasso di tempo. Ma prendendo coscienza di questi problemi ed affrontandoli organica-

mente si potrà compensare una situazione che, a nostro avviso, tende a diventare sempre più deficitaria. D'altra parte tutti sappiamo quanto sia difficile l'ottenere una modificazione culturale quale è quella optata: che cioè il medico arrivi ad una coscienza psicologica che gli permetta di applicare nella pratica professionale quei dettami che altrimenti resterebbero soltanto un comportamento appreso, ma non sentito e quindi oltre tutto anche poco efficace sul piano terapeutico. Chiunque fa della psicoterapia sa quanta parte del buon esito di un trattamento derivi non dalla fiducia che il paziente ha nel medico, quanto dalla fiducia che il medico stesso ha di poter curare con mezzi psicologici. Questa fiducia è un fatto di fondo che trascende l'esperienza intellettuale di apprendere determinate regole e conformare ad esse il proprio comportamento. Presuppone una esperienza affettiva intensa che, se sul piano personale può aversi nel giro di pochi anni, ne richiederà certo molti di più prima di entrare a far parte del bagaglio culturale di tutta una categoria professionale. Solo una lenta stratificazione di nozioni prima apprese e poi assimilate affettivamente può condurre al sentire psicologico e quindi all'agire psicologico.

Bisogna ora considerare concretamente le modalità con cui tale modificazione possa avvenire, le difficoltà da superare, il modo migliore perchè la influenza di queste difficoltà si faccia sentire il meno possibile a livello del trattamento del paziente.

Facciamo una considerazione di ordine generale: esistono molte persone le quali sono naturalmente dotate della capacità di entrare in rapporto emotivo con gli altri e tendono a sviluppare naturalmente una personalità che è stata definita come « terapeutica ». Il criterio principale in base al quale si può giudicare questa capacità è quello della maturità emotiva, assieme all'elevato livello di sicurezza, alla capacità di introspezione ed alla capacità di evitare che le proprie componenti più immature interferiscano in maniera deleteria nel rapporto con l'altro. Queste persone, qualora entrino in rapporto con altre persone aventi conflitti emotivi, sono spesso perfettamente in grado di effettuare quella azione catalizzatrice con cui si può definire la funzione terapeutica. Intuito, capacità di comprendere l'altro dal suo punto di vista, sono le caratteristiche principali che si riscontrano in questi individui, siano essi dei sacerdoti, dei medici, degli educatori. Queste persone possono agire spontaneamente in maniera adeguata dal punto di vista terapeutico.

Aggiungiamo ora a queste persone la componente tecnica, sotto forma di studio specifico di problemi psicologici. Vedremo che il

primo fattore che verrà turbato sarà la loro sicurezza e che ciò si ripercuoterà subito in un comportamento meno adeguato nelle stesse situazioni in cui precedentemente si muovevano alla perfezione. Il loro comportamento naturale, spontaneo, sarà ora viziato dal chiedersi che cosa è meglio o che cosa è peggio fare e la caratteristica comune a questa prima fase dell'incontro con la psicologia è il tentativo di uscire dall'insicurezza attraverso delle regole, una tecnica, ma una tecnica che dia una risposta precisa e concreta ad ogni situazione che si presenta: espressione di questo fatto è la domanda: « se il paziente mi dice la tal cosa, come devo rispondere? ».

È ormai perduta la capacità di rispondere immediatamente comprendendo il contenuto emotivo trasportato dalla domanda del paziente e non resta che ricorrere alla tecnica. Un approccio esclusivamente tecnico, intendendo ora con questo termine soltanto la applicazione di regole, è certamente dannoso nella situazione terapeutica. Tende a diventare sterile *routine* e spesso esprime soltanto le difese del terapeuta: nè più nè meno che un rituale compulsivo, dal quale il paziente non trarrà certo alcun vantaggio e che serve semplicemente a dare sicurezza al terapeuta. Da notare che molto spesso proprio in questa fase si trovano i psicoterapisti apparentemente più sicuri: quelli che sanno perfettamente cosa si deve fare, che strombazzano la loro oggettività, che si fanno un idolo della regola. Un modo come un altro di difendersi dall'ansia generata dal rapporto col paziente. In questa fase si ritrovano i fanatici della psicologia, che spiegano tutto, magari sulla base di un solo test mentale. E sono quelli che hanno alienato gran parte delle simpatie che forse la psicologia avrebbe raccolto se presentata come fatto umano e non attraverso la disumana mediazione dell'ossessivo perfezionismo e dell'ipertrofia della tecnica. Non c'è nulla che si manifesti con più indisponente sicurezza della pseudo-sicurezza di chi attraversa questo livello della preparazione psicologica.

In una terza fase, che può avvenire anche spontaneamente e senza aiuto esterno, ma che in maniera molto più rapida avviene quando l'aiuto si concreta in un trattamento analitico didattico e nel controllo da parte di un terapeuta sperimentato, il comportamento terapeutico tende a diventare man mano più adeguato, ma non perchè siano state imparate le frasi da dire o gli atteggiamenti da prendere in ogni situazione: è stato compreso il significato delle situazioni, queste sono state vissute emotivamente in prima persona, viene compreso che non è il significato verbale della frase adoperata in terapia

ad avere valore terapeutico, ma il contenuto emotivo di essa: ci si sensibilizza a questo contenuto emotivo e man mano si ripercorre la strada verso la sicurezza. Ciò attraverso una serie di fenomeni di maggiore o minore durata, che col trattamento didattico e col controllo è possibile dirigere adeguatamente.

Vediamo ora l'ultima fase, quella cioè in cui è stato raggiunto un elevato livello di sicurezza che si traduce in un corretto ed adeguato comportamento terapeutico. Questo momento, nello sviluppo della personalità del psicoterapista non coincide certo con le maggiori letture effettuate o con la maggiore preparazione intellettuale ad affrontare i problemi psicologici. È il momento in cui è stato raggiunto il traguardo di quella che io ho chiamato « spontaneità tecnica ». Chiarisco questo concetto: la spontaneità tecnica si ha quando un psicoterapista nella situazione terapeutica si comporta come sente di fare e poi al confronto con la situazione di controllo, vede che il suo comportamento è stato tecnicamente corretto. La discrepanza tra il comportamento sentito e quello adeguato sarà l'indice di misura del livello di capacità tecnica raggiunto. Questo controllo, che nelle prime fasi della preparazione avviene in genere con una terza persona, successivamente od anche contemporaneamente avviene anche con un vero e proprio esame di coscienza in cui si confronta il come ci si è comportati in una seduta terapeutica col come sappiamo che ci si dovrebbe comportare. Viene così eliminato il chiedersi di volta in volta ed in ogni situazione « cosa si deve fare? ». Sembra un controsenso, ma è un ritorno alla fase di partenza; questa forma di spontaneità, che corrisponde all'esser avvenuto un reale processo di assimilazione delle esperienze dirette con i pazienti, delle proprie esperienze emotive e delle letture effettuate, è il vero punto d'inizio della carriera psicoterapica. Il comportamento è diventato naturale, spontaneo, automatico direi, ma sempre con la presenza di un controllo su se stessi che però non blocca più nelle singole situazioni, ma agisce come sistema di fondo su cui articolare il proprio comportamento; che, naturalmente progredendo il processo di apprendimento, si affinerà sempre di più raggiungendo una gamma sempre maggiore di sfumature. È ovvio infatti che lo sviluppo della personalità terapeutica non si esaurisce e prosegue sempre attraverso crisi di maggiore o minore entità, allo stesso modo del processo di sviluppo della personalità di qualsiasi individuo. Per ognuno vi saranno dei limiti, a volte insuperabili che costituiranno i suoi limiti umani di fronte agli altri e che faranno sì che la riuscita terapeutica sia migliore in alcuni casi rispetto ad altri.

In un certo senso si ha una costante personale che può essere desunta dalla ripetizione di determinati errori o stati di disagio in determinate situazioni terapeutiche. Per adoperare un termine caro ad una certa psicologia, questo è il profilo professionale di quel determinato psicoterapista. Questi limiti possono essere a volte irriducibili, ma ciò non deve portare al negativismo, quanto invece all'accettazione di essi al sapersi muovere nel loro ambito in un continuo tentativo di superarli, incrementando al massimo le proprie possibilità di sviluppo. Questa, direi, è la posizione esistenziale di chi sceglie come atto del proprio lavoro l'aiutare gli altri a risolvere i problemi emotivi con mezzi psicologici e cioè attraverso il rapporto umano. A questa posizione si può far riferimento sia che si guardi al psicoterapista professionista, sia al medico generico o all'educatore.

Abbiamo percorso l'iter dello sviluppo della personalità terapeutica di un individuo il quale dalla condizione professionalmente indifferenziata viene diretto tecnicamente fino al traguardo della situazione psicoterapista professionista. Ma torniamo al nostro problema centrale, cioè al come trasmettere al medico generico le cognizioni della psicologia ed al come favorire in lui lo sviluppo della personalità in senso terapeutico, cioè al come incrementare in lui la capacità di essere in rapporto emotivo con i pazienti, sia pur ad un livello di profondità differente da quello raggiunto in un trattamento psicoterapico specifico.

A questo punto sorgono vari interrogativi: che cosa possiamo offrire ai medici perché acquisiscano la dimensione psicologica? Se il pericolo di chi entra in rapporto con situazioni di conflitto è proprio la messa in crisi della stabilità emotiva personale, per cui si rendono necessarie delle misure profilattiche, in quale forma queste possono essere adoperate per un numero sempre crescente di persone? Come si può prevenire nella maniera migliore quel fenomeno che è stato chiamato « infezione psichica » e che pure è stato considerato necessario, anche se in lieve misura, perché un trattamento possa aver buon esito?

Se ci rifacciamo al primo punto della preparazione del psicoterapista professionista, si potrebbe affermare il non essere necessario tentare di preparare psicologicamente i medici, in quanto abbiamo visto che il fenomeno che compare nella fase di passaggio dalla capacità spontanea, naturale, all'apprendimento tecnico, è proprio un blocco della capacità spontanea terapeutica. Potremmo quindi concludere che il tentare di preparare psicologicamente i medici avrebbe effetto

deleterio. Il concetto che lo studio della psicologia non serva, di per se stesso, ad incrementare la capacità di entrare in rapporto emotivo con gli altri, ci si presenterebbe come un ostacolo insormontabile, se non trovassimo il modo di aggiungere qualcosa d'altro a questo studio. Qualcosa che serva a vari scopi per evitare tutte o la maggior parte delle difficoltà che si presentano. Voglio ricordarne ancora una, osservata proprio a livello dei medici, quando questi tentano il passaggio dall'approccio organico a quello psicologico: l'aumento dell'insicurezza non è solo a carico della capacità di comprendere il paziente, ma anche di fronte all'aspetto organico della situazione di malattia. È quindi tanto pericoloso fare un tentativo del genere?

Abbiamo visto quali mezzi sono a disposizione di chi si prepara alla psicoterapia quale professionista. Cosa possiamo dare ai medici quale corrispettivo di una analisi preparatoria o di controllo? Quale metodo è utilizzabile su vasta scala, magari anche nel quadro stesso della preparazione universitaria più che di quella post-universitaria, in cui all'economia di tempo e di spesa non vengano sacrificate delle componenti essenziali per la formazione?

Bisogna fare in modo che il medico, nei limiti di quello che gli compete, possa percorrere con delle garanzie di sicurezza il cammino sulla strada dello sviluppo della personalità in senso terapeutico. Perciò gli va offerto non soltanto un insegnamento nozionistico, ma anche una possibilità di scarico emotivo, di controllo tecnicamente corretto, sì che il suo sviluppo non sia determinato soltanto da ciò che avrà potuto apprendere dalle lezioni o dalle letture fatte, restando poi in balia di se stesso. Naturalmente sarebbe assurdo, inadeguato, inutile il consigliare una analisi didattica o di controllo individuale. A noi pare che la forma migliore in cui possa avvenire l'intervento psicologico presso il medico, nel senso di dargli un aiuto proprio nella delicata fase del passaggio dall'apprendimento all'assimilazione effettiva della psicologia sia quella del lavoro di gruppo.

Il lavoro di gruppo può avere, per la sua stessa dinamica, una funzione di analisi. Esso presuppone un tipo di contatto in cui non esiste più chi « insegna » e chi « impara », ma chi vive insieme agli altri i problemi, nel nostro caso quelli psicologici, a differenti livelli di penetrazione. Man mano questo livello tende ad aumentare nei singoli componenti del gruppo se la capacità psicologica di chi vi partecipa in qualità di psicoterapista professionista saprà permettere l'incremento e lo sviluppo della capacità psicologica degli altri, senza assumere il ruolo di insegnante che trasmette delle nozioni, ma con

un comportamento che possa permettere ad ognuno di esprimere le proprie situazioni emotive e di viverle nell'ambito del rapporto di gruppo. Questo tipo di lavoro può avere quindi la funzione di analisi, di controllo e di supervisione nella misura in cui ciascun membro del gruppo saprà essere nella posizione di chi vive con gli altri determinate situazioni emotive per comprenderle nella loro intima essenza. Questo tipo di lavoro, la cui dinamica è assimilabile a quella della psicoterapia di gruppo, andrebbe associato alle lezioni e letture che servano a dare il quadro nozionistico generale.

Questa mi sembra essere una modalità tecnicamente corretta per entrare in rapporto con i medici passando da un livello di comunicazione prevalentemente intellettuale ad un livello emotivo. L'insegnamento di tipo accademico classico sarebbe monco perché la psicologia non è una materia che può essere insegnata se non viene anche vissuta.

Partendo da questo principio sarà in futuro realizzato a Milano un seminario con dei medici generici. Questo seminario sarà basato su delle lezioni e sulla trattazione di casi di psicoterapia. Il nucleo fondamentale sarà però l'esame dell'aspetto psicologico del comportamento del medico verso l'ammalato, attraverso la disamina di alcuni casi di interesse prevalentemente medico, insieme a casi in cui i medici stessi presumono esservi un qualcosa che sfugge all'approccio organico e che vada esaminato in maniera più ampia, con un approccio psicologico. Pensiamo che questa esperienza possa essere utile soprattutto per vedere quali sono le ragioni maggiori di resistenza all'apprendimento e all'assimilazione delle nozioni psicologiche. Potrebbe infatti non esservi resistenza manifesta nell'apprendimento, ma esservene all'assimilazione affettiva. Non sappiamo in quale forma questi fenomeni si manifesteranno qui in Italia e quanta parte giochino i fattori culturali. Non sappiamo, oltretutto, quali sono le stesse resistenze di noi psicologi ad accettare in maniera completa l'approccio organico. Attraverso un'esperienza del genere può avvenire un completamento reciproco. Per l'esame di queste resistenze derivanti dalla cultura non ci si può basare, se non per trarre delle generiche indicazioni, su quanto è stato fatto nelle altre nazioni, ad esempio da BALINT in Inghilterra, dato l'atteggiamento del tutto particolare strutturatosi nel corso di vari anni verso la psicologia, qui in Italia.

Speriamo di poter avere per questa via dei risultati indicativi sui fattori culturali che si oppongono alla integrazione della psicolo-

gia nel bagaglio comune di ogni medico. Ci sembra che questa sia la strada più valida per questo tipo di approccio e che quindi vada seguita, in modo da poter valutare di volta in volta quali saranno le principali difficoltà e come queste siano superabili, sì da poter mettere a disposizione degli studiosi di questa materia una gamma di esperienze che permetta, nel giro di un certo numero di anni, il raggiungimento dello scopo che ci siamo prefissi, e cioè di contribuire in maniera concreta alla integrazione della psicologia con la medicina.

Per concludere, chiarisco attraverso una analogia il nostro concetto sulla funzione dell'intervento psicologico nella situazione di malattia: esiste in medicina la sindrome di adattamento biologico alla malattia che è l'espressione della capacità aspecifica di reazione da parte dell'organismo. Sul piano terapeutico ciò si traduce nell'uso di mezzi che incrementano questa capacità aspecifica, adoperati in parallelo ai medicinali specifici per le singole malattie. Tale sindrome di adattamento possiamo trasportarla sul piano psicologico considerando come fattore aspecifico della reazione alla malattia la adeguata integrazione psicologica tra medico e paziente. Su di esso si articoleranno di volta in volta i singoli mezzi terapeutici specifici, siano essi dei farmaci o dei veri e propri trattamenti psicoterapici. Distinguerai perciò tra una psicoterapia aspecifica (chiamando così il corretto atteggiamento psicologico del medico di fronte al paziente, la quale sarebbe componente essenziale di qualsiasi azione terapeutica), ed una psicoterapia specifica la quale agisce entro limiti ben definiti e con indicazioni ben precise. La psicoterapia aspecifica, implicita nel rapporto tra medico e ammalato, può trarre un giovamento non indifferente dalle osservazioni della moderna psicologia.

PIER FRANCESCO GALLI

IL MEDICO COME PERSONA NELLA SITUAZIONE TERAPEUTICA *

Fino a poco tempo fa, preso dalla facile retorica del rapporto umano in medicina, in convegni sull'argomento ed in qualche articolo, mio punto di partenza era stata la necessità del rientro dell'umano in medicina, dell'individuo come unità somatopsichica, della necessità di considerarlo come un tutto unico. Era logico che in linea di principio questo argomentare, oltretutto a noi latini congeniale, trovasse tutti i colleghi d'accordo — prescindendo qui dalle obiezioni specifiche alla psicologia che tratterò a parte — ma che poi ci si trovasse di fronte all'ostacolo costituito dalla struttura socioeconomica, dalla realtà dell'esercizio della professione medica, e quindi dalla difficoltà pratica di ottenere delle variazioni nel rapporto medico-paziente. Questa impostazione del problema, spesso enfatica — non c'è stata riunione che non terminasse con appelli alla bontà, all'umanità, alla missione, ecc. — ci poneva di fronte al concludere: tutto molto bello, ma impossibile da realizzare; ci sono problemi pratici del medico che non lasciano posto alla psicologia.

Sembrava che l'affrontare il rapporto psicologico fosse una specie di lusso mal conciliabile con le esigenze concrete della medicina. Un funzionario dell'ONU, il quale chiedeva quale contributo potesse offrire la medicina psicologica alla salute pubblica, data la mia incapacità di impostare il discorso in termini socioeconomici, mi ha detto che attualmente ci sono problemi più immediati da risolvere, quali il tracoma e la malaria, per cui ci potrà essere posto per la psicologia quando il livello economico medio sarà più elevato. È quindi necessario puntualizzare il problema, dimensionarlo su un piano concreto e studiarlo ed affrontarlo in maniera pratica, per evitare malintesi o atteggiamenti pregiudiziali che limitano la possibilità di azione e di sviluppo della psicologia in medicina.

Per quanto riguarda il primo punto, se cioè il sottolineare l'importanza del rapporto medico-paziente vada considerato un riflesso dell'atteggiamento umanistico dei medici o se abbia una sua rilevanza scientifica traducibile in termini di salute e di minor costo delle prestazioni mediche « in toto », io penso che il problema vada impostato partendo dal secondo assunto, e cioè: esiste un rapporto psicobiologico tra medico e paziente che investe la situazione terapeutica e ne aumenta o diminuisce il potenziale curativo. Le attuali conoscenze psicologiche ci forniscono modelli scientifici atti a conoscere e sfruttare questa interazione. Questo rapporto è quindi problema scientifico, e l'umano, in medicina, ha un fondamento scientifico. Considero quindi non necessari appelli retorici ed utile la

* Congresso Naz. degli psicologi italiani, Napoli, ottobre 1962.

formulazione di criteri operativi per affrontare:

- 1) le basi teoriche della interazione medico-paziente;
- 2) gli aspetti pratici di essa in assoluto;
- 3) gli aspetti concreti nella nostra realtà socioculturale.

Cercherò ora di illustrare questi tre punti.

L'interesse verso la psicologia, che si può osservare in molte nazioni in questi ultimi anni, è dovuto a tre fattori fondamentali:

1° - La spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, in seguito alla progressiva specializzazione, nel quadro di un generale deficit di comunicazione caratteristico del tipo di cultura verso cui siamo orientati.

2° - I grandi progressi fatti negli ultimi anni dalla psicologia medica, la cui eco è stata raccolta dalla stampa e dai mezzi di comunicazione di massa raggiungendo strati molto ampi della popolazione: in un certo senso sono i pazienti a condizionare i medici ad interessarsi alla psicologia.

3° - Molte statistiche sono d'accordo nell'indicare cifre intorno al 40 % di pazienti con disturbi emotivi nella clientela dei medici generici.

La spinta verso la psicologia viene quindi dal basso e non dall'alto. La constatazione quotidiana, da parte dei medici, di problemi psicologici, ed il continuo aumento di richieste di prestazioni psicologiche, hanno creato il bisogno della psicologia. Si tratta quindi di saturare una vera e propria esigenza del mercato.

Il ruolo psicologico del medico generico può essere riassunto nei seguenti punti:

1° - Diagnostica delle componenti organiche e psicologiche del disturbo presentato. Non diagnosi di « disturbo funzionale » per esclusione della presenza di componenti organiche, ma diagnosi con uso della semeiotica e valutazione della dinamica psicologica con tecniche ben precise. Come altra volta mi sono espresso: « la diagnosi corretta è compito del medico: il non prendere in considerazione, per semplice deficit di conoscenza, la fenomenologia psicologica, equivale a non dare importanza ad uno strumento diagnostico, e quindi a compiere un errore di diagnosi, per non avere adoperato il mezzo adatto. Il fatto che questo errore sia la prassi quotidiana e che sia socialmente accettato non autorizza ad avallarlo ».

2° - Intervento terapeutico psicologico con visione il più chiara possibile dell'interazione che si stabilisce tra medico e paziente e dei suoi effetti positivi e negativi. Il dottor Askey, presidente dall'Associazione Medica Americana, ha dichiarato esplicitamente: « Il medico generico spesso ha una opportunità molto maggiore dello psichiatra di mantenere la salute mentale dei propri pazienti e deve adoperare questa opportunità al massimo. È perciò necessario un adeguato bagaglio di conoscenze psicologiche che gli permettano la diagnosi precoce di disturbo mentale ed il trattamento di alcuni di questi disturbi ». Queste sono le possibilità di intervento in senso positivo: dobbiamo ora aggiungervi l'evitare alcuni frequentissimi errori, quali l'atteggiamento autoritario ad oltranza per superare l'ansia neurotica del paziente o l'aumentare l'ansietà di questi senza uno scopo ben preciso.

Sappiamo quante nevrosi istogene siano frutto di questi errori. A scanso di equivoci, è bene dire che il medico esercita sempre una azione psicoterapica, sia pure su base empirica. Il problema non è quindi se egli debba fare o meno psicoterapia, in quanto l'intervento psicologico è il leit-motiv della professione, ma sul come debba farla. Le attuali conoscenze scientifiche non giustificano più certe posizioni empiriche. L'ignoranza socialmente accettata è pur sempre ignoranza.

Questo problema è all'ordine del giorno anche in altre nazioni per la sua soluzione. Negli Stati Uniti, ci si orienta sull'insegnamento della psicologia clinica nelle Facoltà mediche, su corsi di aggiornamento, seminari con un consulente psicologico, sulla falsariga dell'esperienza condotta da Balint in Inghilterra. In Svizzera, dallo scorso anno, è d'obbligo l'insegnamento della psicologia nelle Facoltà mediche, e si tengono seminari a Zurigo con Boss, Bally, Meerwein, Schnöbel, a Basilea, a Losanna, Ginevra. In Germania, c'è un caso che fa testo: ad Heidelberg è stata fondata da tre anni una cattedra di psicologia medica, il cui titolare, Prof. Christian, ha degli assistenti che lavorano presso le cliniche di tutte le specialità e si riuniscono per elaborare i dati raccolti e per indagare in questo settore di studio in cui le conoscenze sono ancora molto superficiali. C'è infatti grande differenza tra il tipo di paziente che vede lo psichiatra e la fenomenologia psicologica che si presenta al medico generico. Solo un lavoro in stretta collaborazione può portare all'approfondimento delle conoscenze. Uno degli assistenti di Christian, Bräutigam, da quest'anno ha l'incarico di organizzare un servizio analogo all'Università di Francoforte.

Punto fondamentale, su cui tutti sono d'accordo, è che per l'insegnamento della psicologia non basta un corso nozionistico, ma è necessaria una integrazione con tecniche di insegnamento che contribuiscano a far diventare la conoscenza psicologica parte integrante della personalità di chi deve adoperare se stesso come strumento terapeutico. La messa a punto di procedimenti che favoriscono questa integrazione è stata il frutto dell'esperienza di Balint, ripresa ormai su vasta scala. Anche in Italia Canestrari da due anni ha iniziato a Bologna tale tipo di esperienza.

I fondamenti della teoria generale della psicoterapia trovano ora d'accordo tutti gli autori sull'importanza della personalità del terapeuta al di sopra delle tecniche adoperate o della scuola cui appartiene. Il problema del rapporto psicoterapico è innanzitutto di formazione della personalità. In un'altra relazione avevo descritto le fasi di sviluppo della personalità di uno psicoterapista.

Dobbiamo ora chiederci quali possibilità ci sono in Italia perchè si possa giungere ad un corretto rapporto psicologico medico-paziente. Punti fondamentali, abbiamo detto, sono la formazione della personalità del medico e la sua maturità psicologica. Le tecniche dianzi indicate possono avere efficacia a livello individuale soltanto se attuate in una situazione di base favorevole dal punto di vista psicologico.

Al deficit di comunicazione esistente ovunque e dovuto alla specializzazione ed al limite di tempo che il medico ha a disposizione per l'incontro col paziente, dobbiamo aggiungere alcune caratteristiche peculiari

della nostra società. Se punto principale, come abbiamo detto, è la maturazione del medico, dobbiamo chiederci se la struttura cui è devoluto il compito di provvedere a questa maturazione, la farovisca o la ostacoli.

I risultati di una ricerca da me condotta con alcuni giovani collaboratori, negli ultimi due anni, hanno mostrato che il giovane che inizia gli studi medici non trova alcun supporto che faciliti il proprio sviluppo personale e la propria educazione professionale. Mi limito qui a presentare alcuni dati fondamentali che abbiamo avuto occasione di rilevare.

Il modello sociologico al quale si informa la nostra struttura accademica, è essenzialmente il modello della società medioevale, con potere assoluto all'apice, assenza di infrastrutture con delega del potere, slivellamento tra potere formale e potere informale nell'ambito dei cosiddetti « istituti ».

Nella fase di insegnamento a tipo artigianale della medicina, con pochi allievi in cui la trasmissione della scienza avveniva attraverso il contatto diretto con la figura del docente, tale struttura era adeguata. Nel periodo attuale, in cui la qualità e la quantità dei compiti dell'insegnamento e della ricerca non può più essere accentrata in una sola persona, in Italia si è rimasti attaccati ad una struttura inadeguata i cui effetti sono i seguenti: lo studente ha rapporti minimi con il docente. Nessuna influenza educativa viene esercitata su di lui. Dopo la laurea, perdura la situazione di assenza di comunicazione, con un rapporto carico di timore e d'ansia, mantenuto dalla struttura che permette l'esercizio di certe forme di autorità.

Progressivamente, il criterio di fondo su cui si regola la struttura medica è passato da quello dell'efficienza a quello dell'operazione di potere. Ciò si ripercuote direttamente sul livello della ricerca scientifica, con un'azione frustrante sul giovane medico, nel quale vengono indotti comportamenti immaturi e regressivi. L'aggressività, con tutto il suo valore positivo, viene repressa, con gravi limitazioni nello sviluppo originale della personalità. Una delle risposte che ricorre con maggiore frequenza nelle interviste da noi effettuate, in cui si chiedeva di sottoporre un problema o di fare una richiesta al capo dell'istituto, era: « bisogna vedere se oggi è arrabbiato ». Una arrabbiatura può bloccare l'attività di tutta un'organizzazione. Un'industria che funzionasse a questo modo fallirebbe in pochi mesi. La situazione, di cui ho qui esposto soltanto gli aspetti più generali e più facilmente osservabili, provoca nel medico uno stato di frustrazione che ha la sua punta più acuta, secondo i nostri dati, tra i 28 ed i 30 anni, e dalla quale generalmente la via d'uscita è lo strutturarsi della sicurezza su valori materiali rappresentati dal successo economico. Si può quindi affermare che da noi la situazione esistenziale del medico è nevrotica, e che contribuisce in maniera specifica alla patologia del rapporto medico-paziente.

Dobbiamo ora chiederci perché, essendo uniforme la struttura dei nostri studi in tutte le Facoltà, tale situazione sia peculiare della medicina, e perché essa possa mantenersi proprio sulla base di una accettazione supina da parte di coloro che ne sono direttamente interessati e che ne subiscono le conseguenze.

I fattori fondamentali che si possono isolare con caratteristiche generali sono due:

1° - La struttura del potere è tale che questo può essere esercitato a tutti i livelli: basta pensare al nostro sistema di concorsi, per cui è in grado di condizionare qualsiasi inserimento professionale. Il medico è quindi costretto ad effettuare le proprie operazioni di ricerca della sicurezza soltanto nell'ambito della struttura. Questa può essere più o meno accettata, ma in ogni caso le possibilità di inserimento sono direttamente proporzionali, data la scomparsa della professione libera per i più giovani, al grado di accettazione. È facile qui ipotizzare sulle caratteristiche psicologiche di chi maggiormente accetta, e di riflesso sulla selezione all'inverso che spesso si verifica.

2° - Da parte della società una valutazione oggettiva, su base razionale, della preparazione medica, è pressoché impossibile, date le notevoli componenti magiche ed irrazionali su cui è basato il rapporto tra società e medicina. Uno degli schemi di riferimento diventano quindi i titoli, per cui viene ipertrozzato l'aspetto formale della presentazione professionale e la corsa al conseguimento dei titoli stessi. Ciò spiega l'affollamento degli istituti medici, rispetto alla difficoltà che altre Facoltà hanno nell'ottenere che i giovani si fermino negli Istituti scientifici dopo il conseguimento della laurea.

La medicina è l'unica Facoltà in cui si trova un forte numero di assistenti ultracinquantenni. Facile risalire al grado di frustrazione che si viene a determinare in questi individui e spiegarsi psicologicamente come, al momento del conseguimento del potere, tendano a ripetere gli stessi modelli di comportamento che magari in precedenza avevano criticato. Vorrei aggiungere che quanto esposto va considerato a livello della struttura. È questa che permette e condiziona la situazione, per cui il fatto che un determinato comportamento sia più o meno accentuato in alcuni piuttosto che in altri, docenti o allievi che siano, è un epifenomeno rispetto al problema di fondo. È solo la espressione di come una condizione deficitaria e anacronistica agisca a tutti i livelli di un determinato gruppo sociale.

Faccio ora un accenno al problema delle resistenze alla psicologia da parte dei medici. Un'altra ricerca personale ha messo in luce che nel medico generico le resistenze sono minime e che la necessità di una preparazione in tal senso è sentita in maniera piuttosto acuta. Il cosiddetto atteggiamento organicista sembra diminuito, soprattutto a causa dei problemi pratici che il medico generico affronta quotidianamente. Delle vere e proprie resistenze si riscontrano invece nella categoria specialistica degli psichiatri. Esse risultano però, ad un esame approfondito, poco razionali e basate su un errore di fondo strutturatosi nella nostra cultura, principalmente per ragioni ideologiche che qui è inutile enunciare. Vorrei solo notare come non sia valido l'argomento della non scientificità della psicologia, considerata troppo soggettiva rispetto alle altre tecniche adoperate in medicina. Il problema è di metodologia generale. L'empirismo logico, come corrente di pensiero e con la coerenza metodologica che gli è peculiare, ha investito di sé fin dall'inizio la problematica psicologica, ed attualmente è possibile formulare in termini operativi gran parte dei presupposti teorici della psicologia. Questa posizione è, come facilmente riscontrabile nella quasi totalità delle

obiezioni fatte alla psicologia in Italia e nelle ricerche effettuate dalla nostra psichiatria nell'ultimo trentennio, quasi sconosciuta alla storia della psichiatria italiana. Ciò ha permesso di mantenere, camuffate da scienza, certe posizioni collegabili solo al positivismo ottocentesco e che hanno ben poco in comune col moderno dialogo scientifico, nel quale la psicologia si è sempre ben inserita. Se riportiamo questa situazione alla possibilità esistente in Italia di conservare certe posizioni preconcepite, che condizionano, attraverso i centri di potere accademico, la cultura di varie generazioni di medici, e che condizionano la stessa trasmissione del potere, avremo la spiegazione del ritardo culturale di cui oggi dobbiamo prendere atto.

Quanto esposto mostra come ci si trovi di fronte ad un problema di modifica della cultura che va pianificato con lunghe scadenze da parte degli psicologi in collaborazione con le strutture interessate alla soluzione pratica del problema. Il costo di formazione di uno psicoterapista può essere calcolato attualmente intorno a tre milioni di lire. Questi può seguire nel lavoro di gruppo almeno 40 medici, moltiplicando così il suo potenziale terapeutico. Un solo paziente nevrotico, come prestazioni sanitarie, assenze dal lavoro e minor rendimento, costa alla società più di quella cifra.

Su questa base va quindi impostato il piano concreto di diffusione della psicologia in medicina, il cui contributo può esplicarsi sia a livello del medico come individuo, sia a livello delle possibilità di operare sulla struttura.

PIER FRANCESCO GALLI

INTERVENTO ALLA TAVOLA ROTONDA *

Debbo riprendere un momento i concetti di psichiatra e psicologo esposti dal prof. DALLA VOLTA e dire come la penso a questo riguardo, prima di passare al merito della questione. Il problema non è se il pediatra debba fare lo psicologo: qui tralascio gli aspetti strettamente diagnostici, che sono già stati esposti da moltissimi relatori, e parlo dell'aspetto più specifico dell'intervento terapeutico, cioè delle possibilità che ha il pediatra di intervenire concretamente in situazioni di conflitto psicologico. Dobbiamo prendere atto del fatto che questo non è un problema astratto, che il pediatra continuamente fa una opera professionale di tipo psicologico allo stesso modo di qualsiasi medico; quello che può quindi dare la psicologia, è la elaborazione concettuale di certe tecniche di intervento che noi già abbiamo, riferendole alle situazioni di medicina generale. Le nostre conoscenze al riguardo sono limitate in quanto le nostre tecniche sono soltanto basate su una esperienza con casi di interesse psichiatrico; non sappiamo come si possa intervenire sul malato che si presenta al medico generico. Permettetemi di fare un riferimento generale, cioè di parlare di medico generico e non specificatamente di pediatra, perchè mi pare che il problema rivesta questo carattere generale. Quindi il punto fondamentale è la elaborazione delle conoscenze ottenute attraverso i metodi psicologici, di quello che avviene nel rapporto interpersonale in medicina generale, la elaborazione di tecniche terapeutiche e la possibilità di metterle al servizio di una massa sempre maggiore di colleghi. I colleghi medici sono realmente chiamati a compiere questo tipo di intervento e non noi psicologi. Noi psicologi dobbiamo limitare il nostro intervento soltanto a casi particolari, mentre nella patologia psicologica esiste un'enorme gamma di possibilità di intervento sulla base del rapporto interpersonale e vi sono molte conoscenze delle tecniche di intervento attraverso il rapporto interpersonale. Questo è quello che noi possiamo dare, che la psicologia potrebbe essere in grado di dare se si lavorasse in collaborazione con i medici. Questo è il punto da cui parto per l'esposizione. Problema fondamentale in psicoterapia è quello della formazione della personalità dello psicoterapista; mi sono espresso varie volte su questo tema, quindi non vorrei ripetere, perchè vedo molti colleghi che mi hanno già ascoltato parecchie volte; non voglio essere noioso, espongo solo alcuni concetti fondamentali. Per la formazione della personalità dello psicoterapista esiste un complesso processo di training, per cui è necessaria l'analisi didattica, l'analisi di controllo ecc., con durata di molti anni. La prof. GADDINI aveva parlato di una proposta di far l'analisi personale a tutti i pediatri, ed ha detto: « sarebbe auspicabile anche se utopistica ». Io dico che a prescindere dal fatto che è utopistica anche per gli stessi psichiatri, non la considero neanche auspi-

* Symposium sui rapporti fra Psicologia e Pediatria, Roma, novembre 1962.

cabile, perchè non considero necessario fornire uno strumento altamente specializzato a persone che non devono intervenire concretamente ai livelli ai quali interviene lo psicoterapista. Per le tecniche fondamentali che possono essere insegnate, esistono strumenti tecnici che si tenta di metter a punto in altre nazioni ed anche da noi in Italia con qualche tentativo, e vi dirò poi quale: si tenta di trasmettere l'insegnamento psicologico, partendo dalla base che l'insegnamento psicologico non è fatto soltanto di nozioni, ma è basato soprattutto sulla possibilità, da parte di un individuo, di assimilare affettivamente queste nozioni e di comportarsi poi spontaneamente in maniera psicologicamente corretta. Questo è quanto ho esposto nella relazione al Symposium della Mendola, poi ripresa nella prefazione al libro di Balint, *Medico, paziente e malattia*, che tratta proprio il problema della psicologia in medicina.

Queste tecniche sono quelle del lavoro di gruppo; è possibile per uno psicologo preparato, seguire gruppi di colleghi, gruppi di medici, e metterli in condizioni di assimilare con un lavoro progressivo queste tecniche e correggere il loro comportamento; correggerlo non consigliando che cosa deve o che cosa non deve fare, ma favorendo quel processo di assimilazione della psicologia che è il principio fondamentale su cui è basata l'analisi didattica. Potrà sgomentarvi il nome analisi didattica: non si insegna nulla, è soprattutto una fondamentale esperienza affettiva di rapporto, che si vive ed attraverso la quale si impara; quindi non è un insegnamento a tre ore per settimana o quattro che siano. Le esperienze straniere in proposito sono, in alcuni punti, divergenti; non ero a conoscenza fino a poco tempo fa di una esperienza che stanno facendo negli Stati Uniti e di cui mi ha parlato la Dr. SELVINI, e la mia conoscenza è soprattutto delle esperienze basate sulle tecniche di Balint, cioè del lavoro di gruppo e del principio dell'assimilazione più che delle lezioni di psicologia. Negli Stati Uniti hanno tentato la via opposta: fare una serie di corsi in cui venissero date, nel minor tempo possibile, una massa di nozioni e di esperienze concrete di rapporto psicologico a un gruppo di pediatri; si basavano sul principio che, nonostante questo insegnamento fosse soltanto di nozioni, avveniva lo stesso un mutamento della personalità. Io sono piuttosto sospettoso rispetto a questo, perchè la mia esperienza concreta, e quella di altri colleghi che si sono interessati a questo problema, contrasta con questo, e contrasta anche un po' con quelli che sono i principi fondamentali di noi psicoterapisti per quello che riguarda la nostra formazione personale, quindi penso che sia da seguire maggiormente la prima via; via più completa, in un certo senso, anche se più difficile da attuare. Per quanto riguarda l'attualità, ne parlerò alla fine, perchè vorrei parlarne in maniera concreta, riferendomi alla situazione italiana, cioè a quello che si può operativamente fare nella situazione italiana. Quello che mi pare di aver notato, nei contatti con colleghi medici e nei contatti con pediatri, è una differenza fondamentale: questo l'avevo notato anche nei rapporti con pediatri al di fuori di questa sede, e mi pare sia emerso moltissimo dal modo in cui sono costretti, proprio per necessità professionale, a lavorare con i pazienti. Sono costretti a farlo e possono realmente insegnarci molto, cioè insegnarci in che senso capire il loro com-

portamento, spiegarlo in rapporto ai nostri modelli psicologici per offrire quindi una elaborazione concettuale che sia base per la formazione. Non possiamo ancora esprimerci in termini di principi generali o di che cosa si debba insegnare, perchè soltanto l'esperienza diretta ci potrà dire questo: ed è una esperienza diretta che va accuratamente pianificata, cioè bisogna lasciare al caso il minor numero possibile di probabilità. Un mese fa c'è stato il Congresso di Psicologia a Napoli, dove in prima giornata si è parlato del problema di psicologia e pratica medica; c'è stato un Symposium, nel quale ho detto questo: che fino a poco tempo fa, nell'affrontare questo problema, avevo ancora un atteggiamento molto retorico, mi basavo sul concetto dell'umano in medicina, del ripristinare l'umano in medicina e storie di questo genere. Ad un certo momento mi sono reso conto che questo assomigliava molto al problema della « grande azione patriottica » di cui parla Musil ne *L'uomo senza qualità*, cioè non aveva nessun riferimento concreto. L'esigenza sorge dalla base, non è il problema intellettuale del reinserire l'umano in medicina; c'è una vasta gamma di patologia che deriva dall'assenza di rapporto interpersonale in medicina, e ci sono delle possibilità di intervento. La richiesta viene dalla base, cioè dagli stessi pazienti: le conoscenze psicologiche che hanno acquistato i pazienti, sono a volte molto superiori a quelle che hanno i medici, vengono dall'enorme letteratura divulgativa riguardante la psicologia. I medici ormai, nella loro pratica professionale, si sono resi conto in concreto di che alta percentuale ci sia di questo tipo di pazienti. Noi dobbiamo, quindi, rispondere a queste esigenze e non porci il problema di un'umanizzazione della medicina. La nostra risposta, allo stato attuale delle cose, anche se a livello concettuale può essere elaborata in termini, chiamiamoli filosofici, tanto per adoperare la prima parola che mi viene in mente, va innanzitutto preparata in termini concreti e pratici, per rispondere a questa esigenza con le nostre possibilità concrete di dare come psicologi operanti in Italia, cioè in rapporto al nostro numero e cercando di pianificare la situazione. Su questo problema ci sono ancora due fatti, cioè che cosa possiamo insegnare e come soprattutto possiamo insegnarlo: di questo problema mi interesso da circa quattro anni, e ho fatto delle ricerche su uno dei punti che sto per esporre. Per il tipo di insegnamento, la ricerca, presentata a Napoli, era sulla resistenza alla psicologia nella classe medica. Mi sono reso conto, attraverso i dati di questa ricerca, che delle vere e proprie resistenze di fondo non ci sono; c'è un atteggiamento di attesa; i medici si aspettano qualcosa e la vera resistenza sorge se questa attesa viene delusa. Esiste una resistenza di base, emersa anche qui: il problema cui avevo accennato anche il prof. MUSATTI, il solito dilemma tra atteggiamento organicista e non organicista. Dobbiamo renderci conto che in Italia esiste una situazione culturale deficitaria, perchè non possiamo più parlare di atteggiamento organicista o non organicista coi termini di 100 anni fa, cioè coi termini del positivismo. Dobbiamo prendere atto che a noi è mancato completamente, nelle nostre Università, l'insegnamento della logica. Siamo ancorati a concetti che chiamiamo organicisti, ma che sono il vecchio positivismo, non hanno nulla a che vedere con le correnti filosofiche moderne, ad esempio l'empirismo logico. Faccio un riferimento pregiudiz-

ziale: se 80 anni fa, quando FREUD aveva fatto le prime osservazioni cliniche su cui ha costruito la sua teoria psicoanalitica, sembrava la cosa più bella poter riportare queste osservazioni in termini di quella che era allora considerata la verità, cioè la fisica teorica, se 80 anni fa era logico che a FREUD sembrasse stupendo poter esprimere i concetti psicoanalitici nei termini energetici della fisica di HELMOLTZ, sembrandogli che quella fosse la verità, oggi non c'è assolutamente bisogno di fare riferimento ad altre scienze, ad altre tecniche scientifiche, diciamo più concretamente, per dimostrare la validità dei concetti psicologici. Un concetto, in qualsiasi scienza si operi, è valido soltanto nella misura in cui è possibile esporlo operativamente ed è valido solo nella misura in cui quel determinato concetto permette di fare delle operazioni di previsione; questo è un fatto di base del ragionamento scientifico. La psicologia ha una sua metodologia, la medicina non ha una sua metodologia, ma si serve di metodologie di altre scienze utili nell'ambito di questa enorme massa empirica che è la medicina. Dato che a noi nessuno ha dato questo insegnamento, non possiamo accedere a questo tipo di concetti; abbiamo vissuto l'esperienza idealistica, tagliati fuori dalla cultura e questo ne è il risultato logico. Ma certi atteggiamenti di resistenza, mi rifaccio ancora una volta a Musil, mi fanno pensare al passaggio in cui dice: « i pedagoghi che si erano occupati della sua infanzia lo avevano reso per sempre incapace di cogliere in un libro altro che concordanza con i suoi propri principi o eretica divergenza ». Questa è la situazione in cui si trova la maggior parte della nostra psichiatria. (Sono aggressivo, lo voglio essere, quindi non verrò a dirvi dopo, come hanno fatto altri, che non volevo dire questo, che sono stato frainteso ecc., voglio proprio dire questo!) Non bisogna affatto fare riferimenti ai modelli di altre scienze per giustificare la validità della psicologia.

Vedo che c'è il prof. IMPERATO e volevo dirgli, in riferimento all'intervento da lui fatto il primo giorno, in cui aveva chiesto se a qualcuno era venuto in mente di elaborare concetti psicologici nei termini della teoria dei quanti, che potrei darvi una informazione al riguardo: il gruppo del Minnesota Institute for Philosophy of Science, ha lavorato in questo senso ed in un volume uscito nel '61 c'è un grosso capitolo dedicato all'argomento. Non sono stato in grado di leggerlo perché non ho la preparazione sufficiente per capire l'aspetto matematico del problema, ne ho capito solo il concetto generale. Penso che sul piano della logica scientifica, possiamo incontrarci tutti, non c'è più problema di resistenza di una scienza verso l'altra.

Dicevo prima che il terzo tipo di insegnamento è stato maggiormente accettato e che ha permesso di superare le resistenze verso la psicologia; io non conosco la situazione della pediatria in Italia, conosco quella della psichiatria, di cui mi sono interessato direttamente nel corso di una ricerca. In Italia, se esistono resistenze verso la psicologia, sono da parte degli psichiatri e non dei medici generici; gli psichiatri sono più ancorati a certi pregiudizi di fondo, e purtroppo, per la struttura del potere accademico italiano, che ne condiziona in pieno la trasmissione, avviene che per 60 anni, cioè vita media di un cattedratico e dell'allievo che lo segue in cate-

dra, una determinata zona d'influenza resta condizionata e condannata all'incultura. Dato che per lo psichiatra esiste l'esigenza della cura, diventa più comodo negare la validità della psicologia, non potendo prendere un serio contatto con essa. Nel corso della nostra ricerca, abbiamo fatto scorrere tutta la letteratura psichiatrica italiana degli ultimi anni, e abbiamo voluto vedere in concreto quali erano le posizioni che si delineavano; ebbene, vi posso garantire che non abbiamo trovato alcuna posizione che abbia una validità concettuale, ma ci siamo trovati di fronte soltanto a prese di posizione aprioristiche e pregiudizi.

Concludo subito, per quello che riguarda la possibilità di operare nella situazione italiana in concreto; noi psicologi siamo ancora pochissimi, per cui è necessario innanzitutto che si provveda nel più breve tempo possibile alla formazione di psicologi in grado di aiutare i colleghi. Uno psicologo che lavori tre ore al giorno, per 5 giorni alla settimana, con gruppi di colleghi formati da 8 persone, quindi con due gruppi al giorno, è in grado di seguire 100 colleghi, e dare loro la formazione e la informazione di base. Ho sentito che è stato prospettato l'insegnamento della psicologia nelle facoltà di medicina e soprattutto nelle scuole di specialità; questo, in astratto, sarebbe bellissimo, rispetto alla retorica accademica. In concreto, ho il terrore, non conosco, ripeto, la situazione della pediatria, e mi riferisco ancora una volta a quella della psichiatria, che conosco più concretamente, ho il terrore delle solite 8 lezioni di una qualche materia che vengono fatte nelle scuole di specialità. Una soluzione del problema, su questa base, servirebbe a ben poco, può servire soltanto tutt'al più ad una sensibilizzazione generale. A questo livello deve necessariamente seguire, perché la psicologia possa essere applicata, una vera preparazione, per un corso di lezioni, su quali argomenti sia più utile insegnare nel numero limitato di ore che si hanno a disposizione, e anche questo ce lo potrà dire solo l'esperienza diretta. Come preparazione specifica, mi riferisco a quel tipo di lavoro di gruppo su cui si può basare oltre all'insegnamento anche la formazione della personalità di chi deve operare nel settore. Rimanendo ancora centrati sulla situazione italiana, il problema mi è sembrato fosse sempre visto troppo attraverso l'Università; la cosa potrebbe essere valida, se ci fosse stata una tradizione culturale alle spalle della psicologia. In Italia abbiamo un enorme vuoto alle spalle, quindi il problema è di movimento culturale, non di insegnamento o di inserimento di un nuovo corso; e per quanto riguarda la possibilità che la nostra Università, cioè la nostra struttura accademica, sia in grado di creare un movimento culturale, ho moltissimi dubbi perché a mio parere da noi l'Università, oggi, è un epifenomeno culturale. A stento riesce a seguire il progresso, ma non è in grado né di determinarlo, né di starne al passo. La situazione va esaminata in sede extra-universitaria, sfruttando al massimo tutte le possibilità di adoperare questo sparuto gruppo di persone che sono gli psicologi; anche se questo avviene attraverso l'organismo universitario, non ci interessa, ne faccio una questione di mentalità: la mentalità di fondo non deve essere il cercare di ottenere quella determinata cattedra o l'essere contenti e soddisfatti se vengono create cattedre di psicologia. Questo non risolve niente, perché oltretutto è rivolto sola-

mente ai giovani medici. Pensiamo all'età media dei medici che oggi operano nella situazione italiana: almeno per altri 30 anni, i giovani si inseriranno in un ambiente non preparato e quindi quel poco che saranno riusciti ad apprendere li esporrà soltanto a frustrazioni. Noi dobbiamo pensare anche alla medicina in generale, non soltanto a quello che si può raggiungere attraverso le Università che sono soltanto un aspetto parziale del problema; a mio parere andrebbe elaborato un piano concreto, magari ventennale, ma concreto, nei fatti, con delle scadenze, con dei tempi tecnici di esecuzione, cioè affrontando in termini operativi il problema. Prendendo dei contatti con gli organismi responsabili di queste situazioni, prendendo dei contatti, per esempio, per quello che riguarda la pediatria, non so, con l'ONMI, con quelli che sono concretamente interessati alla soluzione del problema per l'istituzione di un programma, programma che noi per la psicoterapia stiamo tentando di fare per gli psichiatri. Cioè abbiamo organizzato un primo corso, che abbiamo fatto a Milano ai primi di dicembre e ne verranno organizzati altri in cui vengono invitati vari psicoterapisti a fare delle lezioni mettendo molto tempo a disposizione, e quindi con possibilità di stabilire moltissimo rapporto con i colleghi, per dare, con il minor tempo possibile, una certa informazione di base. Questo è il primo livello sul quale ci possiamo muovere, cioè quello della sensibilizzazione; però, vi ripeto, è un problema che va accuratamente pianificato.

INDICE

Centro Studi di Psicoterapia: <i>La Psicoterapia in Italia</i> .	Pag. 5
<i>Interventi preordinati</i>	» 22
<i>Discussione</i>	» 49
Gaetano Benedetti (parole introduttive): <i>Giornata di studio su: « La formazione degli Psichiatri »</i>	» 57
Christian Mueller: <i>La formazione degli Psichiatri in Svizzera</i>	» 63
Johannes Cremerius: <i>Contributo al Symposium Milanese dell'11 dicembre 1966</i>	» 73
<i>Discussione</i>	» 82
Michael Balint: <i>Il lavoro di gruppo</i>	» 88
Gruppo Milanese per lo sviluppo della Psicoterapia: <i>La formazione degli Psichiatri nella situazione Italiana</i>	» 101
Pier Francesco Galli: <i>La Medicina Psicosomatica e il rapporto Medico-Paziente</i>	» 137
Pier Francesco Galli: <i>Il Medico come persona nella situazione terapeutica</i>	» 151
Pier Francesco Galli: <i>Intervento alla Tavola Rotonda</i>	» 157

VIU 197-01

FINITO DI STAMPARE IL
13 LUGLIO 1967 DALLA
TIPOSTILE DI C. BUZZETTI
MILANO - VIA SAPRI 4/A

PER CONTO DEL:
GRUPPO MILANESE PER LO SVILUPPO DELLA PSICOTERAPIA
P.ZZA S. AMBROGIO 1 - MILANO

pro manuscripto