

Appunti per una teoria del rapporto psichiatria / psicoanalisi e psicologia analitica/ psicoterapia

Giuseppe Maffei, Lucca

La traduzione lacaniana di « Wo Es war, soil Ich werden » appare offrire una possibilità teorica di elaborazione del tema psichiatria, psicoanalisi e psicologia analitica e psieoterapia. « Dove così era, debbo accadere come soggetto » (1). « La dove e'etait, possiamo dire la dove s'etait, s'era, vorremmo far si che s'intendesse, e mio dovere ch'io venga ad essere » (2). « Là ou fut ca, dove fu così, il me faut advenir, debbo avvenire » (3). Non si puo pensare, secondo Lacan, ad una conquista dell'Es da parte dell'Io, quanto piuttosto ad un avvenimento di Io. Mi pare che, analogamente, non si debba pensare che la psicoanalisi possa conquistare il territorio della psichiatria, quanto piuttosto che essa possa avvenire laddove era la psichiatria. Il prosciugamento dello Zuidersee che Freud evoca come possibile paragone non è il prosciugamento del mare. Nello stesso modo la psicoanalisi non potrà mai sostituirsi completamente alla psichiatria. Tra psichiatria, psieoterapia e psicoanalisi non potranno esistere che rapporti di reciproche interrelazioni.

(1) J. Lacan, *Scritti*, Torino, Einaudi, 1974, p. 868.

(2) *Ibidem*, p. 408.

(3) *Ibidem*, p. 519.

Psichiatria indica direttamente, nel suo stesso nome, un intento curativo. L'intento curativo è rivolto o al soma ritenuto responsabile delle anomalie psichiche o al corpo sociale, laddove si constata l'esistenza di soggetti che, malati o meno, si trovano a non poter godere dei vantaggi che un determinato grado di sviluppo della coscienza permette nei vari periodi storici e si ritenga un'anomalia dello stesso corpo sociale responsabile della loro esclusione e(o) della loro malattia. Un intento curativo è così presente anche nell'odierna psichiatria sociale: si constatano delle situazioni psicopatologiche legate alle strutture sociali e si cerca di modificare queste ultime affinché quelle si attenuino o scompaiano. L'intervento è sul reale del corpo, quando è il soma ad essere ritenuto responsabile, e sul reale del corpo sociale quando è appunto questo ad essere ritenuto in qualche modo patogeno. Come non è pensabile che tutta la superficie coperta dal mare possa essere utilizzata come lo è stata nello Zuidersee, non è così pensabile che questi tipi di intervento sul reale possano venire a cessare; le due condizioni di base patogene evidenziate non potranno che esistere sempre. Come non è pensabile un soma senza anomalie genetiche o malattie degenerative, non è così pensabile un sistema sociale che annulli completamente le sue contraddizioni e si costituisca come sistema sociale perfetto. Se la non fruizione dei diritti e l'esclusione dalle responsabilità della gestione della società sono fatti che impediscono la piena salute psichica, qualsiasi tipo di società avrà alcuni soggetti disturbati a causa della sua stessa struttura; questi soggetti saranno il sintomo di una malattia sociale ed esisterà sempre qualcuno che cercherà di ovviare al sintomo. Dietro le due prassi stanno così due ideali, il soma sano ed il corpo sociale sano, ideali certo funzionali allo sviluppo, ma ambedue irraggiungibili nella loro completa pienezza e dei cui valori comunque chi esercita nelle due forme di prassi psichiatriche descritte, non potrà non essere portatore. L'ideale del corpo sociale sano non esiste senza un modello, pure ideale, di rapporto tra individuo e questo stesso corpo sociale e chi è nella prassi psichiatrica

sociale non potrà fare mai a meno di questo modello. Laddove si usa la parola psichiatria si allude così implicitamente ad un intento curativo e ad un modello ideale di riferimento.

Anche il nome psicoterapia indica un intento curativo, ma il significato che la parola psicoterapia ha è diverso da quello della parola psichiatria. Psicoterapia si collega infatti ad altre parole, ergoterapia, chinesiterapia ecc. in cui terapia è usato per indicare un metodo curativo non direttamente legato alla somministrazione di farmaci o ad un intervento chirurgico. Si tende così a contrapporre attraverso -terapia e -iatria due tipi di intervento curativo, uno legato all'intrusione nel corpo del paziente di un farmaco o di uno strumento, l'altro legato invece ad interventi praticati sul corpo, ma non intrusivi. Ergoterapia significa terapia attraverso il lavoro, massoterapia terapia attraverso i massaggi ecc. Nello stesso senso psicoterapia indica terapia attraverso lo strumento psicologico; è implicito cioè un intento curativo attraverso lo strumento psichico e viene eluso il fatto che anche le parole possono essere avvertite e considerate come un'intrusione dello spazio psichico. La possibilità di leggere la parola anche come terapia della psiche connota il termine di una ridondanza semantica che è spesso, a livello pratico, assai significativa. Se si dice psicoterapia si intende comunque dire che la psiche disturbata può essere curata attraverso un intervento allo stesso livello psichico, non più sul piano del reale, ma su quello dell'immaginario. Si immagina cioè che esista un sistema psichico già costituito, il sistema psichico da curare, un sistema psichico pure già costituito, il sistema psichico del curante, ed una rete di relazioni significative tra i due. Nella psicoterapia ci si rivolge cioè all'altro immaginando che la relazione psichica fra psicoterapeuta e paziente possa produrre degli effetti in quanto relazione psichica e non in quanto analisi della possibilità stessa della relazione. Dichiarandosi psicoterapeuta, un soggetto ammette, tra l'altro, implicitamente, di possedere un sistema di valori di riferimento, cui attenersi e che sono in genere valori di sanità psicologica. Se il modello di

riferimento del terapeuta non è reso esplicito (psicoterapia sec. Rogers, sec. Reich ecc.) la prassi psicoterapeutica sarà costretta a muoversi sul piano dell'immaginario, in quanto il modello di sanità, implicito nella psiche del terapeuta e non esplicitato nei suoi riferimenti storici, sarà vissuto dal soggetto in terapia e dal terapeuta stesso come astratto, atemporale ed atemporale. Il riferimento esplicito ad un modello sposta la prassi verso un livello simbolico. Gressot, in un rapporto del 1963 al 24° Congresso degli psicoanalisti di lingua latina, diceva: « L'analisi tende ad essere una scienza, con tutto ciò che questo implica in tema di trasformabilità delle opinioni e di riserva sulla natura ed il senso della vita. I sistemi psicoterapici, in quanto psicofisiche, tendono generalmente al contrario ad agire attraverso insiemi di credenze sulla natura ed il senso di questa stessa esistenza umana » (4). Laddove si usa la parola psicoterapia si allude così implicitamente ad un intento curativo e ad un modello di riferimento, non più, come nel caso della psichiatria, sul piano del reale, ma su un piano immaginario (ad es. per essere sano come io ritengo che tu debba essere, occorre che tu risolva questo o quel conflitto) o simbolico (la mia idea — del terapeuta — di salute psichica e storicamente datata e tu puoi confrontartici). La parola psicoanalisi ha perso, all'interno di sé, ogni riferimento ad un intento curativo e -terapia e -iatria sono sostituite da -analisi. L'intervento psicoanalitico è innanzitutto un intervento di analisi, di studio, di esame della situazione psicologica e della stessa possibilità della relazione analitica. Nel contratto analitico la parola terapia è espulsa e i due si impegnano ad un lavoro di analisi: l'effetto curativo avverrà, se avverrà, come un effetto in più del lavoro di analisi. L'aspetto contrattuale è molto importante e niente è dato per scontato, tutto è oggetto di un lavoro di tipo consensuale, si vive pertanto prevalentemente al livello del simbolico: i due della relazione analitica sono impegnati ad un esame della psiche di uno dei due e si dà per scontato che l'analista debba, a sua volta, avere affrontato, con un altro, lo stesso esame della relazione tra lui stesso e la sfera del simbolico. Le

(4) M. Gressot, « Psychanalyse et psychothérapie », *Revue Française de Psychanalyse*, XXIX, 1965, p. 50.

(5) « Constitution and by-laws of the International Psycho-Analytical Association », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 1978, p. 123.

parole psicologia analitica si pongono, a mio avviso, a questo proposito su un piano analogo a quello della parola psicoanalisi. La comparsa di -logia indica un'accentuazione della costruzione di un modello psicologico espunto dalla parola psicoanalisi e che riappare comunque a livello di definizione della stessa parola. Nella costituzione dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale si può infatti leggere: « The term 'psycho-analysis' refers to a theory of personality structure and function, to the application of this theory to other branches of knowledge, and, finally, to a specific psychotherapeutic technique. This body of knowledge is based on and derived from the fundamental psychological discoveries made by Sigmund Freud » (5). Le parole psicologia analitica permettono così di indicare con particolare chiarezza che un'analisi della psiche non è possibile senza un modello -logico di riferimento. La presenza costituente di questo modello -logico appare comunque (e non potrebbe non apparire) anche nella definizione ufficiale di psicoanalisi. Laddove si usa la parola psicoanalisi sembrano espungersi pertanto sia un intento curativo che un modello teorico di riferimento. Questi tornano nel momento in cui si passa ad una definizione operativa della stessa psicoanalisi. Il modello di riferimento è comunque chiaramente indicato anche quando non viene citato il nome di Freud: questo fatto iscrive pertanto direttamente la psicoanalisi, come abbiamo già visto, al livello del simbolico e non dell'immaginario. Quanto detto può essere reso più evidente dalla lettura di un brano del rapporto del già citato Gressot: « L'analisi, senza aver bisogno di bruciare i propri vascelli, finisce per smontare l'impianto di riscaldamento delle reattivazioni transferali, della nevrosi di transfert, per lasciare l'edificio a se stesso. In tanto che conoscenza vissuta, riassorbe i suoi mezzi di azione terapeutica. Mentre la tecnica psicoterapeutica, lungi dal dissolversi come un velo di illusioni... fa corpo con i suoi mezzi di azione non transitoriamente, come l'analisi, ma consustanzialmente. La psicoanalisi potrebbe definirsi come una psicoterapia reversibile... » (6). La psicoanalisi cerca cioè di esaminare fino in fondo la stessa

(6) M. Gressot, *Op. cit.*, p. 59.

costituzione del soggetto; la psicoterapia si rivolge invece ad un soggetto ritenuto in un certo qual modo già costituito ed a cui si ritiene di poter fornire un sapere aggiuntivo.

Le distinzioni sopra apportate sono volutamente assolute e possono essere utilizzabili solo a livello di un modello teorico di riferimento. Ritengo che possa essere facilmente dimostrato che non possono esistere prassi psichiatriche, psicoterapeutiche e psicoanalitiche completamente fedeli ai significati indicati dai nomi stessi. Tali psichiatria, psicoterapia e psicoanalisi non potrebbero acquisire cioè una propria realtà nella prassi, che di per se necessita la co-presenza delle tre dimensioni.

Una prassi psichiatrica che trascuri l'elemento immaginario (« vorrei che tu fossi così ») o l'elemento simbolico (« non ti do alcun potere contrattuale, ti porto nel campo della mia prassi, senza preoccuparmi del tuo consenso ») sarebbe una prassi anormale, così come lo sarebbe una prassi psicoterapeutica che trascuri l'elemento reale (« tu provieni da quella particolare situazione ») o l'elemento simbolico (« il modello di salute di cui sono il depositario e fuori da ogni discussione »).

Una prassi psicoanalitica che trascuri l'elemento reale (« tu provieni da quella particolare situazione ») o l'elemento immaginario (negando l'esistenza di un modello immaginario di riferimento) sarebbe anch'essa una prassi anormale. Quando Freud dice: « Nelle attuali condizioni il sentimento più pericoloso per lo psicoanalista e l'ambizione terapeutica di riuscire, con il suo strumento nuovo e così aspramente contestato, a fare qualcosa che possa avere un effetto persuasivo su altre persone. In questo modo non solo si pone in uno stato d'animo sfavorevole per il lavoro, ma si espone anche, indifeso, a determinate resistenze da parte del paziente, la cui guarigione dipende com'è noto innanzitutto dal suo modo di agire e reagire rispetto alla cura. La giustificazione di tale freddezza emotiva che si richiede all'analista riposa sul fatto che essa crea le condizioni più vantaggiose per entrambe le parti: per il medico l'auspicabile salvaguardia

(7) S. Freud (1911-1912),
Tecnica della psicoanalisi
», in *Opere 1909-1912*, vol.
6, Torino, Boringhieri,
1974, p. 536.

della propria vita affettiva, per il malato il massimo d'aiuto che siamo in grado oggi di dargli. Un chirurgo del passato aveva preso per suo motto le parole: *Je le pensai, Dieu le guerit*. L'analista dovrebbe accontentarsi di qualcosa di simile » (7), egli pone in modo chiaro la presenza di un fine terapeutico implicito. Quando ci troviamo insieme ad una persona che ci pone una richiesta di aiuto, occorre fare comunque una scelta di metodo. Se non si sceglie infatti un metodo di intervento e ci si comporta senza mai pensare a quale sia il livello del nostro intervento, rischiamo di compiere un'operazione sostanzialmente confusiva. Chi ha a che fare colla sofferenza psichica non può cioè ignorare la teoria delle varie possibilità di prassi nei confronti dell'altro. Il soggetto che pone la domanda di aiuto ha molti vantaggi dal trovarsi di fronte ad un altro impegnato a compiere una scelta di metodo e che non si pone di conseguenza ad un livello megalomane. Gli interventi confusivi sono dannosi a livello delle conseguenze che determinano nell'impedire all'altro di darsi una forma, di giungere ad una propria autonomia e ad una propria soggettività. Occorre così saper fare delle scelte ed orientarsi, nelle diverse situazioni, a seconda delle necessità del paziente. La modalità iniziale del trattamento è molto importante anche perché chi ha richiesto aiuto riceve, nei primi tempi del trattamento, una serie importante di informazioni circa l'immagine che ha suscitato nell'altro e questa immagine ricevuta è importante in quanto resta in genere quale elemento costitutivo alla base del successivo rapporto. Se ad esempio, all'inizio di una cura, si dà molta importanza all'aspetto contrattuale di questa, ogni successiva inflessione al livello terapeutico o sul livello di realtà può essere o può essere avvertita dal richiedente aiuto come una propria difficoltà od impossibilità a porsi come soggetto contraente ed autonomo. Una volta che si è scelta una posizione iniziale, all'interno del rapporto ora istituito, il mantenimento delle coordinate iniziali può divenire però molto difficile. Se si privilegia infatti l'aspetto evolutivo del rapporto e la crescita del soggetto e non si è solo attenti alla purezza del me-

todo, il rapporto endopsichico tra i tre atteggiamenti non può non oscillare e subire evoluzioni legate all'andamento della cura. Si può pure rendere necessario, all'interno di un lavoro con soggetti psicotici, un rapporto collaborativo tra psicoanalista/psicoterapeuta e psichiatra e la dinamica di questa collaborazione può essere pure esaminata all'interno delle coordinate precedenti. La mia tesi è che quanto avviene, sia nell'oscillare delle varie funzioni nella psiche del curante, sia nella necessità che talora si crea della collaborazione tra diversi curanti, può essere esaminato alla luce delle coordinate in discussione. Lo stesso rapporto tra le varie forme di cura, all'interno del corpo sociale, può pure ricevere luce dalla tematica del simbolico, immaginario e reale.

Possiamo riferirci all'esempio di G. Con questo giovane di 18 anni, prepsicotico, l'analista aveva scelto di privilegiare, per diverse considerazioni, un atteggiamento analitico. A causa della presenza di un atteggiamento « simbiotico » tra il ragazzo ed il padre, i vissuti psicologici dei due non erano chiaramente distinti; non era cioè chiaro, quando il ragazzo parlava, ciò che apparteneva alla sfera psichica dell'uno e ciò che apparteneva a quella dell'altro; l'analista aveva raggiunto la convinzione che G. non avesse mai potuto osservare se stesso in modo oggettivo e che questa impossibilità di osservarsi costituisse uno dei centri della sua problematica psicopatologica. L'analista desiderava dare a G. una chiave di interpretazione di quanto gli stava accadendo ed aveva così deciso di muoversi su un piano interpretativo. Si stabilì uno stato di ansia notevole e G. iniziò a dire che l'analisi stava distruggendo tutti i suoi valori e le sue certezze. Chiedeva disperatamente all'analista se l'analista stesso avesse delle credenze e l'analista cercava di non rispondere direttamente e di svelare piuttosto l'ansia che le domande di G. velavano. Durante una seduta particolarmente carica di ansia, G. chiese ancora all'analista se lui credeva in qualcosa e l'analista rispose di credere che G. sarebbe stato meglio. Il livello di ansia divenne subito minore, l'analista aveva compiuto un passaggio da una funzione analitica ad

una terapeutica e sembrò che G. ne traesse un immediato vantaggio. L'analista aveva compiuto un acting out, non aveva saputo sopportare, da buon contenitore, lo stato di ansia del giovane che premeva per una sua maggiore ed esplicita compartecipazione. Infatti, dopo una breve pausa, il livello di ansia riprese ad essere molto alto; i familiari del paziente erano molto allarmati e comunicavano continuamente per telefono il loro timore di un possibile suicidio; G., dal canto suo, chiedeva di essere aiutato farmacologicamente e di essere ricoverato; l'analista non riuscì a contenere l'ansia di G. ed accettò la proposta dei familiari di consultare un collega psichiatra che si occupasse dell'aspetto farmacologico; spiego a G. di non voler essere lui ad occuparsi delle due cose, perché lui era convinto che la situazione si sarebbe risolta attraverso la comprensione dei problemi che lo affliggevano; la situazione era intollerabile, riconosceva a G. il diritto di curarsi da un punto di vista farmacologico, ma riteneva che se avesse iniziato lui stesso a prescrivere un trattamento farmacologico, questo fatto sarebbe stato indice di una sfiducia verso il lavoro in corso. L'analista ritenne in questo modo di fornire un modello « paterno » diverso da quello del padre, che, apparentemente chiedeva aiuto per il figlio, ma che, a livelli più profondi, probabilmente, rimaneva sempre in primo piano, con una presenza che otturava la possibilità di autonomia del figlio. G. si recò così da un collega psichiatra che instaurò un trattamento farmacologico. Fu iniziata una terapia doppia, analitica e farmacologica, l'analista poté conservare la sua posizione interpretativa e G. ebbe la possibilità di continuare ad avere un rapporto di tipo psicoterapeutico. G. era passato da una posizione di analizzando, ad una posizione di soggetto in psicoterapia ed infine ad una posizione di soggetto in trattamento psichiatrico. All'interno di questa posizione, durante più ricoveri, resi necessari, G. poté sperimentare una profonda regressione. In sintesi, in una situazione di crisi, l'analista ritenne di poter svolgere sia una funzione analitica che una

funzione terapeutica, ma vuole evitare una funzione psichiatrica.

A mio avviso il comportamento dell'analista, discutibile nel momento del passaggio ad una funzione terapeutica, è stato invece corretto nel momento dell'affidamento del paziente, da un punto di vista farmacologico, ad un altro collega. Egli infatti mantenne così viva, nella psiche del soggetto ed in quella propria, la possibilità e l'immagine di un testimone neutrale del rapporto tra il paziente stesso e la vita. Nell'esaminare questa tesi vorrei aiutarmi coll'esempio di un rapporto proveniente dalla letteratura, quello descritto da Dante, nell'Inferno, tra se stesso e Virgilio. Dante affronta il viaggio nell'Inferno in presenza di un testimone, di una guida che non appartiene più alla vita terrena; Virgilio non può modificare la propria posizione, non può intervenire direttamente nella vita di Dante; e solo dalla sua posizione di morto, pur vivente in un'altra dimensione, che può accompagnare Dante ed essergli guida. Dante non può stabilire nessun rapporto di alleanza reale con Virgilio, questo può solo accompagnare nel suo viaggio e può solo fargli comprendere ciò cui Dante assiste. A mio avviso Virgilio svolge con Dante una delle funzioni paterne che il rapporto analitico può attivare. Un padre accade infatti prima del proprio figlio e questo suo accadimento anteriore al figlio è di grande importanza. La sua vita psichica non potrà non intrecciarsi con la vita psichica del figlio, ma questo ha bisogno che il padre sia anche in qualche misura « morto » alla relazione, che abbia cioè una funzione di specchio, ove il figlio possa osservare il proprio rapporto colla vita. La madre, gli amici del padre hanno già costituito il loro specchio intemo, ma questo specchio intemo ha invece bisogno di costituirsi nel figlio. Le psicosi infantili dimostrano le tragiche conseguenze di un chiaro fallimento di questa funzione. Lo specchio intemo si forma attraverso l'identificazione con la funzione « morto » esistente nella psiche paterna. Per esprimerci in altri termini, l'uomo ha bisogno, per essere sano, di conoscere oggettivamente la propria posizione nel mondo (appartenenza ad una generazione

diversa da quella dei propri genitori, appartenenza ad una determinata area geografica e così via. La conoscenza di questa posizione è coesistentiva alla normalità psichica e subisce varie traversie. Nel caso in esame, se l'analista avesse ceduto ed avesse, lui, intrapreso la cura farmacologica del paziente, avrebbe impedito la possibilità del costituirsi di questa funzione, che, per G., era assolutamente necessaria in quanto lesa dalla simbiosi col padre.

In base alle coordinate esaminate si può anche cercare di fondare in modo teorico i rapporti tra ambiti psichiatrico, psicoterapeutico e psicoanalitico così come si configurano nella vita sociale. Nella mia esperienza è essenziale che laddove si instauri un rapporto di collaborazione nella terapia di un paziente psicotico, lo psichiatra e lo psicoanalista (o lo psicoterapeuta) abbiano profondamente rinunciato a ritenere il proprio strumento come onnipotente ed onnirisolutivo; occorre cioè che possiedano la possibilità di tutte e tre le funzioni esaminate e che sappiano che la scelta di una delle tre non può essere legata ad una considerazione che una di queste colga meglio l'essenza, la sostanza della malattia psichica; la scelta non può che essere legata da un lato alla storia personale dei curanti e dall'altro alla particolare patologia presentata dal paziente.

L'errore più frequente che l'analista può compiere è quello di portare il soggetto sul proprio terreno interpretativo, senza lasciargli la possibilità di un rapporto col reale. Capita cioè che pazienti in analisi scambino l'analisi stessa per la realtà e si ritengano soddisfatti quando iniziano ad avere un buon rapporto analitico: la relazione rischia di chiudersi in un rapporto duale, dove può divenire difficile l'uscita verso la dimensione del rapporto simbolico con altri. L'errore più frequente che compie lo psichiatra è di natura perfettamente opposta: lo psichiatra può ritenere che tutta la realtà del paziente consista nel suo essere reale, somatico e sociale e può così negare la profondità delle relazioni intersoggettive che, volere o non volere, stabilisce con i pazienti che ha

in cura. Capita spesso che quando un paziente si rivolge ad uno psichiatra di questo tipo, perda immediatamente ogni potere contrattuale; lo psichiatra si assume il sapere sul suo essere e lo gestisce come vuole: questo fatto è tipico anche di certa psichiatria sociale ed è a mio avviso profondamente dannoso. Lo psichiatra deve invece sapere che nella prescrizione di un farmaco come in una qualsiasi visita, esistono aspetti immaginari e simbolici che non possono essere trascurati. Ne è una prova il fatto che in queste circostanze i pazienti psicotici raccolgono una incredibile messe di dati sulla psicopatologia dello psichiatra che li visita, ma, non avendo modo di discutere questi dati collo stesso psichiatra, restano con un materiale psichico non metabolizzabile e pertanto sostanzialmente patogeno.

Con quanto detto non vorrei dare l'impressione che fra psicoanalisi, psicoterapia e psichiatria debbano esistere solo rapporti di collaborazione e reciproca fiducia. Il richiamo iniziale alla frase citata di Freud aveva, a questo proposito, un senso ben preciso. È ovvio che un analista non può che sperare che l'uomo divenga sempre più cosciente della propria situazione e sempre più padrone della propria vita. La psicoanalisi, come la psicoterapia e la psichiatria, non possono non volere « avvenire »; hanno modelli di riferimento precisi e precise ambizioni ed uno stato di reciproca competizione non può mancare; il desiderio nel campo analitico non può essere che quello di prassi in cui il paziente stesso abbia il maggior potere contrattuale possibile che lui stesso possa contribuire ad istituire.

Quanto fin qui sostenuto con uso di termini esterni alla teoria junghiana, appare perfettamente assumibile all'interno della stessa concezione teorica che fornisce anche, a mio avviso, modelli di riferimento a questo proposito molto interessanti: il rifiuto che Jung ha sempre opposto a concezioni parziali della psiche e la considerazione che ha sempre dato a tutti gli aspetti dell'uomo, da quelli biologici (reale), a quelli psicologici (immaginario?), a quelli spirituali (simbo-

lico?), se da un lato possono apparire, per la loro imparzialità, come non essenti capaci di fornire uno strumento valido di modificazione della realtà, dal lato opposto sono invece indice della ricerca e della scoperta di uno strumento non semplificato e la cui complessità è dovuta alla sua adeguatezza alla complessità della realtà stessa.