

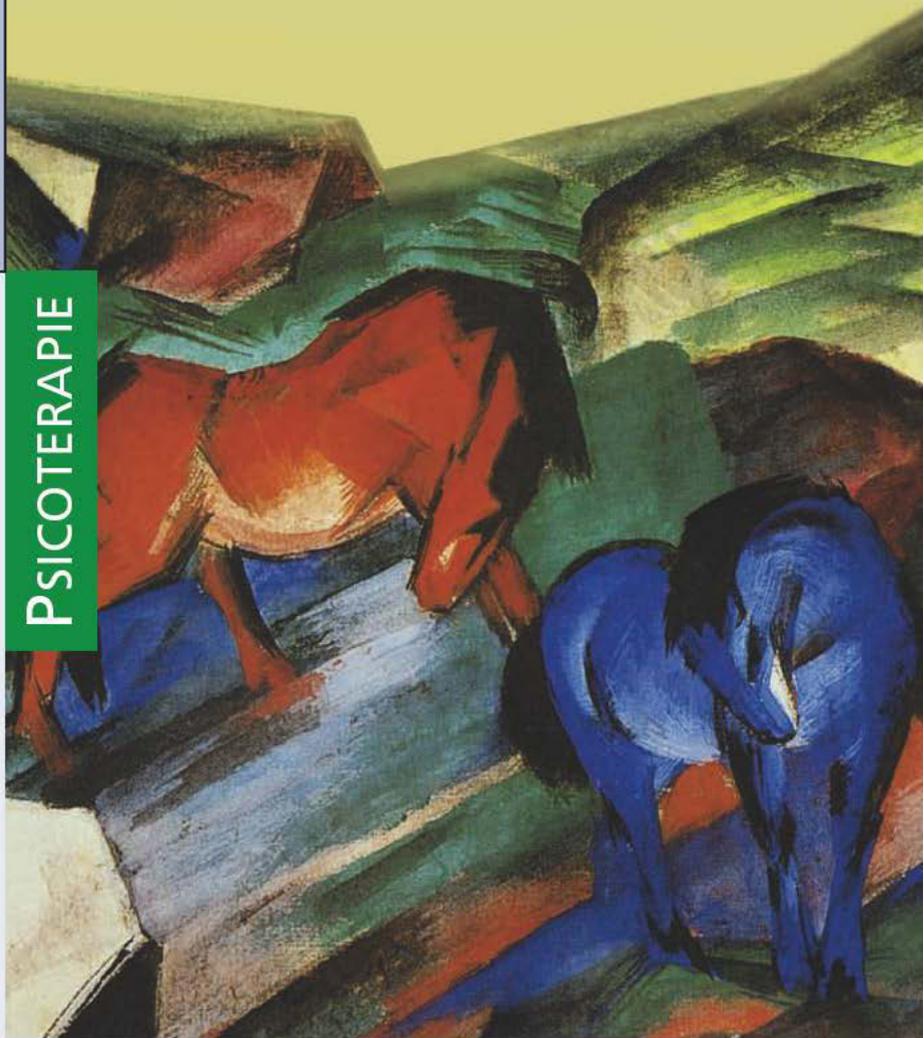
Psicoanalisi in trincea

Esperienze, pratica clinica
e nuove frontiere in Italia
e nel Regno Unito

A cura di
Paola Cuniberti
e Luigi Caparrotta

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Psicoanalisi in trincea

Esperienze, pratica clinica
e nuove frontiere in Italia
e nel Regno Unito

A cura di
Paola Cuniberti
e Luigi Caparrotta

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Grafica di copertina: Elena Pellegrini

In copertina: Franz Mark, Cavallo rosso e cavallo blu (part.), 1912

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

A Giulia
A Martin e Thomas

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va ai nostri pazienti, che ci hanno permesso di realizzare le esperienze descritte in questo libro, e ai nostri colleghi e collaboratori. Vorremmo citarli tutti, ma, non potendo fare un lungo elenco, ringraziamo Claudia Miroglio, Maria Alessandra Ponzone e Maria Luisa Silvestri del servizio di Psicologia clinica e Guglielmo Occhionero, direttore del servizio di Psichiatria dell'ASL di Asti, e Sheilagh Davies e Irwin Nazareth del servizio di Psicoterapia psicodinamica di Camden (London) per la loro infaticabile e competente dedizione al lavoro "in trincea" e per aver condiviso fin dall'inizio scelte, idee e percorsi. Ai colleghi che si sono aggiunti più tardi vanno la nostra riconoscenza e il nostro affetto per l'entusiasmo e la creatività con cui svolgono quotidianamente il lavoro clinico. Ai nostri tirocinanti, specializzandi e frequentatori un grazie perché ci hanno sollecitato a guardare avanti, anche nei momenti di crisi.

Ringraziamo i traduttori dei due capitoli scritti originariamente in inglese: Michele Liuzzi (per il capitolo di Anthony Bateman sulla psicoterapia dei pazienti borderline) e Giulia Occhionero (per il capitolo di Jessica Yakeley sul trattamento degli "offenders"), che hanno reso possibile il passaggio tra le due culture.

Infine, desideriamo ringraziare i nostri maestri Egle Laufer, Jo e Anne-Marie Sandler, Giovanni Moretti e Augusto Romano per i preziosi insegnamenti e per la passione per la pratica analitica. A quest'ultimo un grazie particolare per la fiducia, l'incoraggiamento e i suggerimenti nel lavoro di revisione.

Indice

Prefazione

di <i>Augusto Romano</i>	pag. 13
Bibliografia	» 20

Introduzione

di <i>Luigi Caparrotta e Paola Cuniberti</i>	» 21
Bibliografia	» 30

Parte prima

Esperienze psicoanalitiche nei servizi sanitari italiani e inglesi

1. Racconti di guerra. Psicoanalisi, salute mentale e pratiche istituzionali, ieri e oggi, in Italia

di <i>Pier Francesco Galli</i>	» 35
1. Origini e compagni di strada	» 35
2. Qualche spunto di storia	» 39
3. Metodo, tecnica e teoria	» 42
4. L'identità terapeutica	» 49
5. Diagnosi psichiatrica e diagnosi psicoanalitica	» 51
6. Conclusioni	» 52
7. Epilogo. Alcune tesi e qualche considerazione per chiudere il discorso (sperando che rimanga aperto!)	» 53
Bibliografia	» 56

2. Elementi di continuità tra psichiatria e psicoanalisi

di <i>Marco Monari</i>	» 59
1. Qualche cenno storico	» 60

2.	A proposito dei setting della cura ambulatoriale	pag. 65
3.	Dalla diagnosi al racconto di sé: la dimensione semiotico-indiziaria e quella narrativa del lavoro psichiatrico	» 69
4.	Una traccia finale	» 76
	Bibliografia	» 78
3.	Un contributo per l'adolescenza e la giovane età: quando la psicoanalisi diventa prevenzione	
	di <i>Maria Zirilli</i>	» 81
	La psicosi	» 81
1.	Premessa	» 81
2.	Il modello operativo	» 84
3.	Psicoanalisi in trincea	» 89
4.	E infine...	» 101
	Bibliografia	» 105
4.	Psicoanalisi e pratica clinica con pazienti borderline nel NHS	
	di <i>Anthony W. Bateman</i>	» 107
1.	I pionieri	» 107
2.	Il "Menninger Project"	» 109
3.	Il Regno Unito e il National Health Service	» 110
4.	Teoria dell'attaccamento, psicoanalisi e mentalizzazione	» 112
5.	Sviluppi della terapia basata sulla mentalizzazione nel NHS	» 113
6.	Il lavoro con i pazienti borderline nel NHS	» 115
7.	La "terapia basata sulla mentalizzazione"	» 117
8.	Conclusioni	» 129
	Bibliografia	» 130
5.	Psicoanalisi nelle cure primarie: un'esperienza di collaborazione con operatori e medici di medicina generale nelle cure primarie	
	di <i>Luigi Caparrotta</i>	» 135
1.	Introduzione	» 135
2.	Le cure primarie nel servizio sanitario inglese	» 136
3.	Il lavoro dei GPs	» 139
4.	Il servizio di psicoterapia psicodinamica del distretto londinese di Camden: cenni di storia e di geografia	» 140

5. Esperienza con un ambulatorio di MMG: tre casi clinici	pag. 142
6. Programmazione di un servizio di psicoterapia psicodinamica e collaborazione con le cure primarie	» 147
7. Note conclusive	» 148
Bibliografia	» 148
6. Il processo di consultazione, dal primo colloquio al progetto terapeutico condiviso: un'esperienza nel NHS	
di <i>Luigi Caparrotta</i>	» 151
1. Introduzione	» 151
2. Il primo colloquio: definizione	» 152
3. Il consulente clinico	» 153
4. Procedura di invio	» 154
5. Ragioni per l'invio	» 155
6. Fattori generici e specifici del primo colloquio	» 156
7. Il primo colloquio	» 159
8. Diagnosi e formulazione del caso	» 163
9. Percorsi postcolloquio	» 164
10. Conclusione	» 166
Bibliografia	» 166
7. Il processo di consultazione, dal primo colloquio al progetto terapeutico condiviso: un'esperienza nel SSN italiano	
di <i>Paola Cuniberti</i>	» 167
1. Consultazione psicoanalitica e pratica clinica nel SSN	» 167
2. Problemi di metodo e di tecnica	» 175
3. La psicoterapia come lavoro di trincea	» 192
Bibliografia	» 196

Parte seconda
Pratica analitica e nuove frontiere

8. Il trattamento analitico delle vittime di violenza sessuale: possibili modificazioni del setting e della tecnica	
di <i>Alvise Orlandini</i>	» 201
1. Introduzione	» 201
2. Neutralità e azione: dalla teoria della tecnica alla realtà della pratica	» 201

3. Specificità delle vittime di violenza sessuale	pag. 203
4. Specificità della terapia dei pazienti traumatizzati	» 204
5. Un difficile equilibrio	» 210
6. Conclusioni	» 210
Bibliografia	» 211
9. Un punto di vista psicoanalitico sul trattamento degli “offenders”	
di <i>Jessica Yakeley</i>	» 213
1. L'autore di reato	» 213
2. Psicoterapia forense: una nuova disciplina?	» 215
3. Violenza come comunicazione	» 218
4. Comprendere la mente antisociale	» 220
5. Un quadro psicoanalitico per lavorare con i trasgressori	» 223
6. Il setting con funzione di contenitore	» 224
7. Valutazione e ingaggio	» 227
8. Interventi terapeutici specifici	» 229
9. Controtransfert	» 231
10. Conclusioni	» 232
Bibliografia	» 233
10. Quando i pazienti non hanno parole per le emozioni: un contributo tra psicologia analitica e neuroscienze	
di <i>Ferruccio Vigna</i>	» 237
1. Un frammento clinico	» 237
2. Tra mentalizzazione e alessitimia	» 238
3. Quale psicoterapia per il paziente alessitimico?	» 242
4. Alessitimia e neuroscienze	» 244
6. La proposta junghiana	» 247
6. Una parentesi mitologica: il vitello d'oro	» 251
7. Utilizzare finalisticamente le immagini	» 253
8. Conclusioni	» 259
Bibliografia	» 260
11. L'efficacia delle psicoterapie dinamiche: lo stato dell'arte della ricerca empirica	
di <i>Vittorio Lingiardi, Francesco Gazzillo e Federica Genova</i>	» 263
1. Le psicoterapie dinamiche per i disturbi dell'umore	» 264

2. Le terapie per i disturbi d'ansia	pag. 267
3. Le psicoterapie dinamiche per i disturbi del comportamento alimentare (DCA)	» 270
3.2. Le psicoterapie dinamiche per la bulimia	» 271
4. Le psicoterapie dinamiche per pazienti con abuso e dipendenza da sostanze	» 272
4.2. Le psicoterapie dinamiche per la dipendenza da cocaina	» 273
5. Le psicoterapie dinamiche per i disturbi somatici, psicosomatici e somatoformi	» 274
6. Le psicoterapie dinamiche per i disturbi di personalità	» 276
7. Due meta-analisi sull'efficacia delle psicoterapie dinamiche brevi per disturbi psichiatrici specifici	» 285
8. L'efficacia dei fattori terapeutici psicodinamici	» 287
9. Il paradosso di Dodo è ancora sostenibile?	» 288
10. Alcuni limiti degli Studi Randomizzati Controllati (RCT) sui Trattamenti Supportati Empiricamente (EST)	» 291
Bibliografia	» 294
12. L'efficacia delle psicoanalisi alla luce della ricerca empirica	
di <i>Francesco Gazzillo, Vittorio Lingiardi e Federica Genova</i>	» 307
1. Gli studi di "prima generazione" sull' <i>outcome</i> delle psicoanalisi	» 307
2. La "seconda generazione" degli studi empirici sull' <i>outcome</i> delle psicoanalisi	» 310
3. Il progetto Menninger diretto da Robert Wallerstein e gli studi di "terza generazione" sugli <i>outcome</i> delle psicoanalisi	» 315
4. Gli studi più recenti del Boston Psychoanalytic Institute	» 318
5. Lo studio di Stoccolma sugli <i>outcome</i> della psicoterapia e della psicoanalisi (STOPP)	» 319
6. The Berlin Study: un progetto multicentrico su processo e <i>outcome</i> delle terapie psicoanalitiche	» 323
7. The Heidelberg Study: uno studio su 53 interviste di follow-up	» 325
8. The Konstanz Study, la versione tedesca del Consumer Report	» 326
9. The Berlin Jungian Study: uno studio su <i>efficacy</i> ed <i>effectiveness</i> del trattamento psicoanalitico junghiano e della psicoterapia ambulatoriale	» 327

10. Il programma di ricerca dell'Institute for Psychoanalytical Training and Research (IPTAR)	pag. 329
11. La ricerca di Leuzinger-Bohleber sui follow-up delle psicoanalisi	» 330
12. L'analisi dei costi e dei benefici a lungo termine delle terapie analitiche	» 332
13. Conclusioni	» 334
Bibliografia	» 336
Postfazione	
di <i>Alessandra Lemma</i>	» 343
Bibliografia	» 346
Autori	» 347

Prefazione

di *Augusto Romano*

Gli analisti hanno nevrosi molto particolari. Sono infettati da tutte le traslazioni che ricevono, e ciò li rende individui dalla mente contorta. Subiscono un avvelenamento, e di norma diventano ipersensibili e suscettibili, individui con cui non è facile avere a che fare. Invariabilmente è questa l'infezione della professione maledetta: sono colpiti dalla maledizione del loro *Vecchio Saggio*, che è così perfetto. Dovrebbero saperne più degli altri, ma non è così. Perciò per l'analista è importante confessare di non saperne di più, o ne saprà di meno. Così darà un'opportunità al paziente. Ma, vedete, rimane sempre la questione del prestigio del medico. Il pubblico vuole credere che il medico sia una specie di stregone o di mago (Jung, 2011, p. 164).

La frase è di C. G. Jung, ma credo potrebbe essere sottoscritta da molti analisti, junghiani e non. Malgrado l'intonazione scherzosa, tocca dei punti nodali della professione analitica, o quanto meno evoca delle associazioni che la riguardano. Va detto anzitutto che la frase, pronunciata nel 1934, si riferisce certamente alla figura dell'analista tradizionale, che dalla mattina alla sera sta chiuso nel suo studio a ricevere pazienti. Un signore generalmente sedentario, di temperamento preferibilmente introverso. La solitudine, l'elevata frequenza delle sedute con le stesse persone, l'aura "sacerdotale" connaturata al ruolo e, *last but not least*, il bombardamento transferale lo espongono al rischio di inflazione. Che, in altre parole, significa: eccesso di fiducia in se stesso, esclusione del dubbio, rigidità, identificazione – come diceva Jung – con il *Vecchio Saggio*, cioè con un ideale di inattaccabile compiutezza. Non sono pochi gli analisti, di tutte le scuole, che si sono trasformati, quasi senza accorgersene, in Guru e Maestri. Ma anche senza toccare questi estremi, resta il rischio paradossale che una terapia nata per avvicinare l'uomo a se stesso, liberandolo nei limiti del possibile dalle costrizioni interne, torni poi a reificarlo, a considerarlo cioè come un oggetto manipolabile. Questo accade quando la teoria, intesa come un artefatto mentale che precede l'incontro, offusca la realtà dell'incontro stesso, sino a negarla quando essa sembra non darle ragione. Per fortuna esistono le differenze individuali, e certamente nei nostri studi accadono spesso, e senza scandalo, cose non previste dalla teoria, e particolarmente dalla teoria della tecnica.

Tuttavia, al di là dei singoli professionisti, la psicoanalisi nel suo insieme, il “metodo psicoanalitico classico”, sembra affetto da un complesso di superiorità, che si fa garante della necessità dell’ortodossia e delle relative liturgie. Poi, come dicevo, nel chiuso della loro cameretta, molti fanno ciò che sentono, applicando quella etica del dubbio cui fa implicito riferimento Jung nella frase da cui ho preso le mosse, e manifestando così un salutare relativismo epistemologico.

L’aspetto più visibile del rigore analitico è costituito dal *setting*, le cui regole sono la filiazione della teoria che lo fonda. Ma cosa succede quando la psicoanalisi è costretta a migrare dagli studi in cui celebrava i suoi misteri dolorosi e a infilarsi in stanze senza divano, assai meno protette, e anzi non di rado attraversate da spifferi invernali (telefonate, irruzioni impreviste, e così via)? Succede che la psicoanalisi scompare, lasciando il posto alla “psicoterapia psicoanalitica”.

Come in un *feuilleton* ottocentesco, lasciamo ora in sospeso le vicende della psicoanalisi e facciamo un passo indietro. Poiché devo stringere in poche righe un alto numero di eventi epocali, prego il lettore di voler scusare l’inevitabile stile da Wikipedia. Dunque: il mondo è cambiato. Nietzsche ha “inventato” il nichilismo (ma già ne aveva parlato Turgenev in *Padri e figli*); parole vecchie o nuove sono entrate o rientrate in circolo: alienazione (di cui non si sentiva più parlare dopo Hegel e Marx), anomia, solitudine esistenziale, reificazione, mercificazione, e così via. Si parla di società eterodiretta, di “folla solitaria”, di “cultura del narcisismo”, dell’induzione di bisogni ottenuta attraverso i mezzi di comunicazione di massa. Fenomeni nuovi ed esacerbazione di pratiche preesistenti. Del resto, quanto a reificazione, i vecchi ospedali psichiatrici non avevano niente da invidiare – a parte i roghi – all’Inquisizione. Cambiano anche i disturbi psichici. Per esempio, mi ha colpito che in questa bella raccolta di saggi non ricorrono mai i nomi delle tradizionali sindromi nevrotiche (isteria ecc.). Evidentemente, il cuore batte ormai altrove. I nuovi disagi sembrano più gravi, e hanno tutti forti ricadute ambientali. Si chiamano narcisismo, alessitimia (a cui in questo volume F. Vigna dedica una disamina di straordinario interesse), personalità *borderline*. In tutte è presente, pur nella varietà delle declinazioni, una grave difficoltà di rapporto con se stessi e con il mondo esterno, un’inquietante sregolazione dell’affettività, un’incapacità di dialogo interiore, uno scollamento tra la facciata e gli interni di un edificio spaccato da un fulmine silenzioso. L’espressione *assenza o difetto di mentalizzazione* è stata poi usata per collocare questi tratti su un più generale orizzonte concettuale.

Se penso per esempio al narcisista, che è la figura che meglio conosco, lo vedo barricato nel suo carcere difensivo, affettivamente scollegato dagli altri. È uno che non sopporta l’idea che tutte le relazioni umane importanti siano inevitabilmente conflittuali, e dunque le evita. Non giunge perciò mai ad accettare

la paradossale verità che ogni nostro risultato è transitorio, ma che al tempo stesso vale la pena di impegnarsi seriamente nella costruzione dei nostri castelli di sabbia. Egli sa che gli amori passano, ma ignora che è bello averli vissuti. È triste rendersi conto che, considerato dal punto di vista della storia delle idee e delle trasformazioni sociali, il narcisismo è una degenerazione patologica della nozione di individuo, che pure fu la conquista fondamentale della modernità (si veda Pulcini, 2009). Nel mondo postmoderno l'accento posto sull'Io diviene fine a se stesso e si manifesta nell'incapacità di riconoscere l'altro nella sua realtà e autonomia. Il rifiuto dei limiti etici e la rottura del patto sociale sono consustanziali con la perdita del legame e con il vuoto emotivo che l'accompagna. Freud, che sul narcisismo cambiò più volte idea, finì per concludere, con il suo caratteristico pessimismo, che esso andava collegato alla pulsione di morte, mostrandosi anche in questo fedele all'amara dottrina di Hobbes, il quale vedeva nell'umanità "un desiderio perpetuo e senza tregua di un potere dopo l'altro, che cessa solo nella morte". È appena il caso di aggiungere che il feticismo, la cui funzione è quella di impedire il dialogo umano, è uno degli strumenti più efficaci di cui si avvale la cultura del narcisismo. In esso si manifesta una strategia globale: se gli esseri umani sono, nella loro imprevedibilità, pericolosi, l'unico modo di controllarli sarà quello di trasformarli in qualcosa di inanimato: in un feticcio. L'amore per l'inorganico attenua l'angoscia associata all'impurità di tutto ciò che vive e sembra rendere la vita più chiara, certa e definita. Se però si buttano via le impurità e le incertezze si butta via tutto. Il poeta J. Keats coniò l'espressione "capacità negativa" per indicare la capacità "di stare in mezzo alle incertezze, ai misteri, ai dubbi". È una capacità che si va affievolendo.

Ma torniamo al punto. Gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi e sono state attivate le unità di cura destinate ad affrontare il disagio psichico. È in questo contesto che, accanto ad altri strumenti di intervento, si è fatta largo la psicoterapia psicoanalitica. È interessante osservare come in questo volume l'atteggiamento nei confronti di questa pratica presenti delle singolari oscillazioni. In certi momenti essa sembra essere vista come un surrogato, come chi dicesse: "Se potessimo applicare sempre la psicoanalisi, sarebbe tutta un'altra cosa, ma purtroppo non ci sono i soldi, e non si può". Mi viene da pensare che si tratti di una sorta di senso di colpa per aver tradito i padri. Anche perché poi vengono avanzate ben più sostanziose ragioni a difesa del cambiamento: ragioni che riguardano soprattutto il fatto che la psicoanalisi classica non possiede gli strumenti adeguati – né l'attrezzatura teorica – per affrontare le nuove patologie. Del resto, Freud aveva spiritosamente affermato che "la psicoanalisi è una buona cosa per persone normali".

Parlare di "psicoterapia psicoanalitica" significa riconoscere una genealogia, e quindi rendere omaggio alla "vera" psicoanalisi. In realtà, questa filiazione riguarda soltanto alcuni principi generalissimi: l'esistenza di una dimen-

sione inconscia, la dissociabilità della psiche, il nesso tra sintomi e conflitti, l'importanza attribuita al transfert e al controtransfert. Per contro vengono relativizzati, o ritenuti inutilizzabili, la più parte dei capisaldi della tecnica psicoanalitica (frequenza e durata delle sedute, uso del lettino, associazioni libere, centralità del nesso deterministico tra passato e presente, interpretazioni, neutralità, astinenza ecc.). Viene anche fortemente sottolineata l'importanza di "personalizzare il trattamento, confezionandolo 'su misura'" (Monari); di "dare importanza al registro affettivo" (Cuniberti); di essere "accoglienti" (Zirilli) e aperti al dialogo; di favorire nel paziente condotte espressive, immaginative e narrative (Cuniberti, Monari, Vigna), che consentano ai due del rapporto di riscrivere insieme la storia del paziente; di essere "umili" e di esercitare "umanità e compassione" (Bateman). In sostanza, si tratta di una vera e propria decostruzione del corpus psicoanalitico tradizionale. Qualcuno potrebbe parlare, a questo proposito, di sentimentalismo, buonismo, maternalismo, e certo si tratta di rischi reali. Una risposta puntuale l'ho però trovata, in questo volume, là dove P. Cuniberti avverte che "può accedere alla psicoterapia chi sia disposto a soffrire e a farsi carico di sé".

Se seguiamo il tragitto che ha portato alla relativizzazione dei principi e delle regole della psicoanalisi storica e alla sua sostituzione con quella che possiamo chiamare, con espressione comprensiva, "terapia analitica", ci rendiamo conto che questo processo ha provocato una vera e propria rivitalizzazione dello spirito analitico: un alleggerimento dei vincoli teorici e delle prescrizioni tecniche e un ritorno a quel soffio originario che indusse i padri della psicoanalisi a lavorare con le persone sofferenti affinché esse divenissero più libere; affinché imparassero a soffrire, cioè a dare senso all'inevitabile sofferenza della vita. Si potrebbe obiettare che così si legittima un inconsulto e velleitario eclettismo. Anche questo, ovviamente, è un esito possibile. Io direi però che ogni terapeuta dovrebbe conservare la propria visione del mondo (sappiamo che ogni psicologia presuppone un'antropologia); ciò che veramente conta è che tale *Weltanschauung* contempli la possibilità di essere, nel caso concreto, smentita. Come scrive F. Vigna, "l'analisi si pone come promotrice di un'assunzione di responsabilità individuale, ma le sue norme generalizzanti ne destituiscono, nei fatti, il fine".

Potremmo allora affermare che la psicoterapia praticata nei servizi pubblici come descritta in questi saggi può (potrebbe) diventare il laboratorio in cui prende corpo (un "corpo sottile", naturalmente) un modo di operare più libero e insieme più impegnato, che vede coincidere un più profondo coinvolgimento affettivo del terapeuta, una sua piena disponibilità al dialogo e una maggiore responsabilizzazione del paziente.

Sarebbe bello poter concludere su questa speranza. Ma tralascieremo alcuni temi che imprimono un suggello drammatico su questo volume. Le persone che lavorano nei servizi pubblici non vivono nel vuoto pneumatico. Esse

lavorano dentro un'istituzione, che è portatrice di valori e di regole. Non sembra dubbio che l'atteggiamento di fondo degli operatori, come è rispecchiato in questi saggi, sia volto a salvaguardare – così scrivono i curatori – “l'ispirazione radicale e critica del discorso mai addomesticabile dell'inconscio”. Questo significa aiutare il paziente a tenere costantemente aperto un canale di comunicazione con “l'altra parte”, e dunque accettarlo nella sua irriducibile individualità, di cui è elemento essenziale ciò che Jung chiamerebbe *Ombra*.

Se queste non sono vuote parole, esse indicano una strada difficile, un crinale che insieme divide e unisce gli opposti versanti dell'adattamento sociale e del non-adattamento, che a volte corrisponde alle più profonde esigenze del Sé. Di tutto ciò poco importa all'istituzione, che per sua natura è conservatrice e diffidente nei confronti del nuovo, ama la semplificazione dei problemi (ma non delle pratiche!) ed è fedele a quello che si potrebbe chiamare un pregiudizio pseudo-realistico (procedure uniformi e fortemente burocratizzate; risultati chiari, visibili, inequivocabili). Un'idea del tutto fantastica di efficienza e produttività (un'efficienza che vuol far mostra di sé, senza interrogarsi sulla sostanza di ciò a cui essa si riferisce: un efficientismo senza scopo) si coniuga con un ingenuo e incompetente rinvio a presunte “evidenze scientifiche”. Sullo sfondo risuona la *mantra* apotropaica della “razionalità”.

L'Istituzione non ha letto Foucault. Del resto, non è necessario averlo letto per sapere che i matti sono appunto *matti*, malati di una strana malattia molto disagiata, nella quale è nascosta un'interrogazione (una contestazione) rivolta all'ordine del mondo. Meglio ridurre questa malattia a un disordine biologico, o assolutizzare i sintomi così che, se essi regrediscono, si possa pensare che tutto sia tornato a posto. Corpo morto *versus* corpo vivente. E, in ogni caso, scarsi investimenti economici, giacché il denaro è misura dell'importanza, e il male di vivere è un lusso.

Le terapie cognitivo-comportamentali stanno maggiormente – per una sorta di isomorfismo strutturale – dalla parte dell'ordine. Mentre chi traffica con l'inconscio è portato a condividere l'affermazione di Novalis, secondo cui sempre “il caos deve rilucere attraverso il velo dell'ordine”. Una frase che a orecchie timorate suona subito inquietante, perché significa essere disposti a tollerare l'incertezza e l'ambiguità, cioè la pienezza della vita. Ovviamente, se l'inconscio non c'è, tutto risulta più semplice.

Una signora spiritosa mi disse una volta che queste contrapposizioni dipendono fondamentalmente dal fatto che alcuni psichiatri e psicologi hanno fatto il “classico”, e altri lo “scientifico”. Quelli che hanno fatto il classico sono più attenti alle visioni del mondo, ai sentimenti, ai sogni e tendono a considerare la loro professione più un'arte che una procedura scientifica. Gli altri conservano appunto una mentalità scientifica e sono portati a ritenere che la psicologia sia una scienza della natura. I primi hanno un atteggiamento più fenomenologico, attento al qui e ora della situazione del paziente e della relazione

analitica; i secondi condividono una visione più centrata sulle cause e sulla loro concatenazione. In altri termini, una visione più “oggettivante”. I due atteggiamenti si possono anche mescolare, e tuttavia il marchio di origine resta riconoscibile. Il che, fra l’altro, fa pensare a quanto le visioni del mondo possano influenzare le pratiche terapeutiche.

Può darsi che quella signora avesse ragione. D’altra parte, le opzioni di fondo sono ciò a cui noi affidiamo la nostra identità e il senso della nostra vita; in qualche modo esse inverano il nostro destino, anche se sappiamo che, pur potendole argomentare, mai potremo dimostrarle come “vere”.

Sta di fatto che questo volume documenta una radicale *Auseinandersetzung*, un corpo a corpo quasi fisico, e certamente etico, tra l’idea di una terapia rispettosa dell’umanità del paziente e convinta che i sintomi accennino a un’ulteriorità di senso, e un’istituzione volta a coltivare la rassicurante illusione che una struttura che si occupa dell’anima e della sofferenza sia un’azienda come tutte le altre, una specie di grande officina di riparazione di pezzi usurati. Un corpo a corpo che non è soltanto ideale, e si traduce nello scontro quotidiano tra le persone che incarnano le opposte posizioni.

Ho l’impressione che le ricerche sull’efficacia della terapia, qui ampiamente documentate, rappresentino una testimonianza particolarmente istruttiva del vano tentativo di salvare capra e cavoli. Chi legga con qualche attenzione i risultati dei tanti studi che in questo volume sono raccolti e commentati, si renderà conto che l’ammirevole onestà e l’acribia di cui fanno mostra obbliga i commentatori a manifestare una grande quantità di dubbi, riserve e limitazioni, tanto da rendere ben poco significativi e discriminanti i risultati delle ricerche. In altre parole, ci sono poche evidenze statistiche che i pazienti traggano particolari vantaggi dalla terapia analitica. Tuttavia, le ricerche si moltiplicano. Il che mi fa pensare a un tentativo di ammansire il Moloc istituzionale facendo appello al suo sistema di valori; di convincerlo che non stiamo mangiando il pane a tradimento e, addirittura, di ottenere l’approvazione della “comunità scientifica”. Purtroppo, niente da fare: occorre accettare la rinuncia alla certezza statistica.

Il risultato era prevedibile, perché proprio in queste ricerche si mostra in tutta la sua evidenza la contraddizione. Tutti sappiamo che ogni ricerca quantitativa è obbligata a schematizzare, a semplificare; per rendere misurabile il suo oggetto, deve scomporlo in parti numerabili. Ma non abbiamo visto che, per la terapia analitica, il paziente è un “oggetto” che trascende le parti di cui è costituito? E, esemplificando, questo non vuole forse dire che, in certi casi, la mancata scomparsa dei sintomi può accompagnarsi a una trasformazione interiore che attribuisca loro un significato diverso? Facciamo un esempio estremo: siamo sicuri che qualche volta il suicidio non possa essere considerato come la “giusta” conclusione di una vita? “Non tutto si può né si deve guarire”. R. M. Rilke, un poeta (i poeti la sanno più lunga degli statistici), ha scritto: “Dà, Si-

gnore, a ciascuno la sua morte”. E allora, come la mettiamo con i numeri, l’efficienza, la produttività, le statistiche sui sommersi e i salvati?

Si tocca così inevitabilmente il problema dei criteri di guarigione, che porta a riflettere su cosa sia la sanità psichica, e cosa l’adattamento (adattamento a cosa?) e il disadattamento; sul possibile conflitto tra esigenze collettive ed esigenze individuali; in definitiva, su quale debba essere lo scopo della cura. Tutti argomenti sottoposti a forti pressioni ideologiche, ma anche tali da mostrare, a chi li prenda sul serio, quanto l’assetto del mondo sia stratificato e cangiante.

In definitiva, niente di male se si continuano a elaborare studi di validazione, purché vi sia la piena consapevolezza che si sta pestando acqua nel mortaio. Con l’intento e la speranza, beninteso, che i funzionari preposti la bevano, quell’acqua. Forse si può dire anche diversamente: esiste una verità essoterica e una verità esoterica. La prima ha a che fare con il “giusto” delle statistiche, la seconda con il “giusto” della e nella vita. È un po’ come il problema delle qualità che dovrebbe possedere il terapeuta. In questo volume è più volte affermata la centralità della figura del terapeuta, e P. F. Galli molto opportunamente utilizza a questo proposito la distinzione fra *training* (addestramento) e *Bildung* (formazione). C’è anche chi si cimenta nel tentativo di compilare liste di qualità personali che l’operatore psicologico dovrebbe possedere per essere presentabile. Io in proposito ho le mie idee, rigorosamente esoteriche, e approfitto dell’occasione per confidarle al lettore, provando così a rinforzare, per analogia, il mio scetticismo sull’opportunità e utilità delle statistiche, cioè – in altre parole – dei riconoscimenti ufficiali. Anzitutto, penso che analisti e simili facciano questo lavoro per continuare a curarsi (e, purtroppo, alcuni per perfezionare la loro malattia in modo da renderla definitivamente incurabile). Dunque, devono aver fatto un adeguato apprendistato nella nevrosi e non devono essere, né considerarsi, del tutto guariti. Aggiungerò che non dovrebbero avere un tasso elevato di alessitimia. Inoltre, dovrebbero conservare nel cuore un certo rimpianto per non aver fatto l’attore. Quanto alla *Bildung*, dovrebbero aver letto, con trasporto e attenzione, almeno i tragici greci, Shakespeare, Cervantes, Hoffmann, Leopardi, Dostoevskij, Tolstoj, Cechov, Conrad, Melville, Broch, Kafka, Beckett e Pinocchio (si accettano liste alternative, comprendenti, per esempio, il *Tristram Shandy* di Sterne, Defoe, Puskin, Hugo, Dickens, Poe, Musil, Mann, J. Roth, P. Levi, e così via). Sarebbe gradita anche la delibazione di un florilegio della poesia universale. Questi sono i libri di studio. Gli altri – i libri di psicologia, psichiatria, psicoanalisi – vanno letti di sera, a letto, prima di addormentarsi, come romanzi gotici, tortuosi e capziosi, che stancamente (e comunque, invano) inseguono un ideale di borghesiana nitidezza.

Per concludere. Questo è un libro fittamente abitato, pieno di fatti e di testimonianze, ricco di utilissimi dettagli su strategie e modi di sopravvivenza, oltre che di illuminanti descrizioni di situazioni particolari e del loro tratta-