

Limiti e possibilità della psicoterapia: una lettura critica

Nicola Lalli©2006 sul Web

*“Se la scissione è l’elemento fondamentale della psicopatologia
e l’integrazione rimane lo scopo centrale della psicoterapia,
la coerenza ne rappresenta il corretto risultato”*

Nicola Lalli

Qualsiasi riflessione sulla psicoterapia non può prescindere dalla constatazione storica che questa disciplina si è formalizzata solo poco più di un secolo fa: tempo limitato se rapportato a tante altre branche del sapere come la fisica, la chimica, l’astronomia, la medicina che hanno impiegato secoli per costituirsi come discipline empiricamente fondate, validate e condivise dalla comunità scientifica.

Centocinquanta anni è un tempo breve e la psicoterapia è una disciplina giovane che sicuramente può presentare contraddizioni e limiti che se riconosciuti ed accettati possono essere superati, sempre che si rinunci ad impossibili dimostrazioni di scientificità utilizzando metodiche di tipo naturalistico.

La psicoterapia nasceva da una accresciuta sensibilità e da nuove esigenze dei soggetti: riprendersi la vita, affrancandola dal destino di una nascita che – per motivi sociali – li rendeva ineguali e da un peccato originale che li rendeva sì uguali ma li accomunava in una condanna senza alcuna responsabilità.

La psicoterapia si è fondata nel momento stesso in cui si è separata sia dalla filosofia con la sua visione antropologica astratta (salvo gli aspetti pragmatici delle precettistica etica) sia dalla religione con la sua pretesa di cieca obbedienza, contrapponendo così al principio di autorità quello di responsabilità.

La separazione dalla religione e dalla filosofia che ritenevano avere il monopolio della comprensione e della gestione della vita psichica dell'uomo, ha comportato la strutturazione di un corpus teorico ed operativo che seppur non omogeneo è sempre stato finalizzato ad una azione terapeutica – compito primario di ogni psicoterapia – in grado di rendere più libero il soggetto non più da antichi vincoli posti da altri, ma da quelli che egli stesso si poneva.

E per questo arduo compito erano necessarie regole fondamentali ed inalienabili: una teoria empirica su cui fondare la prassi, una validazione dell'efficacia della stessa, rispetto per il paziente che non poteva essere utilizzato per fini diversi da quelli di una cura e da una ricerca di verità sulla stessa, rispetto per la comunità di ricercatori che, seppur con metodi diversi, operavano perseguendo le stesse finalità.

Regole fondamentali la cui inosservanza produce da una parte la malpractice, dall'altra la ubris ideologica di chi nella sicurezza tracotante di proporre nuove e totalmente originali teorie, condanna e squalifica quanti non acclamano il nuovo verbo, facendo riemergere vistosamente quell'aspetto religioso che era stato bandito per fondare la più laica delle discipline umane, la psicoterapia.

E dal momento che la richiesta di aiuto sul piano psicologico, antica quanto la sofferenza dell'uomo, ha avuto una progressiva *escalation* in questi ultimi decenni, si è riaperto di nuovo uno spazio non solo per quelle strutture che da sempre hanno cercato di contenere tale malessere – dalla religione alla filosofia – ma soprattutto per l'emergenza di personaggi e di gruppi che celandosi sotto l'accattivante denominazione di psicoterapia, agiscono con disinvoltura dinamiche psicopatologiche che la psicoterapia in genere dovrebbe affrontare e risolvere.

Quindi non è operazione inutile proporre una riflessione sui limiti e le possibilità della psicoterapia: ma per fare questo debbo porre alla vostra attenzione alcune tematiche basilari.

- 1 – Definizione degli scopi e delle finalità della psicoterapia.
- 2 – Valutazione degli esiti.
- 3 – Analisi del processo terapeutico: cosa e come curiamo.
- 4 – Cosa non può definirsi psicoterapia o la “psicoterapia negata”.

1 - Definizione degli scopi e delle finalità della psicoterapia

È basilare definire quali sono gli scopi e le finalità, proprio nelle rispettive accezioni etimologiche di bersaglio e di limite, delle psicoterapie. L'uso del plurale è d'obbligo, perché dobbiamo tener conto che esistono diverse forme di psicoterapia derivanti da teorizzazioni che per le loro differenze presentano precise indicazioni e le ovvie, naturali, controindicazioni.

Diverse, anche se non tantissime quante farebbero pensare le numerose e pittoresche denominazioni. Credo che si possano limitare a quattro grandi categorie: quella cognitiva e cognitivo-comportamentale, quella strategico-familiare, quella supportiva ed infine quella psicodinamica nel cui ambito rientrano tutte le varianti di derivazione psicoanalitica.

Questa suddivisione, per quanto semplicistica, implica una ben precisa domanda: quale terapia per quello specifico paziente, domanda che evita di applicare come unica metodica esclusivamente quella conosciuta e praticata. Problema posto in maniera molto diretto, fin dal 1996, da Roth e Fonagy con il famoso libro "What Works for Whom?".

È necessario inoltre segnalare la differenza tra scopi e strategie, le strategie sono consapevoli variazioni della metodica di base, utilizzate temporaneamente in situazioni cliniche particolari: corrispondono ai cosiddetti "parametri" secondo la terminologia di Eissler. Purtroppo le strategie, spesso ritenute e proposte come teorie nuove e diverse, fanno lievitare inevitabilmente il numero e le denominazioni delle psicoterapie.

Ritorniamo agli scopi-finalità: sicuramente alcuni di essi, sono ampiamente condivisi dalla maggior parte delle diverse scuole di pensiero.

Certamente una approfondita conoscenza emotiva di se stessi, per evidenziare gli aspetti problematici e le aree disfunzionali, insieme ad una sempre maggiore capacità di insight.

Il superamento stabile, e non momentaneo dovuto all'evitamento o alla fuga nella guarigione, delle problematiche disfunzionali, anche se a volte egosintoniche, è certamente obiettivo largamente condiviso.

L'aumento delle capacità di responsabilità, critica, autonomia e competenze sociali: fattori che rendono l'individuo, alla fine di una psicoterapia, più valido per un sano adattamento alla realtà.

La capacità, infine, al termine del percorso terapeutico di essere capaci di operare una sana separazione dal terapeuta.

Facendone una lettura al contrario possiamo affermare che una psicoterapia che rinforza le difese, basandosi prevalentemente sul mantenimento e sull'uso del transfert positivo, che rende il paziente passivo ed acritico per il ruolo pedagogico-direttivo assunto dal terapeuta, o incapace di uno svincolo perché all'interno di una terapia interminabile, può considerarsi come una terapia negata, ovvero come un fallimento della psicoterapia.

Da questa sommaria esposizione sorge una domanda di fondo: cosa dobbiamo proporci e cosa proporre al paziente in una psicoterapia? Un cambiamento radicale che alcuni definiscono guarigione senza rendersi conto che il termine sottende una dinamica di rinascita, concetto di chiara matrice religiosa, oppure un cambiamento funzionale che aumenti le capacità di integrazione e le possibilità per una maggiore e sempre più completa capacità di adattamento evolutivo?

Propendo ovviamente per questa seconda aspettativa, chiaramente di matrice dinamica, aspettativa che supera l'antico adagio socratico del "conosci te stesso", ampiamente ripreso dal freudiano "che dove c'era l'inconscio ci sia il conscio", per accettare l'aforisma di Nietzsche "diventa te stesso".

Credo che per attuare tutto questo sia fondamentale aumentare le *capacità di integrazione* nel paziente: su questo ritornerò successivamente.

Comunque posti questi obiettivi, non sempre si raggiunge il risultato auspicato: in questo caso bisognerà chiedersi se è un limite del paziente, legato alla specifica psicopatologia ed alla durata di

essa o un'incapacità del terapeuta; ma è da porsi anche la domanda se il trattamento praticato non era il più indicato per quel paziente.

2 - Valutazione degli esiti

Se pretendiamo che la psicoterapia, nel suo complesso, venga presa in considerazione e ritenuta valida, non possiamo esimerci dall'accettare una metodologia in grado di fornire una valutazione degli esiti della psicoterapia.

Compito diventato sempre più pressante dal momento che la psicoterapia per motivi socio-economici non riguarda più solamente la relazione duale (paziente-terapeuta) ma include anche una figura terza (come le assicurazioni, il Servizio Sanitario Nazionale, ecc.) il che rende inevitabile fornire una risposta più valida e convincente ad un problema che a me sembra assolutamente accettabile proporsi: dimostrare – nei limiti del possibile – che l'operato dello psicoterapeuta non solo valga il costo pagato, ma soprattutto il tempo impiegato.

Certamente si può essere critici rispetto alle procedure a volte esasperate degli EST (trattamenti empiricamente validati), ma non si può rimanere, critici e scettici, sulla sponda opposta ritenendo inutile, o impossibile, qualsiasi metodo di valutazione.

Credo che questa diversa visione, che spesso degenera in insanabile frattura, sia collegata alla scelta tra due opzioni alternative e poco conciliabili. O lo psicoterapeuta è un artigiano (come vedete evito l'abusato termine di artista) o è un puro tecnico.

Evito di proposito il termine artista che seppure accettabile in quanto si riferisce alle capacità creative del terapeuta, troppo spesso è stato utilizzato per dimostrare l'assoluta libertà del terapeuta che potrebbe trattare il paziente come oggetto da manipolare.

Nel primo caso si ha un grado di libertà che non significa "tutto è possibile", perché essa libertà è contenuta dalla responsabilità-capacità, dovuta a un lungo apprendimento di regole codificate e da

una dimensione personale valida per un suo lavoro personale; nel secondo caso invece, se è un puro tecnico, allora gli EST e tutte le metodologie affini solo necessarie ed inevitabili.

Certamente può esistere un *tertium datur* che a mio avviso sarebbe l'opzione da privilegiare, anche se comporta una ridefinizione del termine psicoterapia come propongo da oltre un decennio. Da una parte le tecniche psicologiche di apprendimento e le terapie supportive: dall'altra le psicoterapie, trasformative, propriamente dette.

Comunque se ogni terapeuta con onestà intellettuale valutasse nell'arco della propria attività, non solo i casi positivi, ma anche i fallimenti e i drop-out (cercandone ovviamente anche le ragioni), questo potrebbe costituire un primo passo avanti, soprattutto se alla valutazione dell'outcome, seguisse magari a distanza di qualche anno un corretto follow-up.

Ma esiste anche un altro sistema molto più semplice e che sicuramente potrebbe essere di ausilio al terapeuta nel suo lavoro. Ognuno di noi a partire dai primi colloqui e dalla conseguente diagnosi, dovrebbe nel tempo fare delle previsioni sia sull'esito della terapia, sia sui movimenti del paziente, per lo meno dopo sedute importanti e confrontare poi queste previsioni con quanto accade nella realtà clinica. È quanto propongo nelle supervisioni ed è sicuramente un metodo che accresce la capacità di riflessione critica sul proprio operato e che funziona stranamente soprattutto nei casi in cui la realtà clinica disconferma le previsioni. E tutto questo potrebbe avvenire come ricerca all'interno di gruppi anche non necessariamente omogenei. Mi rendo conto che sto riproponendo il primato del caso clinico sulle ricerche statistiche.

Comunque ricordo che il tentativo di valutare gli esiti delle psicoterapie non è poi così recente come in genere si crede, a dimostrazione che se oggi è un'esigenza molto sentita, lo era già negli anni 30 quando Fenichel propose alcuni criteri di valutazione dei singoli casi clinici.

Eysenk nel '52, anche se con intenti polemici verso la psicanalisi, ripropone il problema e nel 1977 questo problema sarà affrontato con metodologie di tipo statistico da Luborsky e Burton, mentre nel 1977 Smith e Glass proporranno la metodica della metanalisi che godrà di enorme successo nei decenni successivi.

Il problema comunque diventa di interesse centrale a partire dal 1995 con la formazione da parte della divisione 12 (psicologia clinica) dell'APA, di una task-force, per definire le metodiche di valutazione delle psicoterapie: nascono così i cosiddetti EST ovvero le terapie empiricamente supportate.

Questo fiorire di ricerche nasce e deriva dalla Evidence Based Medicine (EBM) di chiara matrice anglosassone che prevede la necessità di una corretta indicazione dei trattamenti specifici per specifiche patologie, ma anche, a volte in maniera un po' terroristica, impone la necessità di un aggiornamento continuativo da parte degli operatori sanitari, pena un rapido decadimento della loro efficienza operativa.

Dall'altra non bisogna sottovalutare che gli EST sono nati anche dall'esigenza di contrastare la tendenza sempre più invasiva di dare per accertata la superiorità dei trattamenti psicofarmacologici rispetto alle varie forme di psicoterapia.

Dal momento che la rivista "Psicoterapia e Scienze Umane" (numero 1 – 2005) ha pubblicato un ampio e sicuramente il più aggiornato lavoro su questo argomento (D. Western, K. Morrison, H. Thompson Brenner: "Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazioni delle ricerche") posso in questa sede limitarmi solo ad alcune considerazioni circa i vantaggi e gli svantaggi di questa procedura.

Tra i vantaggi dobbiamo ricordare che gli EST che rappresentano la validazione di specifici trattamenti per specifici problemi, è sicuramente uno strumento utile per contrastare le polemiche circa la inefficacia della psicoterapia versus i proclamati vantaggi della psicofarmacologia.

Inoltre questi studi possono fornire anche una risposta a quesiti importanti: se terapie differenti possono raggiungere risultati simili, o se invece risultati diversi si ottengono con procedure simili e in tal caso per quale motivo.

Ma ci sono anche gli svantaggi. In primo luogo la difficoltà di una corretta campionatura per cui si tende a scegliere pazienti con sintomi abbastanza univoci in genere appartenenti all'Asse I del

DSM-IV: questo è un limite dal momento che viene esclusa l'utenza più ampia della psicoterapia (disturbi psiconevrotici e di personalità).

In secondo luogo non bisogna dimenticare che gli EST sono supportati a loro volta dagli RCT (studi clinici randomizzati controllati) che si basano su di una metodologia non sempre applicabile a situazioni con numerose variabili come la psicoterapia.

Un ulteriore problema, comunque superabile, è rappresentato dall'uso dei cosiddetti manuali che rigidamente propongono le procedure da seguire nel corso della psicoterapia, comportando un appiattimento della ricerca oltre che delle capacità creative del terapeuta. Infatti, come corollario di questa metodica, si ritiene di scarsa importanza, anzi viene ritenuto un fattore disturbante, la personalità e le capacità empatiche del terapeuta. In altri termini quello che era stato sempre considerato come il principale "farmaco" della relazione psicoterapeutica, ovverosia il terapeuta, viene praticamente azzerato.

Comunque queste ricerche possono evolvere in due diverse direzioni. Una ostentatamente tecnico-scientifica che potrebbe in nome della scientificità, ridurre il tutto ad una operazione pressoché inutile soprattutto sul piano della ricerca. In questo caso ci troveremmo ad avere una tinocchia completamente pulita, dopo aver buttato il bambino con l'acqua sporca. Infatti l'ostinazione di valutare solo trials controllati presenta limiti ben precisi come dimostra l'ironica provocazione di due studiosi anglosassoni che hanno affermato che l'efficacia del paracadute come salvavita per chi si getta da un aereo in quota, non è provata, dal momento che manca un gruppo di controllo, cioè di individui che ci provino senza paracadute.

Ma è possibile anche imboccare la strada opposta: tener conto della opportunità della valutazione e tener presente la specificità della psicoterapia, le cui numerose variabili non possono essere eliminate se non eliminando la stessa psicoterapia.

Pertanto proseguire una ricerca che in maniera equilibrata tenga conto delle due esigenze: la precisione statistica delle valutazioni ed il margine di libertà nella valutazione che la psicoterapia comporta necessariamente.

3 – Analisi del processo terapeutico: cosa e come curiamo

Nell'esaminare questo terzo punto che si collega direttamente con il primo e cerca di fornire una base teorica a tali affermazioni, dovrò assumere necessariamente un'ottica più particolare e che mi è congeniale: quella psicodinamica.

Sicuramente in ogni psicoterapia esistono elementi specifici ed elementi aspecifici, questi ultimi presenti in tutte le psicoterapie e che derivano dal prendersi cura da parte del terapeuta.

Come ho già sostenuto nel 1991 il processo psicoterapeutico si basa sul prendersi cura e sul curare. In questa sede ovviamente prenderò in esame fondamentalmente gli strumenti specifici della cura.

Sicuramente uno degli scopi fondamentali del processo terapeutico non è quello di far ricordare il passato ma quello di realizzare un affrancamento dalla ripetizione di dolorosi processi autodistruttivi del passato, mediante la risoluzione dei conflitti.

Questo porta ad un processo di integrazione tra presente e passato, eliminando i processi di scissione e di rimozione. E. H. Erikson nel 1950 affermava che scopo di una psicoterapia è quello di aiutare il paziente a costruire la propria biografia.

D. Beres e J. A. Arlow ritengono che obiettivo di un lavoro psicoterapico è quello di rendere il paziente capace di sviluppare una empatia per il proprio passato, attraverso l'acquisizione di una capacità di integrazione e di continuità.

Si può essere d'accordo su questa affermazione, ma rimane aperto il problema di come avviene questa integrazione. Che rapporto c'è tra il ricordo e le figure reali del passato? È una trasformazione del ricordo o è una dinamica nuova che sostituisce una dinamica del passato? E soprattutto qual è lo strumento operativo specifico che porta all'integrazione?

Ritengo che lo strumento operativo è l'interpretazione perché essa è in grado di stimolare un più elevato livello di integrazione tra i diversi stati dell'Io e le diverse spinte motivazionali.

Nel corso del processo evolutivo dell'uomo si sono sviluppate numerose spinte motivazionali indispensabili per la sopravvivenza, ma soprattutto per vivere nella comunità degli uomini. Le spinte motivazionali di base riguardano l'affermazione e l'autostima, l'esplorazione, l'autoregolazione, l'acquisizione di competenze sociali ed il controllo affettivo.

Se queste motivazioni di base sono vissute in un clima positivo e rassicurante, portano allo sviluppo di fondamentali organizzazioni psichiche. Il primo è il consolidamento del nucleo affettivo del Sé. Il secondo è rappresentato dallo sviluppo del senso di reciprocità, di accettazione di regole (anche di tipo morale) e di empatia. Infine si sviluppa un processo di condivisione che porta alla costruzione, dopo lo sviluppo dell'IO, di un senso del Noi. Pertanto la psicopatologia viene considerata come una patologia di questo normale processo evolutivo perché "...la spinta evolutiva può essere bloccata o andare fuori binario" (Emde R.). L'azione terapeutica significa quindi rompere questo blocco e dare un nuovo senso attraverso una speciale esperienza emotiva, basata su di una condivisione empatica nel corso del processo terapeutico.

Il processo che viene mediato fondamentalmente dalla funzione empatica, ove il terapeuta funziona come "base di sicurezza" (Sandler J. 1960), come "faro di orientamento" (Mahler M. 1975) o come "fase di rispecchiamento" (Kohut H.), porta alla coesione di una nuova struttura di significato.

Perché all'interno di questa situazione si verificano tre *risperimentazioni* "Vi sono modi primitivi di relazione che saranno risperimentati; vi sono originari conflitti nella relazione che saranno risperimentati e vi sono primitive *immagini e atteggiamenti parentali* che saranno risperimentati come parti del Sé. In altre parole il paziente può giungere a risperimentare un primitivo nucleo del Sé, vedendosi così come veniva visto" (Emde R.).

Queste affermazioni sono ampiamente condivisibili: ma ritengo questa formulazione necessaria, ma non sufficiente per fornire una idea della complessità del processo terapeutico, soprattutto per quanto riguarda il problema della trasformazione-integrazione.

Sicuramente una fase importante del processo trasformativo in psicoterapia consiste nel processo di integrazione delle parti scisse del Sé e quindi della propria storia. Ma l'integrazione non avviene certamente mediante il ricordo o la ricostruzione degli avvenimenti del passato.

Il passato per essere integrato deve essere trasformato. Non certo il semplice ricordo, anche perché è impossibile verificare la corrispondenza storica tra realtà del passato e ricordo del presente, ma gli affetti e le dinamiche negative connesse al ricordo: e questo avviene mediante il transfert e l'interpretazione.

Sicuramente possiamo considerare al momento attuale la scissione come il fattore psicopatologico fondamentale: scissione che va differenziata dalla dissociazione insieme alla rimozione sono da considerarsi processi spesso secondari e successivi.

Seguendo Fairbairn, molto sinteticamente, si può ritenere che alla nascita esista un Io dinamico ed unitario che però di fronte a situazioni iterative e frustranti, sviluppa la dinamica difensiva della introiezione dell'oggetto frustrante.

L'introiezione comporta la scissione in due oggetti interni: uno libidico-eccitante e l'altro rifiutante (sabotatore interno), ambedue soggetti alla rimozione, mentre la parte dell'Io originario che resta, tende a diventare più debole e più limitata.

Queste due parti scisse tenderanno poi a relazionarsi con l'oggetto esterno a sua volta vissuto come scisso: quindi passiamo da una situazione energetica-dinamica ad una di rapporto oggettuale che vanno considerate come strettamente integrate.

Se le scissioni si ripetono nel tempo, non solo tendono a diventare sempre più stabili, ma condizioneranno successivamente la vita psichica del soggetto.

Se volessimo sintetizzare al massimo potremmo dire che l'intero processo terapeutico si articola su quattro basi.

Da una parte l'empatia e la presenza-continuità del terapeuta che fonda il setting e mantiene la stabilità; dall'altra l'interpretazione e le separazioni che fondano il cambiamento attraverso l'interpretazione.

Il tutto all'interno di un lavoro che prevede e prepara la fine della terapia come separazione creativa e non come frattura o come necessaria terapia interminabile.

4. Cosa non può definirsi psicoterapia: o la “psicoterapia negata”.

Premetto che mi soffermerò esclusivamente sui fenomeni gruppali data la loro specifica maggior capacità di impatto, che può provocare danni maggiori soprattutto per quanto riguarda l'immagine della psicoterapia.

Infatti la malpractice (o l'impairment) nella terapia duale è ben conosciuta: da me descritta (vedi www.nicolalalli.com “La malpractice in psicoterapia” e “La salute mentale dello psicoterapeuta”) o da Autori come O. Gabbard e E.P. Lester che in “Violazioni del setting” ne hanno fatto una accurata descrizione.

Ma possiamo affermare che la malpractice nell'ambito della terapia duale non procura un danno all'immagine della psicoterapia, quanto piuttosto solo ai pazienti che incappano in tali situazioni.

Invece le dinamiche di gruppo di psicoterapia, gruppo inteso sia come movimento che si dedica alla pratica e alla ricerca, sia come terapia di gruppo allorché il numero dei partecipanti diventa sproporzionato rispetto ai canoni della psicoterapia sono poco conosciute e studiate, e non sempre se ne valuta la psicopatologia e l'impatto negativo. Vorrei sottolineare che per lo psicoterapeuta, a causa della sua peculiare funzione, il rapporto con il gruppo di formazione è molto complesso. Da una parte egli ha bisogno di un gruppo di riferimento, senza scadere nella simbiosi, dall'altra deve possedere una capacità alla solitudine, senza scadere nell'isolamento.

Vorrei iniziare da un fenomeno storico ben conosciuto: il movimento psicanalitico.

Agli inizi del '900, nell'ambito di un vasto movimento di ricerca, sorge quello psicoanalitico che si prefigge uno scopo molto ambizioso: dimostrare la possibile conoscenza di una parte fino ad allora sconosciuta, definita inconscio, ma che dimostrò una tenace resistenza a questo disvelamento.

Compito affascinante, ma difficile, dal momento che numerose affermazioni sul come questa dimensione nascosta potesse essere conosciuta, erano assolutamente non verificabili.

E ben presto si evidenziarono due fenomeni.

Da una parte il gruppo comincia a strutturarsi come gruppo di difesa dal momento che qualsiasi manifestazione di critica o anche di perplessità circa le loro affermazioni, sono vissuti come attacchi, e come negazioni della bontà del metodo. Anzi con una strategia che diventerà un classico, l'opposizione e la critica diventano segno della bontà della loro teoria: quanto più si è attaccati, cosa che spesso veniva platealmente stimolato o amplificato, tanto più risaltava la verità della psicoanalisi.

Ma inevitabilmente questo gruppo avvertiva anche il bisogno di trovare un riconoscimento: riconoscimento che ovviamente riguardava la scientificità di quella teoria.

L'ossessione per la scientificità, pur logica in un movimento che vuol essere riconosciuto dalla comunità scientifica, era resa invece cogente per una operazione fondante, compiuta a monte e mai esplicitata.

Ho proposto invece che l'azione fondante la psicoterapia avvenuta con la presa di distanza dalla filosofia e dalla religione e l'uso del metodo empirico nella ricerca: quindi osservazione, deduzione di ipotesi e verifica sempre attenendosi al campo clinico.

La psicanalisi aveva invece fondato il proprio sistema teorico operando una cesura con tutta la storia e le ricerche precedenti o contemporanee, negando o ignorando qualsiasi contributo che non fosse omogeneo, volendo così dimostrare che la nascita della psicoanalisi era stato evento originale e straordinario. Nata per caso (vedi Anna O.) e sviluppatosi per la genialità di una sola persona: non rottura epistemologica, ma partenogenesi, miracolo da accettare ancora prima di capire.

Ma la scoperta di questa assoluta novità, cominciò ad inquinare i rapporti interpersonali: il timore del plagio o della fuga di notizie, il primato di chi potesse ancora esprimere ulteriori verità e di chi dovesse invece solamente accettarle, accentuò un clima di autoritarismo da una parte, di dipendenza passiva-rabbiosa dall'altra.

E la contropartita di questa operazione ovviamente psicopatologica perché basata sulla negazione della realtà, era l'emergenza di modalità interpersonali che non si possono certamente

definire sane: la scissione tra il dire e il fare, tra il pubblico e il privato etc. Inoltre per mantenere la coesione del gruppo si creava, mediante le proiezioni di valenze scisse del gruppo proiettate all'esterno, un nemico che ha sempre giovato ad ogni gruppo oltre che per mantenere la propria coesione anche per nascondere quanto in realtà avviene all'interno di quel movimento.

Inoltre qualunque forma di disaccordo o perplessità veniva messa a tacere con l'accusa di essere un malato mentale: i vari Tausk, Federn, Ferenczi etc., furono i primi ma non gli unici destinatari di questa fatwa laica.

Ma lo psicoterapeuta presenta una peculiarità singolare, rispetto ad altre figure professionali: il suo operato non può essere valido se egli presenta una scissione tra la teoria e la prassi dei suoi rapporti interpersonali. Se siamo d'accordo che in psicoterapia il farmaco è lo psicoterapeuta, questo farmaco non può essere inquinato da scissioni, negazioni e proiezioni, pena la sua funzionalità. Allora dobbiamo dire che un gruppo che teorizza sulla sanità mentale, praticando rapporti interpersonali altamente distorti, non può produrre nulla di valido.

Sicuramente non è stato sempre così, ma se facciamo una ricostruzione storica, possiamo evidenziare che quando un gruppo, pretende di costituirsi come gruppo totalmente nuovo, portatore di una realtà assoluta, tutto questo può avvenire solo se si opera un annullamento della storia e della cultura.

E questa dinamica si ripete nel tempo: alcune premesse comuni rendono comuni anche le conseguenze.

In genere si inizia con il proporre un'ipotesi come teoria e successivamente la teoria viene proposta come unica e rivoluzionaria.

Affermazione, come abbiamo visto, resa possibile da un'operazione molto semplice: la deliberata negazione di tutto quello che è stato proposto nell'ambito della psicoterapia o delle discipline affini.

A quest'atto di annullamento della storia segue la nascita della teoria che viene proposta come verità assoluta che se accettata acriticamente da quanti sono iniziati e cooptati, trasforma

automaticamente i pazienti in adepti che, raccolti attorno al totem della teoria, perdono completamente le loro capacità critiche.

Inoltre viene utilizzata una strategia antica ma efficace: la realtà circostante, utilizzata come contenitore delle valenze scisse e persecutorie del gruppo è presentata quindi come nemica, alimenta la leggenda, che il rifiuto, che spesso viene deliberatamente provocato, è la prova lampante della validità di tale teoria.

Teoria che non ha bisogno di dimostrazione: l'esistenza ne conferma la validità. I fatti non debbono essere spiegati, ma piegati e se poi non si accordano assolutamente con la teoria vengono modificati. In casi estremi se ne inventano di sana pianta.

Inoltre una dinamica totalmente autoreferenziale, viene rinforzata con l'accurata scelta di evitare qualsiasi confronto con posizioni diverse: i sostenitori di posizioni diverse anzi vengono bollati con uno degli sport più in voga: quello delle diagnosi psichiatriche a distanza.

L'uso, anzi l'abuso, di diagnosi di malattia mentale è certamente una delle violenze maggiori perpetrate da chi professa di occuparsi di salute psichica, per il semplice motivo che una diagnosi psichiatrica può essere scientificamente formulata e deontologicamente accettabile solo all'interno di una richiesta di terapia. L'uso della diagnosi di malattia mentale, al di fuori di un contesto clinico, è un atto di grave scorrettezza, anche perché spesso non viene pronunciata in un confronto all'aperto, ma comunicato attraverso le strade del pettegolezzo.

Ma tutto questo è solo un rischio prossimo venturo? Comunque se tutto questo accadesse G. Lago e collaboratori sostengono che il personaggio centrale di un tale movimento potrebbe essere solo una "personalità carismatica".

Ma se non ci fosse la tendenza ad avere amori tardivi per le istituzioni accademiche, demonizzate per decenni a riprova di una assoluta indipendenza di pensiero.

Se non ci fosse la tendenza a squalificare tutti i non adepti con diagnosi psichiatriche o con l'accusa per fatti o comportamenti platealmente inesistenti.

Se non ci fosse la tendenza a far sì che in riunioni assembleari, definite eufemisticamente come riunioni scientifiche, una folla plaudente, irride e squalifica qualsiasi incauto oratore ospite, solo perché ignaro delle regole del gioco: utilizzare solo lo stesso linguaggio.

E se non ci fosse la tendenza a riproporre decenni dopo quanto era stato stigmatizzato decenni prima con comportamenti sempre più in netta discordanza con alcune premesse teoriche, discordanze tali da rendere poco plausibili anche alcune valide affermazioni di principio.

Se non si creasse un intreccio malsano tra terapia di gruppo e terapia individuale dal momento che terapeuti – che sono pazienti nel gruppo – svolgono terapia con pazienti-pazienti (cioè persone che sono pazienti sia nel gruppo che in terapia individuale) creando legami e dipendenze o diciamo forse in maniera più tecnica identificazioni proiettive e massicce identificazioni che non possono essere assolutamente interpretate dal momento che sono gestite ed utilizzate non certo ai fini di un superamento di tali dinamiche.

Se non ci fosse la tendenza a riproporre una terapia interminabile, quando l'interminabilità della psicoanalisi aveva costituito uno dei primi e fondamentali cavalli di battaglia contro l'istituzione psicoanalitica.

Se non si utilizzasse lo spauracchio della malattia mentale per proporre “quella terapia” come l'unica possibile, legando gli adepti in una morsa inscindibile, allora forse si potrebbe parlare di “personalità carismatica”.

Ma la personalità carismatica ha ben altro stile, ben altra coerenza.

Forse sarebbe più plausibile sostenere che l'ipotetico personaggio centrale di un tale fenomeno, è soltanto uno che utilizza con molta abilità quanto un noto terapeuta di gruppo I.O. Yalom aveva già notato alcuni decenni fa “Il terapeuta di gruppo cura soprattutto se stesso o comunque il vantaggio che ne trae è spesso superiore a quello offerto ai partecipanti”.

Fenomeni del genere sono avvenuti avvengono e purtroppo continueranno ad avvenire: l'importante è capire quando un gruppo del genere può essere definito come un gruppo che si occupa di psicoterapia o invece solo un interessante oggetto di studio anche nei confronti di

numerose altre modalità operative che utilizzando i gruppi utilizzano anche la suggestione, il potere o la minaccia.

Dopo avere sinteticamente tratteggiato fenomeni storici accertati e scenari possibili e attuali, ritengo necessario sottolineare alcuni punti centrali.

- 1) Ogniqualvolta viene proposta una teoria nell'ambito della psicoterapia, come assolutamente nuova ed originaria e la cui nascita è dovuta all'annullamento di tutta la storia precedente, questo gruppo o movimento presenta il bisogno impellente di un riconoscimento di legittimità scientifica. Questo bisogno crea una serie di dinamiche che trasformano il gruppo-movimento in un gruppo di potere che non esita ad utilizzare tutti i mezzi possibili per far accettare la propria esistenza.
- 2) L'evitamento di ogni confronto porta ad una visione di pretesa originalità che può essere mantenuta solo nell'isolamento pretestuosamente giustificato dall'incomprensione del mondo esterno ed ovviamente sostenuta dall'ignoranza dei partecipanti che non conoscono altro al di fuori della loro "verità".
- 3) In questo clima, i rapporti interpersonali sono improntati a dinamiche più o meno gravemente patologiche, ma inevitabili per la peculiare struttura e dinamica del gruppo.
- 4) Compito della psicoterapeuta non è né educare né asservire, ma aiutare il paziente nel difficile cammino di una sua sempre maggiore integrazione. Compito del paziente è collaborare in questa non facile impresa. Tutto ciò che esula da questi elementari principi scade nel settarismo o nella pedagogia a buon mercato, e non servono certamente la causa di una psicoterapia efficace ed efficiente.

Non pretendo in questa sede di entrare in maggiori dettagli: ritengo solamente che bisognava cominciare a parlarne.

Bibliografia

L.A. Armando, *La ripetizione e la nascita (scritti e storia della filosofia e della psicoterapia 1961-2004)*, Liguori, Napoli 2004.

Gabbard G.O., Lester E.P. (1995), *Violazioni del setting*, Raffaello Cortina, Milano 1999

Lago G. e Altri (2005), La personalità carismatica e il suo gruppo, in *Idee in Psichiatria*, Vol.5, n.1

Lalli N. (2004-2005) in : www.nicolalalli.com

1- *La malpractice in psicoterapia*

2- *La salute mentale dello psicoterapeuta*

3- *Passato e presente*

4- *Freud al lavoro: il caso di Anna O.*

5- *Freud al lavoro: il caso Tausk*

6- *Dal mito di Edipo al complesso edipico*

7- *Truffa, inganno, errore e scoperta nel campo della ricerca scientifica*

I.O. Yalom, *Lying the Couch*, Basic Books, California 1993.

Western D., Morrison K., Thompson Brenner H. (2005), Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazioni delle ricerche, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, n.1.