



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

FLORE

Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

Progetto terapeutico e strategie della cura: introduzione al tema

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

Progetto terapeutico e strategie della cura: introduzione al tema / S.Caruso. - STAMPA. - (2008), pp. 5-18.

Availability:

This version is available at: 2158/392815 since:

Publisher:

Florence Art Edizioni

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

Publisher copyright claim:

(Article begins on next page)

Sergio Caruso

Progetto terapeutico e strategie della cura

Introduzione al tema

Sommario:

§1. Tre motivi d'interesse.- §2. "Strategia", "alleanza" e altre metafore militari.- §3. Con l'oro puro si fabbricano gioielli...- §4. ... ma non si forgiavano armi!- §5. Del progetto terapeutico.- §6. Del "visioning clinico" (con qualche osservazione).- §7. I contributi di Sestri Levante.- §8. Referenze bibliografiche.-



estratto da:

**Organizzazione di Psicoanalisti Italiani Federazione e Registro
American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**

***Strategie della psicoterapia dinamica. Atti del IX Convegno OPIFER-AAPDP,
a c. di Pietro Andujar, Florence Art Edizioni, Firenze 2008, pp. 5-18***

Indice del volume

Introduzione

Sergio Caruso

Progetto terapeutico e strategie della cura: introduzione al tema

Prima Sessione. Strategie della psicoterapia dinamica: depressione, nevrosi, psicosi

Eric. M. Plakun

Suicidio, transfert e processo di fallimento nel lavoro con i pazienti che resistono al trattamento

Tamara Landau

Come affrontare l'*enclave*, o il nucleo autistico originario, nelle nevrosi e nelle perversioni.

Pietro Andujar

Free Thinking: la *psy-chose prochaine* ovvero il libero pensiero e la follia vicina di casa

Richard Brockman

Il quinto senso, il tatto, nella terapia psicodinamica

Seconda Sessione. Psicoterapia dei bambini

Catherine Fava-Dauvergne

Il "fallicamente scorretto"

Patrizia Crippa

La dislessia fantasma

Mina De Tuglie

Il caso di un bambino di nove anni e la gobbia della scuola. Un'esperienza di lavoro con un approccio dinamico integrato

Terza Sessione. Le tecniche

Luciana Ceriani

I sintomi sommersi

Tommaso Farma

C'è qualcosa da fare oltre che interpretare?

Carlo Filiaci

Dalla terapia individuale alla terapia familiare: come sviluppare un punto di vista sistemico

Romano Biancoli

Adriana. Analisi "del" e analisi "nel" qui e ora in seduta

Quarta Sessione. Ricerche sul campo

Roberto De Ponte-Conti e Sandra Caverni

Consapevolezza e processo di avanzamento terapeutico

Emilio Fava e Pablo Zuglian

Presentazione OPD (sistemi diagnostici e personalizzazione dei trattamenti)

Antonio Mastroianni e Lucia La Torre

Lineamenti diagnostici per la formulazione di un caso clinico nell'ottica psicoanalitica intersoggettiva

Appendice. Un omaggio a Mauro Mancia

Luigi Longhin e Mauro Mancia

Quale epistemologia per la psicoanalisi?

Sergio Caruso*

Progetto terapeutico e strategie della cura: introduzione al tema

Tre motivi d'interesse

Nel presente volume sono riunite le relazioni tenute al IX *Joint Meeting* su “Strategie della psicoterapia dinamica” (Sestri Levante, 2006). Questo convegno – sapientemente coordinato per la parte italiana dal dr. Piero Andujar e per la parte americana dalla dr.^a Joan Tolchin – presenta ai miei occhi, e spero non solo ai miei, tre motivi d'interesse.

Primo: testimonia del lavoro comune di tanti colleghi all'interno di OPIFER (Organizzazione di Psicoanalisti Italiani Federazione e Registro), l'associazione che, dopo Marco Bacciagaluppi e Sergio Dazzi, ho attualmente l'onore di presiedere. OPIFER nacque nel 1996 con una formula alquanto originale: un *patto federativo* fra quattro associazioni (già esistenti da parecchi anni e tuttora autonomamente operanti), che nel frattempo – con le successive adesioni – sono diventate dieci:

- AFPI/IPA, Associazione Fiorentina di Psicoanalisi Interpersonale c/o Istituto Sullivan (Firenze),
- CERP, Centro di Ricerca in Psicoterapia (Trento-Milano),
- CIFRA, Circolo Fiorentino Ricerca e Aggiornamento (Firenze),
- GIMI, Gruppo Indipendente dei Membri Individuali (Opifer),
- la GINESTRA, Associazione di cultura psicoanalitica (Milano),
- IEDTA, International Experiential Dynamic Therapy Association, sez. italiana (Milano),
- IPP, Istituto di Psicologia Psicoanalitica (Brescia),
- Istituto ERICH FROMM di psicoanalisi neofreudiana (Bologna),
- INP, Istituto Neofreudiano di Psicoanalisi (Milano),
- SIPRE, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (Roma-Milano).

In un campo caratterizzato da quello che Freud chiamava «il narcisismo delle piccole differenze», e tradizionalmente funestato dalle scissioni, abbiamo cercato invece di unire le forze e, per far ciò, di mettere in secondo piano le differenze dottrinali. Non perché esse non possano e non debbano venire discusse, ma proprio per tenere aperto e vivo uno spazio di discussione fondato soprattutto sull'esperienza clinica. Uno spazio pluralistico dove nessuno si erge a garante di qualche “ortodossia” e dove tutti sono chiamati a confrontarsi: fra loro e con le resultanze afferenti dalle neuroscienze. Fra le ipotesi di partenza, c'era quella che psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, pur non essendo esattamente la stessa cosa, avessero tutto l'interesse a vivere sotto lo stesso tetto: per apprendere l'una dall'altra. Anzi, negli anni abbiamo allargato questa convivenza per fare spazio alla più vasta famiglia delle “psicoterapie dinamiche”, con ciò ritenendo (non è questa la sede per farla troppo lunga) di essere semplicemente realisti. Fermo restando, *ça va sans dire*, che lo Statuto esige da ogni membro ordinario di OPIFER, quale che sia l'associazione federata che lo candida, un'analisi personale di conveniente lunghezza secondo gli standard internazionali.

* Presidente in carica di OPIFER.

Il secondo motivo d'interesse degli atti qui riuniti consiste nel rendere testimonianza del proficuo rapporto che, «sulle orme di Silvano Arieti», si è stabilito negli anni fra la nostra Organizzazione e l'AAPDP (American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry): una delle più importanti associazioni psicoanalitiche degli USA. Non ho modo qui di diffondermi sul senso e l'importanza di questo “gemellaggio” né sul ruolo che gioca in esso la figura di Arieti. Rimando chi volesse saperne di più a quanto scritto altrove [Caruso 2005], introducendo gli atti di un precedente *Joint Meeting*. In effetti, i convegni congiunti fra OPIFER e AAPDP sono ormai dieci, e voglio darne almeno l'elenco:

- I (Venezia, 1-3 novembre 1999): «Italia e Usa: influenze reciproche in psicoanalisi»
- II (Sestri Levante, 23-26 giugno 2000): «Sulle orme di Silvano Arieti»
- III (Venezia, 16-18 giugno 2001): «Creatività ed evoluzione»
- IV (Firenze, 28 giugno-1° luglio 2002): «Trauma e guarigione»
- V (Milano, 13-15 giugno 2003): «Esplorazioni in psicoanalisi»
- VI (Pisa, 11-13 giugno 2004): «“Interpretazione della schizofrenia”, trent'anni dopo»
- VII (Bologna, 24-26 giugno 2005): «Il paradigma relazionale in psicoanalisi»
- VIII (Firenze, 10-12 novembre 2006): «Una comune felicità»
- IX (Sestri Levante, 6-7 ottobre 2007): «Strategie della psicoterapia dinamica»
- X (Milano, 25-26 ottobre 2008): «Le molte voci dell'identità»

Tutti i *Joint Meetings* sono stati realizzati in Italia, ma più volte i colleghi dell'American Academy ci hanno offerto la possibilità di organizzare nostri *panels* nei loro convegni nazionali (a New York, Washington, Atlanta, San Diego).

Il terzo motivo d'interesse è intrinseco al tema trattato: “Strategie della psicoterapia dinamica”.

La dimensione strategica del rapporto terapeutico – bisogna riconoscerlo – trova più spazio, almeno in origine, fuori del campo freudiano: nell'ambito delle terapie sistemico-relazionali [Haley 1963]. Ed è probabile che, se ci troviamo oggi riuniti come psicoanalisti a parlare di “strategie”, ciò si debba alla crescente importanza che anche noi finalmente riconosciamo alla relazione reale, a fianco di quella fantasmatica (transfert+controtransfert).

Il plurale, “strategie”, è d'obbligo, perché si tratta – nell'attività terapeutica – di scegliere o, più spesso, di elaborare *una strategia fra le molte possibili*: quella che massimizza le prospettive di successo con *quel tipo di paziente* e, nell'ambito del tipo, con *quella persona lì*; quella che meglio permette di sconfiggere il malessere che lo affligge. Si tratta di una questione tecnica, ma non nel senso meramente applicativo di una “teoria della tecnica”: piuttosto, nel senso greco della *téchne* (a cavallo fra tecnica e arte).

“Strategia”, “alleanza” e altre metafore militari

Non a caso ho impiegato questo termine militare: “sconfiggere” un malessere. Anche “strategia” è in origine un termine militare. A qualcuno le connotazioni aggressive di termini siffatti possono non piacere, ma bisogna pur ricordare che le metafore guerresche sono da sempre presenti nel nostro campo. Non abbiamo forse a che fare con “conflitti”, “difese”, “tattiche inconsce”, “resistenze”? E lo stesso concetto postfreudiano di “alleanza terapeutica” non è esso pure una metafora militare?

Certo, questo non vuol dire che l'analista, tanto meno lo psicoterapeuta alle prese con un caso grave, debba irresponsabilmente “attaccare le difese” (benché non manchino talune forme di psicoterapia provocativa dove ciò viene più o meno responsabilmente praticato). Del resto, quello di “difesa” è un concetto più complesso che non si creda (mi riferisco al seminario milanese di Giacomo Contri nel corrente a.a. dell'associazione Studium/Cartello “Il lavoro psicoanalitico”): ci sono le “difese da”, mobilitate a caro prezzo *contro* ogni genere di angosce, e ci sono le “difese di”, allestite in positivo *per* tutto quello che sta veramente a cuore; ci sono poi le difese *delegate* (come

quelle fornite dall'avvocato in tribunale) e quelle vissute *in prima persona*. Più che attaccare le difese per demolirle, una psicoanalisi rispettosa del paziente dovrebbe analizzarle per trasformarle: da "difese contro" e (spesso) "delegate" in "difese per, assunte in prima persona" (cioè nell'Io). Ma questo compito esige che prenda forma un'"alleanza", col cui sostegno il paziente capisca di poter vincere la battaglia.

Ora, a proposito di metafore militari: mi pare di rilevare nel nostro campo una certa diffusa tendenza a neutralizzare queste nozioni, a purificarle di ogni connotazione aggressiva; insomma, una tendenza a ridurre la psicoanalisi a una sorta di *maternage* (sociologicamente in linea con l'emergere di una "società senza padri"). Come se volessimo o potessimo fare della psicoanalisi una impresa "buonista"; magari ideologicamente opposta alla psichiatria, regno dei padri cattivi. Con ciò dimenticando che la collaborazione con la psichiatria resta *auspicabile* sul terreno teorico e *ineludibile* su quello pratico. E soprattutto dimenticando quel che ci ha insegnato un grande della psicoanalisi, W.R. Bion, secondo cui un certo pacifismo buonista (inteso come "non-odio" a qualunque costo) dev'essere letto come -H, cioè consegue da una patologica inversione della funzione +H (odio) che, slegata dalle altre funzioni di legame (amore, conoscenza), si volge su stessa per generare un vacuo "odio dell'odio".

Voglio dire: il rifiuto della mentalità strategica *non* produce affatto *un buon analista*, né contraddistingue ai miei occhi la supposta "ortodossia" dell'analisi classicamente intesa (per meglio dire, fraintesa) come *laissez faire*. Tanto meno produce un buon terapeuta. La mancanza di visione strategica contraddistingue, semmai, quello che chiamerei un *analista buonista*, inerme e inerte (letteralmente: senz'armi né arte). Che non sarà affatto "al di là della memoria e del desiderio", bensì "al di qua dell'amore e della conoscenza": senza alcuna voglia di curare e neppure di capire. Laddove solo un analista o un terapeuta ben forniti di curiosità e di fiducia, nonché capaci essi stessi per primi di mutare stile secondo le circostanze, solo essi possono fungere da termine positivo d'identificazione per l'Io del paziente all'interno di una vera alleanza terapeutica.

Con l'oro puro si fabbricano gioielli...

Tutti ricordano le famose parole di Bion [1967; 1970, trad.it. p. 174] che vogliono l'analista "senza memoria né desiderio". Ma poche formule come questa di Bion (assieme all'altra di Lacan sull'analista che "si autorizza da sé") sono state fraintese, in buona o mala fede; e ben venga chiunque si proponga di rimeditarne l'autentica portata [per es. in Italia: Giampà/Fiorespino 1997, Lampignano 2003, Carere-Comes 2005]. Paradossalmente, ma neanche poi tanto, mi sembra più vicina allo *spirito* di Bion l'enfasi che un frommiano come Romano Biancoli pone sul "qui e ora" (si veda fra le relazioni incluse nel presente volume) che non tante dichiarazioni di fede nel *nome* di Bion.

In particolare, non mi convince quando quelle quattro parole di Bion vengono evocate per escludere dalla prospettiva psicoanalitica ogni "progetto terapeutico" (anziché per concepire ogni progetto come ipotesi di lavoro passibile di aggiornamento). Nessun tipo di "progetto" – si dice – ha diritto di cittadinanza sul terreno schiettamente psicoanalitico. Anzi, proprio in ciò consisterebbe – al di là delle modalità esterne di conduzione – la differenza essenziale fra psicoanalisi e psicoterapia. Diversamente dalle psicoterapie, ivi comprese quelle analitiche, la psicoanalisi – sentiamo spesso dire – "mette fra parentesi" la realtà esterna (sintomi compresi) e, non avendo limiti di tempo stretti né predeterminati, riconosce alle libere associazioni lo spazio massimo possibile; si tiene libera, pertanto, d'interpretare qualunque contenuto ivi emergente e qualunque fantasia presente fra le righe del discorso, come pure qualunque tipo di transfert, al solo scopo di approfondire, con l'analizzante, la conoscenza del suo mondo interno. Tutto ciò, secondo linee di sviluppo non programmate né programmabili; insomma, al di fuori di qualunque "progetto", terapeutico o no.

Ma è proprio così che stanno le cose? Freud distingueva «l'oro puro della psicoanalisi» dalle meno nobili leghe che compongono la psicoterapia; ma siamo sicuri che la maggiore “nobiltà” della psicoanalisi vada di pari passo con l'assenza, in essa, di ogni progetto? Siamo sicuri di potere ragionevolmente opporre l'interesse disinteressato per la pura conoscenza interiore a quella che altri approcci, esagerando nel senso opposto, vedono come la “riprogrammazione” di un sistema bloccato? E siamo sicuri infine che, nella conduzione dell'analisi, la negazione di ogni progetto non conduca al prevalere di un progetto inconscio e dunque incontrollato, magari onnipotente? Non sarà meglio riconoscersi dei limiti?

Sia chiaro: non voglio affatto, con ciò, negare che la psicoanalisi, rispetto alle psicoterapie da essa ispirate, conservi specifiche differenze e si proponga – diciamo pure – una maggiore “latitudine” e una maggiore “profondità”. Ma una cosa è assumere queste caratteristiche come un *ideale regolativo*, più o meno approssimabile; tutt'altra cosa è assumerle come un' *immagine idealizzata*, e dunque inevitabilmente persecutoria.

... ma non si forgiavano armi!

Orbene: se la psicoanalisi coincidesse con l'immagine idealizzata che se ne ha, allora avrebbe ragione chi vede in essa la terapia d'elezione per quelli affetti dalla “sindrome di Yarvis”. E' una vecchia battuta americana di qualche anno fa, Y.A.R.V.I.S. essendo un acronimo che condensa: YOUNG, ATTRACTIVE, RICH, VERBAL, INTELLIGENT, SOCIABLE! Come dire: nulla meglio della psicoanalisi per curare quelli... che non hanno bisogno di essere curati!

In realtà, quand'anche manchino sindromi “vere”, psichiatricamente diagnosticabili, una forte componente terapeutica – più forte di quanto non si voglia ammettere – affiora nel corso di ogni analisi, non escluse quelle intraprese con finalità didattica. Che si tratti di manifestazioni ego-distoniche le quali disturbano la coscienza, oppure d'irrisolutezze e di ambivalenze che interferiscono con l'esistenza, oppure ancora di ricorrenti inquietudini, immancabilmente affiora – nel corso di ogni analisi – qualche conflitto da *risolvere* o qualche immaturità da *sanare*. Se non altro, perché la “maturità psichica” ricercata dalla psicoanalisi e comunque definita (in termini di genitalità, o di raggiungimento della posizione depressiva, o di piena individuazione) è un concetto molto più ricco ed esigente della “salute mentale” ricercata dalla psichiatria (e definita in termini puramente negativi, come assenza di sintomi classificabili). Più spesso, perché qualche forma e grado di sofferenza retrostava alla domanda di analisi (non escluse, ripetiamo, quelle intraprese con finalità didattica).

Se così stanno le cose, se la componente terapeutica è più forte di quanto non si voglia ammettere, come negare che un analista responsabile possa farsene carico e che possa, o debba, elaborare uno specifico progetto di crescita su misura per quell'analizzante? Forse, non fino dalle prime battute; non fino dal primo colloquio, come si tende a fare nelle psicoterapie; ma da quando, almeno, pare possibile delineare scenari possibili e sviluppi alternativi.

A fortiori ciò vale per le psicoterapie. Ed è proprio una delle studiosi più severe nel distinguere fra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, Stefania Manfredi Turillazzi, a scrivere: «L'analista, che non si pone aspettative terapeutiche precise, in realtà spesso non ne depone alcuna e può alimentare con l'infinità del tempo, l'infinità delle sue aspettative di cambiamento, rendendo così successo e insuccesso praticamente incommensurabili» (Turillazzi Manfredi 1979, p. 128). Senza contare il fatto che la stessa decisione di proporre, al termine dei primi colloqui, un'analisi o una terapia, e quale tipo di terapia, comporta – lo si voglia o no – un certo progetto. Del quale sarebbe meglio essere consapevoli fino in fondo.

Del progetto terapeutico

Nel corso dei primi colloqui sia l'analista che lo psicoterapeuta di orientamento analitico compiono una serie di valutazioni, qualitativamente diverse, ma fortemente connesse fra loro, tanto sul paziente quanto su di sé: valutazioni di tipo extra-analitico (come la diagnosi, con implicazioni relative); valutazioni di tipo para-analitico (la c.d. "analizzabilità", ovvero la possibilità di compiere un lavoro psicoanalitico con quel paziente, secondo come reagisce ad alcune blande interpretazioni di saggio); valutazioni, infine, di tipo schiettamente psicoanalitico (in ordine alle difese prevalenti, alla maturazione delle strutture ed eventualmente al conflitto nucleare che retrosta alla sintomatologia adottata). A tutto ciò si aggiungono quella si chiama "analisi della domanda", vero biglietto da visita dell'aspirante paziente, e naturalmente l'apprezzamento delle proprie reazioni controtransferali alla di lui/lei personalità complessiva. Assumersi l'onere di tutte queste valutazioni preliminari significa già muoversi nell'ottica di un progetto terapeutico (seppure passibile di revisione in corso d'opera, quando tali valutazioni vengano approfondite o modificate).

Le «aspettative terapeutiche precise» e il modo di realizzarle (con quali mezzi, attraverso quali fasi, entro quali limiti) è, grosso modo, ciò che chiamiamo "progetto terapeutico". Una nozione – si direbbe – di somma importanza, eppure alquanto trascurata dal punto di vista teorico e clinico. Se prendiamo i due principali trattati di psicoanalisi in uso nel nostro paese – quello classico di Cesare Musatti (1949) e quello, più recente, a cura di Antonio Alberto Semi (1988): due volumi di consultazione dove l'indice degli argomenti assume una speciale importanza – è facile verificare che né il lemma "progetto terapeutico" né quello "progetto" *tout court* compaiono fra gli argomenti da mettere in evidenza. Ciò può non stupire, dato un certo modo d'intendere l'analisi classica; ma stupisce, e parecchio, il fatto che di "progetto" non si parli neppure nell'indice del vecchio manuale specificatamente dedicato da Robert Langs (1973-74) alla tecnica della psicoterapia psicoanalitica. Insomma: c'è stata una certa resistenza all'adozione, nel nostro campo, di questo concetto.

Onestà vuole che si ammetta che tale resistenza, benché nasca sopra tutto da un'immagine idealizzata di tutto quanto è "psicoanalitico", rispecchia pure talune ragionevoli preoccupazioni. Programmare l'evolvere di un'esperienza analitica appare a molti di noi gravido di pericoli e potenzialmente lesivo del "processo analitico". Inoltre: la parola "progetto" fa pensare ad architetti e ingegneri: un mix di gusto e di tecnologia. In funzione di che? Qualcosa da costruire. Orbene, nel campo psicoanalitico non si tratta tanto di costruire *ex novo* qualcosa che non c'era, quanto di "riparare" qualcuno che c'è.¹

E' chiaro però non si tratta tanto di "costruire" nuove strutture *per* il paziente, così come fa l'architetto per il cliente, bensì di "decostruire" vecchie modalità ripetitive *insieme con* lui; affinché egli sia libero di riutilizzare le forze così ritrovate come meglio crede. Ogni ambizione diversa da questa, ogni tentazione di riprogettare la personalità del paziente secondo le preferenze del terapeuta (sia pure mascherate da una qualche teoria), ogni slittamento dall'artigianale sobrietà del lavoro analitico verso la megalomane proposta di nuove sintesi per conto terzi, tutto ciò resta da evitare. Non bisogna però credere – voglio sottolinearlo con forza – che una terapia sorretta da un progetto consapevole sia necessariamente più "interventista" di una che procede giorno per giorno, senza progetto di sorta.

A questo punto ci possiamo, forse, trovare d'accordo sui punti seguenti. Primo: è sbagliato individuare nella presenza/assenza di un "progetto" la differenza essenziale fra psicoterapia e psicoanalisi. Secondo: tale sbaglio deriva da un'immagine idealizzata della psicoanalisi e da un'immagine riduttiva, meramente pedagogica, del "progetto terapeutico". Terzo: in conseguenza di tutto ciò, una nozione così importante come quella di progetto terapeutico è rimasta in ombra nella

¹ E' vero: si tratta di una espressione orribilmente anti-umanistica, che meglio si confà all'officina dell'elettrauto che non allo studio dell'analista! Me ne concedo nondimeno l'uso, strizzando l'occhio al concetto kleiniano di "riparazione". In questo senso, con "riparare qualcuno" voglio dire essenzialmente "riparare le capacità riparative di qualcuno".

letteratura psicoanalitica, laddove meriterebbe di venire seriamente approfondita. Quarto: resta vero che il progetto non ha da essere tanto pedagogico quanto “strategico”. Quinto: la vecchia nozione di “parametro” proposta da Eissler [1958] conserva una sua importanza, ma, più che la strategia di fondo, descrive le diversioni tattiche e ci appare oggi insufficiente a qualificare la dimensione operativa di un vero progetto terapeutico.

Del “visioning clinico” (con qualche osservazione)

Fra i contributi recenti sulla nozione di “progetto terapeutico” nel campo psi, mi piace ricordare un articolo di Giovanni Foresti e Mario Rossi Monti [2002] che, mutuando la nozione di *visioning* dalla psicologia dell’organizzazione, propone l’idea di un “*visioning clinico*” come terreno sul quale soltanto può fiorire un progetto efficace. Nella sfera delle organizzazioni sociali, per es. un’azienda, il termine *vision* connota la “visione d’insieme” costituita (a) dalla *mission* e (b) dalla strategia da seguire per realizzarla; correlativamente, col termine *visioning* s’intende il lavoro comune proteso (A) all’aggiornamento permanente della *vision*, con tutte le verifiche che si rendono necessarie e tutte le revisioni che le verifiche suggeriscono, e (B) a fare di tutto ciò un patrimonio di esperienze, idee e valori profondamente condiviso da tutti i soggetti interessati. Scrivono Foresti e Rossi Monti (avendo in mente soprattutto pazienti psichiatrici seguiti in *équipe*) che l’istituzione del *visioning clinico* compete specialmente al responsabile del gruppo terapeutico. Questi deve preoccuparsi di tenere viva nella mente e nell’azione di ogni componente del gruppo «una rappresentazione complessa del paziente, sottoposta a continua verifica e ri-orientata sulla base dei risultati dell’intervento». Questo *modus operandi*, nell’intendimento degli autori, è precipuamente finalizzato a colmare lo *hiatus* fra diagnosi tradizionalmente intesa sul piano criteriologico e “progetto terapeutico”. Infatti, nell’impostazione operazionalizzata del DSM-IV, così come nella diffusione crescente di *guidelines* e protocolli standardizzati (pur utili), l’oggettivazione del sintomo rischia di produrre una pratica terapeutica alquanto rigida, che consegue meccanicamente dalla diagnosi; laddove un vero “progetto terapeutico”, quale emerge auspicabilmente dal *visioning clinico*, dovrebbe essere concepito sulla misura del paziente ed evolvere con lui. A tal fine, a fianco delle categorie nosografiche della *mainstream psychiatry*, Foresti e Rossi Monti raccomandano, per la formazione e conduzione del gruppo terapeutico, l’adozione di strumenti mutuati dalla psicoanalisi e soprattutto dalla psicopatologia d’ispirazione fenomenologica: l’esplorazione del *mondo interno* quale si manifesta nella relazione terapeutica e la messa in evidenza del *vissuto soggettivo* a monte del sintomo osservabile (sintomo che, rispetto ad esso, costituisce già una forma di *coping*).

Tre personali osservazioni di commento a questo interessante lavoro.

La prima, un po’ banale, solo per ricordare che nella prospettiva del *visioning clinico*, e per meglio legare diagnosi e progetto, le categorie fornite dal PDM sono forse più utili di quelle fornite dal DSM. Infatti: rispetto agli assi diagnostici del DSM-IV (che non sono vere “dimensioni” di una descrizione complessiva, ma piuttosto degli elenchi relativamente indipendenti l’uno dall’altro e non tutti egualmente significativi per ogni paziente), gli assi diagnostici del PDM 2006 – della cui *task force*, mi piace ricordarlo, fanno parte i nostri colleghi dell’AAPDP – costituiscono dimensioni ineludibili ed effettive di una descrizione unitaria, che non ignora il “vissuto soggettivo”.

La seconda, per notare che la nozione psichiatrica e psicopatologica di *coping* non è poi troppo lontana dalla concezione freudiana del sintomo “primo terapeuta”. Salvo assumere in considerazione, assieme ai meccanismi di difesa inconsci, una serie di aspetti che la psicoanalisi classica tendeva a ignorare: dal bisogno di un senso purchessia, che strutturalmente immane alla coscienza, alla pressione che sulla coscienza esercitano le rappresentazioni collettive.

Terza osservazione. La proposta del *visioning clinico* così come delineata da Foresti e Rossi Monti, salva facendo l’originalità del ruolo ivi assegnato al punto di vista psicopatologico, mi sembra utilmente integrare esperienze e modalità di lavoro diverse. Penso agli *assessment groups*

che – lo ricordo con qualche nostalgia per esserne stato io stesso partecipe tanti anni fa – si fanno settimanalmente alla Tavistock Clinic di Londra; e penso a quelle *group supervisions* dove il conduttore usa l'analisi delle dinamiche profonde accese nel gruppo dalla discussione del caso quale “specchio” delle dinamiche transferali e controtransferali affioranti nel caso stesso. Se così fosse, colui cui compete la responsabilità di “condurre” un gruppo di lavoro clinico dovrebbe badare non solo alla *conduzione teorico-pratica del lavoro clinico*, per approfondirne tutti gli aspetti, ma anche alla *conduzione psicodinamica del gruppo stesso riunito in seduta*, con esiti auspicabilmente “mutativi” sullo stile di lavoro degli operatori (ma questo va forse al di là di quanto proponevano i teorici del *visioning* clinico).

Quarta e ultima. Non è detto che, *mutatis mutandis*, quanto proposto per il trattamento in *équipe* di pazienti gravi non possa essere in parte riproposto per le psicoterapie psicodinamiche, tradizionalmente concepite come un rapporto a due. La domanda è: dove sta in questo caso il “gruppo di lavoro”, con la pluralità delle sue competenze e con la capacità di *visioning* che gli compete? La risposta è che ce ne sono due: uno, ovviamente, è il gruppo di lavoro interiorizzato dal terapeuta; l'altro è la stessa diade terapeuta-paziente o, per meglio dire, l'alleanza che si stabilisce fra il terapeuta e la “parte sana” nell'Io del paziente. Quanto più il gruppo interno sarà libero di discutere, tanto più la diade esterna tenderà a rassomigliargli. A condizione, s'intende, che il terapeuta non cada nell'equivoco narcisistico di fraintendere il transfert positivo quale manifestazione della parte sana e il transfert negativo quale manifestazione della parte malata (ciò che può essere, ma anche non essere). Cadere in tale equivoco sarebbe infatti come espellere il paziente dall'alleanza terapeutica, così restando privo dell'interlocutore principale e di un termine di confronto decisivo per ogni possibile “progetto”.

I contributi di Sestri Levante

Questa la cornice problematica di fondo, allorché si parla di “strategie”. Entro tale cornice il lettore troverà ampia materia di riflessione nei contributi che compongono il volume.

Alcuni contributi riguardano la cura di casi assai gravi, resistenti alle tecniche classiche. Eric M. Plakun, sulla base di esperienze condotte all'Austen Riggs Center, s'interroga su come gestire il suicidio tentato o minacciato dal paziente; non solo per prevenirlo, ma anche per utilizzarlo quale comunicazione diversamente significativa a seconda della qualità del transfert. Tamara Landau ci propone il suo concetto di *enclave*: sorta di nucleo autistico originario corrispondente alla fantasia (specialmente femminile) di non essere nata, bensì tuttora prigioniera nel grembo della madre interna, fantasia da lei messa in luce in talune nevrosi, perversioni e disturbi del comportamento alimentare; e descrive, per un paio di casi del genere, l'adozione di tecniche ludiche finalizzate alla creazione di uno spazio comune e di una normativa condivisa, altrimenti impossibili. Pietro Andujar ci racconta il caso di un paziente “difficile” in co-terapia, con cui l'interpretazione del transfert paziente-terapeuta non solo non funziona, ma rischia di produrre un blocco; mentre si rivelano a tutti gli effetti “facilitanti” l'interpretazione del transfert sui farmaci e sullo psichiatra, nonché l'auto-analisi degli agiti controtransferali cui il terapeuta era sospinto dal paziente.

Un altro gruppo di contributi riguardano le psicoterapie infantili, l'uso del disegno e del gioco, l'incerto confine fra terapia del bambino e rapporti con la famiglia: Catherine Fava-Dauvergne ci racconta, con categorie lacaniane, la progressiva dissoluzione di una menzogna delegata al bambino dalla madre (una falsa accusa di pedofilia). Analogamente Patrizia Crippa ci racconta la progressiva dissoluzione di una diagnosi di dislessia grazie alla sostituzione, nella psiche del bambino, del gruppo stigmatizzante degli “esperti” con un gruppo di figure che includono, anziché escludere; e come sia arrivata a ciò per mezzo di un'esperienza “teatrale” che vede la terapeuta stessa protagonista attiva. Egualmente integrato l'approccio dinamico con cui Mina de Tuglie tratta un caso di fobia della scuola.

Per chi volesse saperne di più sulla integrazione di approcci diversi, ci sono vari altri contributi: quello di Luciana Ceriani (un caso di arte-terapia, dove solo con l'uso del colore un ossessivo riesce ad esprimere quello che sente); e quello di Tommaso Farma (storia di una depressione grave con tratti di personalità borderline, trattata in parte con la psicoterapia psicoanalitica, in parte con una singolare combinazione di EMDR e farmaci). Meno singolare ma, proprio per la frequenza con cui si rende necessaria, non meno interessante l'integrazione di psicoterapia individuale e psicoterapia familiare, discussa a fondo da Carlo Filiaci.

Chi, nostalgico dell'ortodossia, giudicasse una trasgressione l'adozione di queste tecniche da parte di un terapeuta di formazione analitica, può finire di scandalizzarsi leggendo il contributo di Richard Brockman, autorevole psicoanalista americano. Il quale ci "confessa" niente meno che una *violazione* del setting: avere permesso, e quasi sollecitato, un abbraccio affettuoso fra paziente e terapeuta al termine di una seduta. *Felix culpa*, grazie alla quale il paziente riconosce finalmente per vero, sul piano emotivo e non solo cognitivo, che non è poi così "ripugnante" come temeva di essere. Brockman s'interroga a fondo sul senso di questo episodio e ne ricava importanti considerazioni sulla psicoterapia in generale, al confine fra teoria dell'attaccamento e neurofisiologia.

Sul terreno dei rapporti fra psicoterapia dinamica e neuroscienze, come pure sul terreno della "ricerca empirica in psicoterapia", si collocano due contributi di alti profilo teorico: quello di Roberto De Ponte-Conti e Sandra Cavern; e quello di Emilio Fava e Pablo Zuglian. Il primo ci propone una micro-analisi dei primi tre minuti d'interazione di una prima seduta video-registrata, notomizzati col metodo TCM (Therapeutic Cycle Model) di Mergenthaler. Pratica di comprovato valore predittivo e di estrema utilità al fine di aggiustare il tiro, nelle sedute successive, con quel singolo paziente. Il secondo contributo, nato da una vasta esperienza di psicoterapie condotte all'interno di una unità milanese di psichiatria, approfondisce la questione dell'OPD (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata) al fine di rendere possibile per ogni paziente una "indicazione elettiva" (quale tipo di psicoterapia) non puramente intuitiva, ma solidamente fondata.

Di pari spessore teorico (e singolarmente convergenti, nonostante l'estrema diversità dei riferimenti di partenza) due contributi sulla questione del "tempo vissuto" in seduta. Mi riferisco al già citato saggio di R. Biancoli sul "qui e ora" della relazione analitica e a quello di A. Mastroianni e L. La Torre sulle forme temporali dell'incontro. Biancoli muove da una serie di riferimenti filosofici che includono, con Fromm, Marx e Gentile; per contro, Mastroianni e La Torre muovono dalla psicologia psicoanalitica di Daniel Stern e dell'intersoggettivismo; entrambi i contributi peraltro finiscono con l'identificare nella riduzione del passato e del futuro al "momento presente" ogni speranza di autentico "incontro" (senza di che non sono possibili né la diagnosi né la terapia).

In appendice al volume, viene riproposto un saggio composto insieme da Luigi Longhin e Mauro Mancia su: psicoanalisi ed epistemologia. Con esso si vuole non solo richiamare l'attenzione su una serie di questioni cruciali, ma anche commemorare Mauro Mancia ed esprimere il lutto di OPIFER per la sua scomparsa. A questa perdita se ne aggiunge un'altra, che più direttamente ci colpisce: quella, più recente, di Virginia Giliberti Tincolini. Già protagonista della neuropsichiatria infantile nella città di Firenze, Virginia fu poi direttrice dell'Istituto di Psicoterapia Analitica "H.S. Sullivan" e, come tale, fra i soci fondatori di OPIFER nel 1996. Questo volume, che non potrà vedere, Le è idealmente dedicato.

Referenze bibliografiche

- BION W.R., «Notes on memory and desire», *Psychoanalytic Forum*, Vol. 2, No. 3, 1967, pp. 272-273.
- BION W.R., *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi* [1970], Armando, Roma 1973.
- CARERE-COMES T., «Il soggetto meta: sulla libertà da memoria e desiderio», *Psicoterapia e scienze umane*, 4, 2005, pp. 487-494.
- CARUSO S., «OPIFER e AAPDP, sulle orme di Silvano Arieti», in: Bruschi R. (a c. di), *“L’interpretazione della schizofrenia”, trent’anni dopo. Sulle orme di Silvano Arieti*, ETS, Pisa 2005, pp. 7-15.
- EISSLER K.R. [1958], «Osservazioni su alcune variazioni nella tecnica psicoanalitica», in: Genovese C. (a c. di), *Setting e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano, 1988.
- FORESTI G., ROSSI MONTI M., «La diagnosi e il progetto. Visioning clinico e organizzatori psicopatologici», *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 2002, pp. 65-82.
- GIAMPÀ M., FIORESPINO F., «Tra Oriente ed Occidente: “Assenza di memoria e desiderio” e controtransfert», 1997, <http://merciai.tripod.com/bion/papers/giampa.htm>
- HALEY J., *Le strategie della psicoterapia* [1963], Sansoni, Firenze, 1974.
- LAMPIGNANO A., « Appunti su “senza memoria e desiderio” di Bion», *Rivista italiana di gruppoanalisi*, 3, 2003.
- MANFREDI TURILLAZZI S., *La linea d’ombra delle psicoterapie*, Edizioni del Riccio, Firenze 1979.

Edizione fuori commercio ad uso dell'Autore.
Estratto dal volume:

Strategie della psicoterapia dinamica. Atti del IX Convegno OPIFER-AAPDP,
a c. di Pietro Andujar, Florence Art Edizioni, Firenze 2008,
pp. 208, € 16,00



<http://www.florenceartedizioni.com/>