

Capitolo 6

Il primo colloquio e la presenza virtuale di terzi assenti

6.1 La situazione dei diversi problemi

Di solito il paziente e l'analista si incontrano per la prima volta di persona nella sala d'attesa, al momento del saluto. In funzione delle proprie aspettative, ciascuno si è già fatta un'idea più o meno vaga dell'altro. Per proseguire nelle nostre riflessioni, immaginiamo un paziente che abbia chiesto un appuntamento per telefono o per iscritto. Egli ha accennato brevemente ai suoi problemi o descritto dettagliatamente la storia della sua vita per far rilevare l'urgenza della consultazione. Può anche aver espresso i suoi dubbi e le sue speranze che la decisione a lungo rinviata possa sfociare, finalmente, in un trattamento efficace dei suoi sintomi cronici, e che venga accettato come paziente proprio dall'analista di cui aveva sentito parlare tanto bene. L'analista, da parte sua, ha già appreso molte cose sul conto del potenziale paziente dal suo modo di annunciarsi, da come è stato indirizzato a lui o dal contenuto e dalla forma della sua lettera. Prima del loro primo incontro, così, si sono già messi in moto i processi di transfert, controtransfert e resistenza. In attesa del primo colloquio il nostro paziente immaginario ha sognato, la notte precedente, una casa, di cui lo ha colpito, al risveglio, la rassomiglianza con quella dove si trova lo studio dell'analista. Anche l'analista ha notato in sé segnali che potrebbero far presupporre un controtransfert, in senso lato. Se la situazione lavorativa descritta dal paziente è tale da permettere una grande flessibilità di tempo, l'analista può esaminare con agio la sua agenda degli appuntamenti per vedere che cosa può proporgli.

Questa breve descrizione di una situazione inventata mette il lettore nella condizione di trarre le seguenti due conclusioni: il transfert, il controtransfert e la resistenza hanno inizio prima del primo incontro tra paziente e analista, e le aspettative del paziente influenzano il pensiero onirico già prima dell'intervista iniziale. Perciò abbiamo dato la priorità a questi argomenti nei prece-

cedenti capitoli. Rispetto al transfert, al controtransfert e alla resistenza desideriamo sottolineare quanto sia importante l'atteggiamento dell'analista, dal quale dipendono il primo colloquio e tutti gli incontri ulteriori. Ci preme sottolineare questo aspetto soprattutto per i lettori che iniziano la lettura del libro da questo capitolo, il quale introduce agli aspetti professionali della pratica psicoanalitica. Il nostro abbozzo di descrizione dello stadio preliminare dell'approccio paziente-analista farà capire ai lettori meno profani che l'esito dell'intervista iniziale con questo paziente immaginario può essere previsto con sufficiente certezza a partire dai primi pochi dati. Non c'è bisogno di una particolare capacità diagnostica; le basi per decidere l'inizio del trattamento psicoanalitico risultano quasi già date prima che l'analista si sia scervellato con criteri specifici di indicazioni di trattamento. Con alcuni pochi pazienti può essere saltata la prima intervista o persino una fase più lunga di chiarimento. Per ambedue le parti, paziente e analista, è evidente che la prima intervista può dar luogo all'inizio del trattamento che, corrispettivamente, appare adeguato ai fini terapeutici. Ogni analista conosce tali rapidi processi decisionali, che non hanno nulla a che fare con il fascino fantasioso di un'attrazione reciproca; al contrario, portano senza indugi al trattamento sul lettino con quattro-cinque sedute per settimana perché, per entrambi, sono già ben soddisfatti gli elementi minimali di indicazione. Per così dire, tutto calza bene: età, livello culturale, serietà dei sintomi, posizione professionale del paziente favorevole per disponibilità di tempo e di denaro, interesse professionale dell'analista.

Nessuna meraviglia che nella letteratura psicoanalitica le pubblicazioni relative alla fase iniziale del trattamento prevalgano su quelle relative al primo colloquio. Anche noi preferiremmo saltare il capitolo sul primo colloquio e passare subito alle regole psicoanalitiche e all'inizio del trattamento. Purtroppo non possiamo fare come se nella maggior parte dei casi dovessimo trattare con pazienti ideali, ben motivati a un trattamento e consapevoli del rapporto tra i loro sintomi e i problemi e conflitti della loro vita, vale a dire già capaci di un certo insight. Ciò avviene molto di rado; questi pazienti certamente esistono, ma sono pochi; le cose in realtà vanno diversamente. Il primo colloquio ha una funzione decisiva quando si tratta di pazienti che non appartengono necessariamente alla borghesia colta e benestante, presentano i più disparati sintomi psichici e fisici e coprono quindi un ampio spettro nosologico. Se non si attribuisce al primo colloquio la dubbia funzione di individuare tra i pazienti chi, ipoteticamente, è adatto per la psicoanalisi, si riesce a ritrovare lo spirito pionieristico di Freud e il piacere che egli provava nella ricerca.

Noi consideriamo il primo colloquio come la prima opportunità di utilizzare in maniera flessibile il metodo psicoanalitico, adattandolo alle condizioni specifiche di ogni singolo paziente. Sui primi incontri grava un pressante senso di responsabilità. Le informazioni che devono essere raccolte in pochi colloqui

restano necessariamente incomplete e poco attendibili. Per motivi di principio, solo in casi del tutto inequivocabili si può affermare con certezza che un malato *non* può trarre giovamento dai mezzi psicoanalitici. Infatti il metodo psicoanalitico è basato sulla strutturazione di una particolare relazione interpersonale con il paziente come individuo, con l'obiettivo di influenzare in senso terapeutico disturbi, sintomi e malattie, totalmente o parzialmente di origine *psichica*. Perciò usiamo una parola pretenziosa e parliamo di un *incontro*, in cui sono incorporate tutte le regole tecniche e tutti i concetti della psicoanalisi.

Naturalmente non possiamo mantenerci su mere generalizzazioni. Quanto più sono perfezionati i metodi e le tecniche terapeutiche, tanto più evidenti saranno le loro relazioni con la teoria dell'origine di ogni singolo quadro clinico in questione, e tanto migliore sarà la precisione con cui si potrà predire la loro efficacia e formulare la probabile prognosi. Quanto più sono note le circostanze condizionanti la comparsa di una malattia e con quanta maggiore esattezza sono stati chiariti i meccanismi d'azione di un rimedio, tanto maggiore diventa il grado di probabilità delle valutazioni prognostiche. Perciò in medicina la possibilità di standardizzare e generalizzare una tecnica, la sua applicabilità al caso tipico, tenendo conto delle deviazioni individuali, rappresenta l'ideale pratico e scientifico. Di conseguenza gli errori tecnici possono essere definiti come deviazioni da una norma stabilita, e ciò è dimostrato in tutta la sua portata nell'accertamento di interventi errati. È applicabile questo ideale al trattamento psicoanalitico? Possiamo aspettarci che il primo colloquio ci fornisca i dati diagnostici necessari per permetterci di stabilire criteri positivi di indicazione? Questo significa che l'indicazione terapeutica e la prognosi sono correlate, come si può intuire facilmente dalla domanda che ogni paziente fa al proprio medico, e anche al proprio analista: «Quali probabilità di migliorare o guarire mi dà l'analisi? Le prospettive di un buon esito peggiorano se vengo solo due volte alla settimana?» Tali domande mettono a disagio ogni analista, e perciò abbiamo ammesso con franchezza che anche noi ci sentiamo più a nostro agio lavorando in condizioni standardizzate, vale a dire quando la diagnosi implica una chiara psicogenesi, in modo che l'indicazione terapeutica e la prognosi possano essere motivate.

Se la selezione dei pazienti adatti alla tecnica psicoanalitica standard fosse l'unico aspetto importante nel primo colloquio, sembrerebbe logico incominciare subito con la terapia, cioè con il processo psicoanalitico, dal cui sviluppo dipende la prognosi. Ma l'apparenza inganna; le norme tecniche formulate per il cosiddetto caso adatto sono criteri formali che, in quanto tali, restano fuori dall'essenza e dalla sostanza del contenuto del processo, e possono persino ostacolarlo. Per questa ragione dobbiamo considerare numerosi e differenti fattori nella descrizione del primo colloquio, e questa molteplicità va vista nel contesto globale dei problemi da risolvere.

Ampliamo ora la prospettiva presentando alcune linee di sviluppo, e illustriamo l'intervista iniziale da vari angoli di visuale, facendo riferimento all'atteggiamento analitico. Desideriamo sottolineare l'importanza dell'atteggiamento dell'analista, per esempio nell'attenzione che presta al transfert, al controtransfert e alla resistenza. Poiché, frequentemente, gli strumenti psicoanalitici in senso stretto non possono essere impiegati, diventano essenziali l'atteggiamento dell'analista e la sua maniera di usare le comunicazioni del paziente. Perciò si è sviluppata piuttosto tardi una specifica tecnica di intervista psicoanalitica, sebbene l'influenza della psicoanalisi si fosse già notata, negli Stati Uniti nell'intervista psichiatrica, e in Germania nella raccolta dell'anamnesi in medicina psicosomatica.

Il nostro scopo, in questo capitolo, è rendere conto sia dei requisiti generali della tecnica del colloquio, sia degli aspetti specificamente psicoanalitici. Innanzitutto dobbiamo abituare il lettore a un ampio spettro di considerazioni perché, sebbene il modello medico che permette di stabilire un'indicazione positiva fosse stato adottato dal metodo psicoanalitico standard, difficilmente nella pratica si incontra un analista che sia in grado, eccetto in quei rari casi inequivocabili menzionati prima, di arrivare a una descrizione sicura del paziente basandosi su pochi colloqui.

Non ci sorprende che siano idonei per un'analisi in condizioni standard quei pazienti che già dal primo colloquio sembrano rispondere al modello tecnico di base. Naturalmente, anche noi riteniamo importante come i pazienti reagiscono, per esempio, di fronte a interpretazioni di prova, perché in tal modo si possono ottenere buoni punti di riferimento sulla loro capacità di insight e consapevolezza dei propri conflitti. Un peso ancora maggiore ha l'esperienza che la reazione dei pazienti alle interpretazioni di prova e ad altri speciali strumenti della diagnostica psicoanalitica dipende da molte altre circostanze tra le quali, ad esempio, il ritmo (*timing*). Dipende da molti fattori quanto tempo occorre al paziente per familiarizzarsi con il dialogo psicoanalitico, che ogni analista conduce a modo suo – e lo spettro delle variazioni è grande – affinché il paziente riesca a capire il senso delle interpretazioni di prova. A parità di condizioni, vale la stessa cosa per tutti i criteri. Nella nostra descrizione si riflette la convinzione che il modo di condurre il primo colloquio dovrebbe essere sempre adattato alle caratteristiche di ogni singolo paziente.

6.2 Diagnosi

I colloqui diagnostici preliminari servivano a Freud per escludere le malattie somatiche e le psicosi. L'applicabilità del metodo psicoanalitico appariva considerevolmente ridotta non tanto da provate limitazioni tecniche quanto dalle condizioni di un trattamento ambulatoriale, senza la possibilità di un

regime di ricovero. Freud, che in ogni caso non esitò mai ad accettare in analisi pazienti gravi, considerò la possibilità di un trattamento ospedaliero temporaneo in casi di emergenza come un modo di estendere l'applicazione del metodo psicoanalitico (1904). Soddisfatte le premesse elementari e stipulato l'accordo sull'onorario e sugli appuntamenti, al paziente veniva spiegata la regola fondamentale e l'analisi cominciava. Allora come oggi, i fattori psicosociali generali, quali grado di istruzione, età, motivazione, erano altamente rilevanti. Freud rinviava alla prima fase del trattamento l'anamnesi dettagliata della vita del paziente; quello che intendiamo oggi per colloquio preliminare era allora scarso e conciso, come si può rilevare dalla descrizione del primo colloquio con l'uomo dei topi (1909a, p. 10).

Tutti i pazienti di Freud erano «in analisi»; dopo avere abbandonato l'ipnosi egli non faceva distinzioni tra forme diverse di terapia psicoanalitica: esisteva soltanto il suo metodo psicoanalitico. Trattava prevalentemente malati gravi, incapaci di andare avanti nella vita, vale a dire quelli per i quali e con i quali si sviluppò la terapia psicoanalitica (Freud, 1904, p. 434).

Il problema della selezione, presente tuttora, si manifestò quando la domanda cominciò a superare l'offerta, come riferisce Fenichel (1930, p. 13) a proposito dell'ambulatorio dell'Istituto psicoanalitico di Berlino:

La sproporzione tra il numero di richieste di consultazione e il numero di analisi che era possibile intraprendere rese necessario uno sgradevole processo di selezione. È ovvio che si prendevano in considerazione in primo luogo i criteri d'indicazione della terapia psicoanalitica. Poi si teneva conto delle due disposizioni dell'Istituto relative all'accettazione di un paziente per il trattamento psicoanalitico: il caso doveva prestarsi alla ricerca scientifica e all'insegnamento.

La proporzione tra il numero delle consultazioni e i trattamenti iniziati era allora di circa 2,5:1. L'atteggiamento di entusiasmo per la sperimentazione, dominante nell'Istituto di Berlino al momento della decisione di intraprendere un trattamento psicoanalitico, fu messo in evidenza dal grande numero di interruzioni (241 su 721): «Il numero relativamente alto di analisi interrotte dopo breve tempo può essere spiegato così: si tratta perlopiù di casi la cui idoneità all'analisi era dubbia, ma che, tuttavia, furono sottoposti a un'«analisi di prova», alla fine della quale l'analista doveva pronunciarsi negativamente» (*ibid.*, p. 14).

L'analisi di prova serviva per stabilire un'indicazione diagnostica più esatta, e fin dall'inizio era gravata dalla seguente domanda del paziente: «Se alla fine dell'analisi di prova risulta che io non sono un caso idoneo alla psicoanalisi, per quale tipo di trattamento sono adatto?» Una domanda tanto ovvia, naturalmente, sconvolge il fondamento esistenziale del paziente. Forse poteva essere evitata se l'analisi di prova non fosse stata espressamente concordata, cioè se l'analista avesse controllato da solo questo periodo di prova senza comunicarlo al paziente. Ma tale atteggiamento non è consono all'atteggiamento psi-

coanalitico. Va anche aggiunto che l'analisi di prova può essere valida come test di idoneità solo nel contesto di una tecnica standardizzata, che sia applicata dallo stesso analista anche più avanti. Il comportamento del paziente durante l'analisi di prova sarebbe stato osservato, dunque, secondo il punto di vista di un determinato modo di intendere le regole. Ben pochi dei pazienti che al giorno d'oggi vanno a consulto negli ambulatori di clinica psicoanalitica sarebbero giudicati idonei in un'analisi di prova condotta secondo il modello tecnico di base. È quindi comprensibile che l'analisi di prova sia stata eliminata, poiché il rifiuto alla fine di questo periodo può essere molto doloroso per il paziente se il verdetto «non idoneo alla psicoanalisi» non viene mitigato o integrato con il suggerimento di una valida alternativa.

L'eliminazione dell'analisi di prova non ha risolto il problema ma lo ha spostato nella prima intervista. Come mostreremo in seguito, il peso che ricade sul primo colloquio diventa tollerabile per entrambi i partecipanti o risolvibile in modo costruttivo solo quando si assume una posizione flessibile e adattativa di fronte all'indicazione, come atteggiamento di base riguardo alla diagnosi e alla terapia. Prima però desideriamo mettere in rilievo il fatto che i problemi che dovevano essere risolti durante la prima intervista nell'ambulatorio del vecchio Istituto psicoanalitico di Berlino sono gli stessi che ancora oggi devono essere risolti in tutti gli ambulatori clinici istituzionali; l'attività psicoanalitica privata ne è meno interessata, perciò la maggior parte delle pubblicazioni relative alla prima intervista provengono dalle esperienze degli analisti nelle istituzioni pubbliche. Inoltre, solo in pochi istituti di formazione psicoanalitica si insegna espressamente la tecnica del colloquio. A volo d'uccello si possono distinguere le seguenti principali linee di sviluppo: nella diagnostica generale la psicoanalisi si è appoggiata nel corso degli anni al sistema nosografico della psichiatria. I modelli diagnostici della medicina psicosomatica erano e sono orientati sui sintomi fisici. Il primo colloquio psicoanalitico è una conquista relativamente tardiva, e si sviluppò in grandi ambulatori istituzionali.

L'atteggiamento e il pensiero psicoanalitici esercitarono una grande influenza sulla tecnica dell'esame psichiatrico. Benché su questo punto, come in generale nella storia, le asincronie possano durare decenni prima che sia riconosciuto l'influsso interdisciplinare, non può esserci comunque alcun dubbio che la diagnostica psichiatrica si sia trasformata dopo che Bleuler (1910) accolse il pensiero psicoanalitico. Brill, Putnam e altri psichiatri conobbero la tecnica psicoanalitica nella scuola di Bleuler, al Burghölzli di Zurigo, e contribuirono alla sua diffusione nella psichiatria degli Stati Uniti, dove la strada era stata già preparata dai concetti di igiene sociale e di psicoterapia di Meyer (vedi anche Burnham, 1967). Già negli anni trenta fu possibile notare le influenze del pensiero psicodinamico sul primo colloquio psichiatrico; Gill, Newman e Redlich (1954) ne hanno illustrato i primi passi; il loro contributo consiste sostanzialmente nella precisazione della tecnica dell'intervista psi-

codinamica. Questi autori confrontano la visita psichiatrica tradizionale con l'«intervista dinamica» distinta rispetto a tre obiettivi o mete (*ibid.*, pp. 87 sg.):

La prima meta è di instaurare una *relazione* tra due sconosciuti dei quali uno è un professionista e l'altro un essere umano che soffre psichicamente e spesso fa soffrire anche gli altri. Un serio tentativo di capire il paziente, un caldo contatto umano e un certo apprezzamento reciproco devono stabilirsi indipendentemente da chi siano il terapeuta e il paziente. Tutti gli autori di pubblicazioni sull'intervista hanno sottolineato questo aspetto, su cui noi siamo sostanzialmente d'accordo.

La seconda meta è una *valutazione* della situazione psicosociale del paziente.

La terza meta è *rafforzare* il desiderio del paziente di intraprendere la terapia che è indicata, e pianificarla con lui in passi ulteriori.

In questo schema la diagnosi psichiatrica è inclusa nella valutazione della situazione psicosociale e corrisponde a ciò che Balint (Balint e Balint, 1961) chiamò *diagnosi totale*. Il fatto che Gill e colleghi includano tra i compiti della prima intervista anche creare e sviluppare un sostegno al paziente in funzione dell'ulteriore trattamento segna, secondo noi, un passo fondamentale sulla via che va dall'intervista puramente diagnostica verso l'intervento terapeutico.

La concezione della «teoria interpersonale della psichiatria» di Sullivan (1953) pose in grande rilievo l'aspetto della relazione, cioè dell'interazione. Resta un interrogativo aperto se Sullivan abbia fondato effettivamente una psicoterapia interpersonale, come sostengono Greenberg e Mitchell (1983), o se sia tornato a un approccio fondamentalmente intrapsichico, come critica Wachtel (1982). La risposta a questa domanda dipende da come si intende e si realizza in pratica il ruolo dell'analista quale osservatore partecipante.

Negli anni cinquanta le strategie di intervista orientate psicodinamicamente furono oggetto di varie elaborazioni. Queste elaborazioni avevano lo scopo di sviluppare tecniche di intervista adatte a essere insegnate e apprese sistematicamente, necessità nata dal fatto che la psicoanalisi fu ampiamente recepita da parte della psichiatria nordamericana (vedi Cantor, 1957). Fu nell'ambito di questo contesto didattico che Deutsch formulò come segue la descrizione dell'«anamnesi associativa»:

Il metodo dell'*anamnesi associativa* consiste nel registrare non soltanto ciò che il paziente ha detto, ma anche come ha dato l'informazione. Non è importante soltanto che il paziente comunichi le sue sofferenze, ma anche in quale fase dell'intervista e in relazione a che cosa manifesti le sue idee, le sue lagnanze e i ricordi connessi con i suoi disturbi somatici e psichici. (Deutsch e Murphy, 1955, vol. 1, p. 19)

L'approccio orientato sull'esame e sulla descrizione della psicopatologia fu sostituito dall'osservazione della dinamica di ciò che accadeva senza accentuare eccessivamente le componenti relazionali, ma utilizzandole solo per instaurare la situazione esplorativa. Vale la pena di vedere i diversi obiettivi di integrazione tra psichiatria e psicoanalisi dal punto di vista delle varie esposizioni sulle tecniche del primo colloquio in psichiatria, per esempio nei manuali di Redlich

e Freedman (1966), Kind (1978), Monroe (1978), Gomberoff e Jiménez (1982), per osservare come ciascuna tecnica mescoli in diverse proporzioni elementi di psicopatologia descrittiva e di analisi relazionale. L'«intervista strutturale» di Kernberg (1977, 1981, 1984) è un buon esempio di ciò che si potrebbe chiamare la «seconda generazione», nella storia dell'evoluzione dell'intervista iniziale psicodinamicamente orientata. Kernberg tenta di mettere in rapporto la storia personale della malattia del paziente e il suo funzionamento psichico generale con la relazione diretta tra il paziente e il diagnosta, cioè con il «qui e ora» dell'interazione. Le istruzioni tecniche di Kernberg raccomandano un procedimento circolare. Ritornando continuamente sul problema e sul sintomo del paziente, da una parte si precisa lo stato psicopatologico, e dall'altra si concentra l'attenzione sulla relazione medico-paziente in un'ottica psicoanalitica; questa duplice visione dà la possibilità all'intervistatore di proporre al paziente interpretazioni nel «qui e ora» e, talora, interpretazioni di transfert. Lo scopo principale di questo procedimento sta nel chiarimento dell'integrazione dell'identità dell'Io a confronto della diffusione dell'identità, della qualità dei meccanismi di difesa (meccanismi di difesa «maturi» a confronto con quelli «immaturi») e della presenza o assenza dell'esame di realtà. Questi tre indici permettono di differenziare in senso strutturale le strutture di personalità nevrotiche, borderline e psicotiche, queste ultime distinguibili in psicosi funzionali («endogene») e psicosi organiche («esogene»). Attraverso la chiarificazione, il confronto e l'interpretazione, l'intervistatore tenta, contemporaneamente, di raccogliere il materiale per ottenere importanti informazioni, che permettono di scegliere e pianificare un progetto terapeutico e formulare una prognosi. Gli interessa soprattutto valutare la motivazione del paziente, la sua capacità d'introspezione, la sua disponibilità a stabilire un'alleanza di lavoro, come pure la sua tendenza al passaggio all'atto e il pericolo di uno scompenso psicotico. In certi casi, al paziente nevrotico vengono interpretate le correlazioni inconsece; il paziente borderline invece è messo di fronte alle scissioni nella rappresentazione di sé. Dalle reazioni del paziente si possono desumere conclusioni che aiutano il terapeuta a prendere decisioni in funzione di ulteriori misure diagnostiche e terapeutiche.

La diagnosi differenziale strutturale segue il sistema nosografico della psichiatria, con i suoi tre gruppi principali: nevrosi, psicosi endogene e psicosi esogene. Kernberg aggiunge, come quarto gruppo indipendente, i disturbi borderline. Il filo conduttore dell'intervista che Kernberg struttura attraverso determinate domande durante le fasi iniziali, intermedia e conclusiva del colloquio segue, nonostante il suo stile circolare, lo schema fenomenologico psichiatrico che considera attentamente, dapprima le psicosi organiche, poi le psicosi funzionali e infine i disturbi borderline e le nevrosi. Usando termini come «diagnostica», «esplorazione», «sintomi chiave», Kernberg dimostra che con una gamba sta ben saldo sul terreno della psichiatria descrittiva. L'at-

tività strutturante dell'intervistatore si riflette, naturalmente, nell'interazione. In tal senso, per ottenere le informazioni necessarie a una precisa diagnosi differenziale si impongono certi limiti allo sviluppo spontaneo che la relazione medico-paziente potrebbe avere se l'intervistatore intervenisse meno attivamente. L'intervista strutturale dimostra tuttavia di essere una miscela equilibrata di psicopatologia descrittiva e analisi psicodinamica della relazione; in questo modo soddisfa le esigenze diagnostiche, terapeutiche e prognostiche implicite nella consultazione iniziale. Copre inoltre, dal punto di vista della diagnosi differenziale, un ampio spettro di disturbi psichiatrici, e ciò è particolarmente utile nel caso del professionista che riceve nel suo studio o in ospedale pazienti non selezionati in precedenza. Il processo di preselezione fa sì che gli analisti trattino esclusivamente pazienti nevrotici. A nostro avviso Kernberg ha raggiunto una buona sintesi delle varie funzioni della prima intervista (per una valutazione critica vedi Cierpka, Jiménez e altri, 1987). Se si considera che quasi tutti gli psicoanalisti nordamericani hanno una formazione psichiatrica, diventa più comprensibile che negli Stati Uniti la prima intervista psicoanalitica non sia trattata espressamente come argomento importante di insegnamento negli istituti psicoanalitici (Redlich e Freedman, 1966).

In America Latina, invece, la teoria e la pratica della prima intervista si sviluppano in un clima di scambio tra istituzioni universitarie e ospedaliere e gruppi psicoanalitici. L'elaborazione della teoria della prima intervista è stata frequentemente influenzata dai lavori di Bleger (1971), che preferisce parlare di *intervista psicologica*, come concetto più ampio che ingloba sia il colloquio psichiatrico che quello psicoanalitico. Le sue idee permisero, così come la concezione di Balint, applicazioni in diversi campi della psicologia e della medicina, per esempio lo sviluppo di tecniche di consulenza all'interno dell'ospedale (Ferrari, Luchina e Luchina, 1971). Per Bleger, l'*intervista psicologica* configura un campo (interpersonale e intersoggettivo); ciò significa che «tra i partecipanti si struttura una relazione dalla quale dipende tutto quello che in essa accade» (cit. in Etchegoyen, 1986, p. 60). Questa affermazione colloca Bleger nella tradizione della concezione diadica e interattiva della relazione analitica. In questo senso la concezione di Bleger assomiglia a quella di Balint e dimostra come in Argentina la psicoanalisi ha avuto teorici creativi, autoctoni, che hanno sviluppato la concezione diadica in modo originale.

Si potrebbe dire molto concisamente che l'atteggiamento e il pensiero della psicoanalisi influenzarono le tecniche di intervista psicodinamica, che a sua volta hanno influenzato la pratica psicoanalitica. Nell'ambito di queste influenze reciproche esistono determinati punti nodali che caratterizzano i compiti fondamentali della prima intervista. Siamo consapevoli del fatto che, nella seguente tipizzazione, la nostra accentuazione di determinati aspetti esagera in modo artificioso le rispettive differenze. Per prima cosa ci dedichiamo all'anamnesi biografica, perché in ogni prima intervista emerge il problema della

correlazione dei sintomi del paziente con la storia della sua vita. Se, partendo dalla situazione scatenante, o per esprimerci in un linguaggio psicoanalitico dalla situazione di desiderio e frustrazione, si volesse arrivare al chiarimento della psicogenesi nel senso delle serie complementari di Freud, è indispensabile venire a conoscenza di almeno alcuni dati della storia dell'infanzia del paziente. Ma per poter capire questi dati in tutta la loro potenziale rilevanza emozionale, è essenziale includerli nella psicopatologia del conflitto o, nel suo senso più lato, nella teoria strutturale della personalità. Perciò si può osservare già a questo punto che una radice della prima intervista psicoanalitica deriva dai tentativi di sistematizzazione della teoria della terapia promossi negli anni venti e trenta. Giungiamo infine allo schema dell'intervista interattiva che Balint sviluppò alla Tavistock Clinic sotto l'influenza della teoria delle relazioni oggettuali e dell'interscambio tra medico e paziente nel «qui e ora».

Gli inizi della medicina psicosomatica a Heidelberg, dopo la seconda guerra mondiale, furono in larga misura determinati dall'interrogativo di Weizsäcker (1943): «Perché compare *ora* una malattia e perché appare proprio *qui*, in questo organo o in questo sistema organico?» Thomä (1978, p. 254) ha descritto l'evoluzione della tecnica di colloquio dell'«anamnesi biografica» collegata a tale interrogativo, che in seguito sfociò nella «storia sistematica della malattia»:

Lo scopo precipuo dell'«anamnesi biografica» era di chiarire attraverso le domande e descrivere esattamente la situazione di vita del paziente al momento della comparsa dei sintomi come è stato descritto in modo esemplare da Ruffer (1957) (...) L'«anamnesi biografica», inoltre, non era orientata primariamente verso un fine psicoterapeutico, cioè il raggiungimento di un cambiamento, bensì sulla diagnosi del passato. In questa tecnica anamnesticca la relazione medico-paziente o la sua specifica espressione nel transfert e nel controtransfert non riceveva una particolare considerazione.

Le relazioni temporali tra la situazione attuale del paziente, gli eventi passati della sua vita, la comparsa dei sintomi o la variazione di intensità della sua sofferenza costituiscono, naturalmente, il punto di partenza per le tecniche di intervista più o meno sistematiche. La triade «perdita d'oggetto, disperazione e abbandono» descritta da Engel e Schmale (1969), osservabile in molti disturbi, forma lo sfondo teorico della maniera di condurre il dialogo raccomandata da Engel (1962). Adler (1979, p. 329) descrive il metodo di Engel come una tecnica anamnesticca che mette il medico, sulla base delle sue conoscenze di psicologia evolutiva e delle teorie sulle nevrosi, in condizione di capire e integrare sul momento i dati psichici, sociali e somatici del paziente e di riconoscerne l'importanza.

Si può ritenere generalmente che l'utilità terapeutica di queste tecniche di interviste strutturali, che promuovono informazioni e forniscono insight, è fortemente determinata dal modo in cui sono applicate. Se riferendosi ai

conflitti tipici della vita del paziente si riesce a mostrargli con esempi concreti qualcosa della dinamica latente e delle sue correlazioni, questo procedimento renderà possibile un accesso, specialmente con quei pazienti ai quali, altrimenti, resterebbe preclusa un'introspezione diretta della psicogenesi dei loro sintomi.

In queste tecniche, la diagnosi si fondava su una teoria della nevrosi più o meno ben consolidata, e la conduzione pratica del dialogo si orientava sul sistema della tecnica psicoanalitica come era stata sviluppata negli anni venti e trenta. A questo riguardo furono determinanti le esperienze che si potevano fare negli ambulatori psicoanalitici. Il poliambulatorio del vecchio Istituto psicoanalitico di Berlino esigeva particolari capacità diagnostiche da parte degli analisti che vi svolgevano la loro attività, ed era necessario rendere confrontabili i risultati ottenuti. L'insegnamento e la ricerca promossero la sistematizzazione. I primi lavori di Alexander possono servire da esempio. La sua successiva ricerca sulla specificità in medicina psicosomatica, realizzata nell'Istituto psicoanalitico di Chicago, non sarebbe stata possibile senza un modello di intervista centrato sulla diagnosi (Alexander, 1950).

L'«anamnesi finalizzata» di Schultz-Hencke (1951) serviva alla diagnosi delle situazioni di desiderio e frustrazione che scatenano i sintomi, e trascurava l'aspetto della relazione e del transfert della prima intervista. Schultz-Hencke inserì nella teoria conflittuale e strutturale da lui elaborata le situazioni di desiderio e frustrazione scatenanti i sintomi introdotte da Freud (1915-17) nella pratica e nella terminologia psicoanalitica. La successiva rielaborazione di questa tecnica di intervista fu descritta dettagliatamente da Dührssen (1972, 1981) come «anamnesi biografica».

Negli ultimi anni si sono ridotte le speranze di essere in grado di identificare costellazioni conflittuali tipiche e altamente caratteristiche come quelle discusse da Alexander e French (1946) sotto il nome di «ipotesi specifiche». La variabilità dei modelli conflittuali psicodinamici e il loro legame molto lasso con il quadro clinico nel senso dell'«aspecificità» (Thomä, 1980) hanno relativizzato le componenti diagnostiche della prima intervista.

Il modello della Tavistock Clinic, strettamente legato all'attività di Balint, mette in rilievo la relazione terapeutica nel «qui e ora», vale a dire l'unità funzionale di transfert e controtransfert. Verso la fine degli anni cinquanta questo modello fu introdotto da Mitscherlich nella Clinica psicosomatica dell'Università di Heidelberg e si dimostrò straordinariamente produttivo perché, fin dal primo momento del dialogo, dirige l'attenzione dell'analista sui processi attuali di interscambio tra lui e il paziente (Künzler e Zimmermann, 1965). Alcuni punti importanti da considerare accuratamente al momento di fare un resoconto del colloquio sostenuto sono i seguenti:

Sviluppo della relazione medico-paziente

1. Come è trattato il medico dal paziente? Ci sono cambiamenti a questo

riguardo? Da ciò si possono trarre conclusioni sul suo comportamento abituale o su una correlazione con la sua malattia?

2. Come è trattato il paziente dal medico? Ci sono cambiamenti durante l'intervista?

a) il medico era interessato ai problemi del paziente?

b) sente di poter fare qualcosa per lui?

c) ha notato nel paziente delle qualità umane che ha apprezzato, nonostante tutti i suoi difetti?

Momenti importanti dell'intervista In questo punto l'attenzione è posta sullo sviluppo di eventi all'interno dell'intervista, cioè sugli effetti del transfert e del controtransfert.

1. Inattese comunicazioni o manifestazioni emotive del paziente, atti mancati ecc., evidenti esclusioni di certi periodi di vita o di persone del suo ambiente intimo e cose del genere.

2. Che tipo di interpretazioni sono state fatte nel corso dell'intervista e come ha reagito il paziente?

Risultati e valutazione

1. Come si manifesta il disturbo nella vita del paziente? (Elenco dei sintomi messi in luce dall'intervista, inclusi quelli supposti in modo vago e provvisorio dall'intervistatore.)

2. Probabile significato del disturbo, espresso in termini psicodinamici.

3. Scelta della terapia:

a) idoneità per terapia a breve termine (psicoterapia focale); motivi a favore;

b) eventuali motivi contrari;

c) idoneità alla psicoanalisi; motivazione;

d) rifiuto di una qualsiasi forma di psicoterapia; motivazione;

e) quale altro tipo di trattamento può essere proposto?

Obiettivi immediati Qual è il sintomo ritenuto essenziale dal medico? Quale pensa di trattare per primo? Quale effetto potrebbe produrre il trattamento di questo sintomo sugli altri sintomi? Previsioni sulla durata e frequenza del trattamento.

Nelle pagine che seguono risulterà con maggiore evidenza come lo spirito del modello di Balint influì sulla comprensione degli aspetti terapeutici della prima intervista. Pur essendone ignorata da molti l'origine, il modello di Balint (Balint e Balint, 1961, pp. 106 sg.; Balint, Ornstein e Balint, 1972), sia nella sua forma originale che in una forma modificata, è diventato quasi ovunque il modello guida per una concezione terapeutica della prima intervista.

6.3 *Aspetti terapeutici*

L'introduzione del modello della Tavistock Clinic cambiò il modo di concepire la prima intervista, poiché vi fu inclusa la psicoanalisi come metodo terapeutico, e la diagnosi fu subordinata alla terapia. Forse dovremmo essere più cauti e dire che la funzione diagnostica e la funzione terapeutica del primo colloquio potevano essere considerate ora di uguale importanza. Basiamo la discussione di questo cambiamento qualitativo sul lavoro di Balint. È ovvio che accanto a lui molti altri analisti hanno contribuito a inserire in modo adeguato la funzione terapeutica della prima intervista nel primo incontro tra medico e paziente; abbiamo tuttavia buoni motivi per attenerci propriamente all'opera di Balint poiché nel campo della strutturazione dell'intervista la sua influenza sugli psicoanalisti tedeschi è stata particolarmente incisiva. Accentuare il compito terapeutico produce proprio quella flessibilità che ci sembra necessaria per arrivare ad assumere un atteggiamento adattativo di fronte all'indicazione terapeutica. Che questo stile di intervista fosse stato originariamente messo a punto per una forma specifica di terapia, cioè per la terapia focale, non toglie nulla alla sua utilizzabilità per la psicoanalisi in generale. Anzi, al contrario, il fatto che in un tempo così breve si cerca di ottenere vere soluzioni di problemi è il motivo più sicuro per assumere che nel corso di analisi più lunghe sia possibile arrivare al nocciolo di conflitti più ampi e profondi in maniera terapeuticamente utile. In effetti si può dire che nessun altro fattore abbia influenzato la conduzione del dialogo psicoanalitico in così grande misura quanto la tecnica d'intervista messa a punto nell'ambito della terapia focale. Le riflessioni di Balint si rivolgono spesso in modo equanime tanto al medico che allo psicoanalista; ciò sottolinea la natura ampiamente interattiva dell'intervista, che può estendersi fino a coprire molte e diverse situazioni. Inoltre, un assunto centrale è l'osservazione del processo bipersonale, che Balint rileva essere molto importante per comprendere la storia della vita del paziente. La concezione della psicologia bipersonale implica che l'analista correli ciò che il paziente gli racconta al modo in cui si comporta con lui e ne faccia uso dal punto di vista sia diagnostico che terapeutico. A ciò corrisponde il fatto che il risultato dell'esame dipende da come l'analista si comporta in tale relazione professionale e dalle conoscenze che ne deduce. In ultima analisi, nella formulazione della diagnosi possono essere utilizzati solo gli apporti del paziente, intesi in senso ampio come «la somma totale delle reazioni del paziente nei confronti di un particolare medico, in un particolare momento, in un particolare ambiente» (Balint e Balint, 1961, p. 230).

Succede quindi che il medico e lo psicoanalista vengono a trovarsi in una situazione teoricamente interessante ma praticamente di difficile risoluzione. La differenziazione tra funzione e compito imposto porta a questa interpreta-

zione unilaterale dell'interscambio. La relazione oggettuale che si va sviluppando viene concepita, nella tecnica, come determinata esclusivamente dai bisogni interiori del paziente riguardo a un tale tipo di relazione (Beckmann, 1974).

Il messaggio di fondo degli scritti di Balint, diretti in generale ai medici, ma che furono recepiti anche dagli psicoanalisti, è che si deve fare il tentativo di usare come criterio decisionale «la capacità potenziale del paziente a sviluppare e a mantenere rapporti umani» (Balint e Balint, 1961, p. 250). L'accettazione dei concetti di Balint fece sì che il primo colloquio, come situazione psicoanalitica, potesse essere strutturato nelle maniere più diverse e applicato in molti e differenti campi professionali (Junker e Wassner, 1984). Le riflessioni sui criteri di un'intervista, che sorgono necessariamente in funzione dello specifico caso clinico, portarono nello stesso tempo allo sviluppo di modifiche innovative per cui il primo colloquio assunse tipi e forme svariati (visite domiciliari, consulto con il medico di famiglia, consulenza psicoanalitica ecc.). I colloqui durante gli orari di visita, senza previo appuntamento, come furono introdotti in un primo tempo, per motivi puramente pratici, all'Istituto Sigmund Freud di Francoforte, crearono situazioni nuove e impreviste che dimostrarono fino a che punto il contenuto del primo colloquio è influenzato dalle condizioni in cui si svolge (Argelander, Eckstaedt e altri, 1973). Tale tipo di intervista è ottimale per i pazienti che si trovano in uno stato di emergenza; l'analista vede il paziente in un momento di estrema crisi, quando le possibilità terapeutiche sono limitate e circoscritte. Inusuale per l'analista, ma forse perciò importante, è l'esperienza, analoga a quella del medico generico, di poter offrire un aiuto terapeutico in uno spazio-tempo ridotto, e creare possibilmente un'atmosfera che può condurre a una successiva analisi. Dovunque, sia nella pratica privata sia, caso più frequente, in istituzioni, gli analisti risermino del tempo per offrire consulenze brevi, emerge una gran quantità di nuove possibilità. A questi colloqui si presentano perlopiù pazienti che non rientrano nell'ambito rigido della pratica psicoanalitica. Ed è proprio per questo che essi contribuiscono all'arricchimento dell'esperienza dell'analista.

Quanto più a lungo dura l'attesa di un primo colloquio psicoanalitico, tanto maggiore risulta la selezione dei pazienti che si presentano all'analista. Sotto l'aspetto psicomotivo il tempo di attesa presenta due aspetti: dopo che il paziente ha fatto il passo di porre la domanda, da una parte egli viene a trovarsi già in una situazione terapeutica, dove sperimenta nella sua fantasia conscia o inconscia modelli di transfert preesistenti nei confronti dell'analista ancora sconosciuto; dall'altra parte la resistenza inconscia è inevitabilmente rafforzata dalla frustrazione dell'attesa.

La compilazione di questionari o l'esecuzione di test prima del primo colloquio, di solito in ambienti istituzionali, sono stressanti per il paziente e, comprensibilmente, risvegliano in lui delle aspettative. Egli affronta così il

primo colloquio in stato di tensione e spesso si aspetta più di quanto l'analista possa dare. Poiché sia negli istituti che negli studi privati degli analisti le lunghe attese producono aspettative eccessive, è indispensabile discuterle per tempo con il paziente.

Ulteriori differenze nelle aspettative relative al primo colloquio nascono dalle disponibilità di trattamento, che sono diverse da un posto all'altro e che, al momento, non sono note al paziente. Per evitare delusioni, il primo importante passo da fare nella fase introduttiva è di preparare il paziente in maniera adeguata allo scopo del colloquio (*raccomandazione 1*). L'intervista è una situazione inconsueta per il paziente e molte conclusioni errate, desunte dal suo comportamento durante l'intervista, sono perlopiù frutto di una preparazione inadeguata. Di ciò offre un buon esempio Cremerius (1977a) nella sua critica alla strutturazione della situazione di intervista utilizzata dalla scuola francese di psicosomatica psicoanalitica. Nel suo lavoro egli affronta anche l'argomento delle nozioni di psicoanalisi precedentemente acquisite dai pazienti di basso o alto livello culturale; esse sono talmente varie che il modo di condurre il colloquio deve adattarsi a questa realtà. Un esempio pregnante, a questo proposito, delle interpretazioni errate che fa lo psicoanalista sulle nozioni psicoanalitiche del paziente, è fornito da Schröter (1980, p. 60), forse non intenzionalmente, nel suo saggio sulle reazioni specifiche al processo di trattamento e alla diversa condizione sociale rispetto all'analista: «Sembra comunque che i pazienti delle classi inferiori siano irritati in maniera tipica e in misura maggiore dalle peculiarità del dialogo psicoanalitico.» Ci sembra sconcertante che un autore di formazione sociologica postuli una forma normale di dialogo psicoanalitico che pare non preveda le variazioni esistenti nei confronti del modo corrente di esprimersi del paziente. Non possiamo accettare questo modo rigido di pensare, come se l'inconscio fosse accessibile solo attraverso un dialogo psicoanalitico orientato secondo gli standard della classe medio-alta, specialmente quando abbiamo buoni esempi di come orientare la conduzione del colloquio secondo la capacità del paziente (Deutsch e Murphy, 1955).

Ci sembrerebbe più proficuo studiare, piuttosto, le raccomandazioni di Balint relative alle condizioni necessarie per un'intervista riuscita, che esporremo in sintesi (Balint e Balint, 1961, pp. 255 sg.).

La *raccomandazione 1* (vedi sopra), che si riferisce all'importanza di un'adeguata preparazione al colloquio, è molto rilevante in considerazione delle differenze di aspettative dovute allo stato sociale del paziente. La *raccomandazione 2* è creare e mantenere un'atmosfera favorevole nella quale il paziente sia in grado di aprirsi fino a essere capito dal terapeuta. Questa è una verifica della capacità del terapeuta di dimostrare un'empatia attiva, adattandosi a ogni singolo paziente nuovo. Anche qui le difficoltà sono inevitabili e richiedono una continua riflessione sul contributo dell'analista nell'evoluzione del dialogo. Michael e Enid Balint lo sottolineano con un valido esempio: un medico che

tranquillizza subito il paziente, non appena si accorge che si trova in uno stato di tensione, ottiene informazioni ben diverse da un medico che ascolta passivamente e lascia il paziente «cuocere nel suo brodo» o guidare l'intervista.

Le dichiarazioni sul paziente devono perciò sempre includere l'indicazione dei parametri situazionali creati dall'intervistatore, i quali hanno agito sul paziente come «stimoli» nel senso di Balint (*raccomandazione 3*).

Per lo psicoanalista è molto importante farsi qualche idea sullo sviluppo ulteriore della relazione, prima di cominciare a darle forma nel corso del colloquio. Lo schema concreto dell'intervista (*raccomandazione 4*) dipende dalla possibilità di prevedere se la relazione stabilita nel corso dell'intervista potrà evolversi in relazione terapeutica o se, invece, fin dall'inizio si ha la certezza che dopo questo primo incontro si interromperà, provvisoriamente o per sempre, la relazione, sia perché il paziente sarà messo in lista d'attesa sia perché sarà indirizzato a un collega.

È opportuno dire qualcosa su questi colloqui, per così dire, di indirizzo, cioè quei colloqui che per varie ragioni fin dall'inizio hanno come scopo l'indicazione di un trattamento che non sarà intrapreso dall'analista consultato, bensì da qualche collega da lui raccomandato. Siamo d'accordo con le raccomandazioni di Liberman (1972), ricordate da Etchegoyen (1986, pp. 73 sg.): purtroppo, spesso gli analisti non si preoccupano di contattare preventivamente il potenziale terapeuta per sapere se questo, in linea di principio, è disponibile a ricevere un paziente a lui inviato. Crediamo che fornire una lista di analisti al paziente sia contrario all'etica professionale, una mancanza di rispetto per il paziente e per l'eventuale analista e, perché no, un segno quasi diretto di aggressività nei confronti di entrambi. Aggiungiamo, inoltre, motivi strettamente tecnici nel senso della nostra adesione al punto di vista diadico: crediamo che anche i fattori relativi alla persona dell'analista siano importanti nell'indicazione di un trattamento. Su questo punto non siamo d'accordo con Etchegoyen, sebbene possiamo supporre che egli si preoccupi che il collega sia «il miglior analista» (*ibid.*, p. 52). Siamo invece pienamente d'accordo sul fatto che un colloquio di indirizzo si sviluppa su un piano complesso, «giacché dobbiamo ottenere da esso informazioni sufficienti per stabilire un'indicazione e, nello stesso tempo, evitare che l'intervistato si leghi troppo a noi, poiché ciò mette in difficoltà il nostro proposito di inviarlo a un collega» (p. 74).

La durata di un'intervista è un altro di quei parametri che sono determinati tanto da esigenze pratiche esterne quanto dalla complessità dell'interazione. Da una parte c'è la curiosità scientifica ed emotiva del terapeuta, dall'altra il suo bisogno di sicurezza che lo porta a elaborare l'intervista con modalità molto varie.

Uno dei problemi pratici spesso trascurati è la carenza di informazione sulla durata del colloquio. In fin dei conti la prima intervista spesso ha luogo dopo una serie di consultazioni con altri professionisti, perlopiù deludenti e spesso

brevi. Come fa il paziente a sapere che adesso può contare su una durata rassicurante, non inferiore ai quarantacinque minuti? Un altro argomento da considerare è se il paziente deve essere informato sull'eventualità di un secondo colloquio già all'inizio dell'intervista o se ciò deve essere deciso alla fine, in base all'andamento del colloquio. Riteniamo invece indispensabile che gli psicoanalisti, soprattutto i principianti nelle tecniche di colloquio, si prefiggano un'esatta delimitazione dello sviluppo dell'intervista, evitando di effettuare un numero indeterminato di sedute, corrispondente al grado della loro insicurezza personale (*raccomandazione 5*).

Tutti questi dettagli tecnici che offrono l'occasione di appassionate discussioni pro e contro appartengono a quel campo che Balint tentò di definire con il termine *tecnica elastica di intervista*, in cui è inclusa la *raccomandazione 6*. Essa implica che l'analista deve essere capace di reagire in modo differenziato a ogni singolo paziente, e non in modo stereotipato seguendo rigidamente la concezione tradizionale del controtransfert. Si può parlare della capacità di controtransfert solo se l'analista lo riconosce e può così utilizzarlo ai fini diagnostici (Dantlgraber, 1982). L'interrogativo decisivo è il seguente: rispetto a che cosa deve provare il suo valore questa flessibilità? Anche in questo caso Balint punta diritto ai problemi che possono essere risolti solo individualmente e non in modo generale: «È consigliabile o desiderabile che un consulto venga limitato a un semplice esame diagnostico, o dovrebbe includere una qualche terapia, ad esempio qualche forma molto sfumata di psicoanalisi?» (Balint e Balint, 1961, p. 266). Siamo dell'opinione che il paziente debba sperimentare durante il primo colloquio che cosa può significare per lui un trattamento; ciò è già di per sé un'esperienza terapeutica. Ma vedere il primo colloquio come un modello della terapia è una pretesa che non può essere soddisfatta. L'intervista dovrebbe essere condotta in maniera che il paziente, in base all'esperienza del primo colloquio, possa giungere alla decisione di volersi sottoporre a un trattamento psicoterapeutico e di essere pronto a esporsi agli inevitabili problemi implicati. Questo atteggiamento libera il paziente dalla sua posizione di passività. Anche se una certa quantità di lavoro esplorativo è indispensabile e non dovrebbe essere evitato in maniera fobica, lo scopo dell'intervista psicoanalitica è, comunque, venire a conoscenza di che cosa sta avvenendo o è avvenuto nel paziente, e come egli stesso abbia contribuito al proprio destino. Questo traguardo può essere raggiunto con una tecnica adeguata, ed è stato descritto bene e con empatia da Rosenkötter (1973, pp. 989 sg.):

Quando un paziente consulta uno psicoterapeuta a causa dei sintomi nevrotici o di altre difficoltà esistenziali di natura psichica, il primo contatto tra i due si svolge, fondamentalmente, in modo non diverso da quanto avviene nelle consultazioni con altri medici; il paziente racconta i suoi problemi e il terapeuta tenta di apprendere il più possibile sulla loro comparsa e storia precedente, così come sulla storia della sua vita in genere, per farsi un'idea sull'indicazione e la prognosi del trattamento. L'esperienza professionale e la capacità di comprensione empatica del terapeuta hanno qui un ruolo molto importante. Egli deve prendersi tempo sufficiente per dare al paziente

la possibilità di intervenire nel dialogo in modo spontaneo e autonomo; deve seguire prudentemente e integrare con eventuali domande il racconto del paziente, e cercare inoltre di assumere un atteggiamento benevolo, neutrale e riservato, evitando di portarlo, con domande dirette, giudizi categorici e prescrizioni, a quell'atteggiamento di aspettativa passivamente magica a cui di solito soggiacciono i malati di fronte al medico.

L'elaborazione di Balint della prima intervista, rilevante tanto per l'analista quanto per la psicoterapia nella pratica medica, è stata ripresa da Argelander, che in una serie di pubblicazioni (1966, 1967, 1970; Argelander, Eckstaedt e altri, 1973) si dedica allo studio dell'interazione tra paziente e intervistatore:

Per lo psicoterapeuta esperto, le affermazioni di Balint significano che ogni intervista va pure intesa come una situazione analitica, segnata da specifici elementi di transfert verso questo intervistatore e verso questo ambiente, in questo preciso momento. Le comunicazioni di vario genere del paziente, le informazioni verbali, i comportamenti esibiti, le idee indotte dall'intervistatore ecc. si raggruppano o meglio si cristallizzano in questa relazione bipersonale che, come dice Balint, è il cuore dell'esame; e ottengono da questo centro d'azione una disposizione che fa sì che il problema del paziente si manifesti in maniera caratteristica davanti agli occhi di questo intervistatore. (Argelander, 1966, p. 40)

Questi temi, già trattati nella sua prima pubblicazione, sono stati ulteriormente modificati e rielaborati nelle sue successive ricerche. Portando all'estremo le tesi di Balint, Argelander (*ibid.*, p. 42) descrive l'intervista come «una situazione analitica in cui usiamo il nostro strumentario psicoanalitico anche a scopo diagnostico». Benché si presupponga come ovvio che lo strumentario psicoanalitico sia adatto alle particolari strutture esterne di tale situazione analitica limitata dall'inizio (deve restare in sintonia con la realtà attuale e con i processi vicini all'Io), questa tecnica di intervista richiede spesso più di quanto l'analista e il paziente possono dare. Argelander (1967) prende in considerazione due campi di esperienza che tenta di correlare tra loro: da una parte il rilevamento dei fatti obiettivi e dall'altra lo sviluppo di vissuti soggettivi durante l'intervista. La fusione di questi due campi di esperienza, dove quello obiettivo è subordinato al soggettivo, permette un accesso specificamente psicoanalitico alla situazione limite. L'osservazione del comportamento, la richiesta di informazioni «obiettive» e una specifica forma di percezione che si estrinseca come comprensione empatica delle relazioni oggettuali inconscie, caratterizzano i tre momenti essenziali di questa concezione. La terza funzione corrisponde esattamente a quel modo di comprendere gli eventi nell'ambito del processo che ha luogo nelle analisi lunghe (*ibid.*, p. 431):

Sappiamo dall'esperienza psicoanalitica che i decorsi psichici interni vengono proiettati all'esterno nella relazione oggettuale, dove possono essere percepiti e vissuti soggettivamente. Per questo motivo, in questa situazione di prima intervista diamo la possibilità al paziente di avviare una relazione oggettuale lasciando che egli le dia la forma, il contenuto e la dinamica secondo la specifica singolarità della sua personalità. In questo modo è garantita in pieno la sua spontaneità. La

nostra apparenza, età, sesso, carattere, temperamento ecc. sono stimoli situazionali concreti che spingono la persona esaminata a trasferire sull'esaminatore i preesistenti sentimenti, le aspettative, i conflitti, le rappresentazioni e fantasie.

Questa «teoria transferale» della prima intervista deve il suo incontestabile fascino al fatto che qui la comprensione e l'intesa reciproche del processo analitico, che hanno uno sviluppo lungo e faticoso, possono essere messe in atto, apparentemente, già all'inizio, durante il primo incontro. Nella successiva elaborazione di questa posizione Argelander ha suddiviso le tre fonti di informazioni in oggettiva, soggettiva e scenica, in un modo alquanto arbitrario, come egli stesso ammette, ma adatto all'uso pratico. «L'informazione scenica è dominata dai vissuti situazionali con tutte le loro vicende emozionali e gli sviluppi della rappresentazione» (1970, p. 14). La specifica comprensione che si realizza nel riconoscimento scenico si sviluppò e strutturò sia attraverso il lavoro svolto dai gruppi Balint, sia nella discussione di casi osservati nelle consultazioni (Argelander, Eckstaedt e altri, 1973). L'esperienza raccolta mette in rilievo che in un'intervista si ottiene materiale, in maniera di solito relativamente rapida, «per accelerare la percezione e il pensiero analitici al fine di creare una base operativa» (*ibid.*, p. 1004). Le esperienze dei gruppi Balint furono confermate da quest'altro tipo di setting, che ha in comune la brevità dei colloqui. Nonostante la grande risonanza e buona accoglienza nei paesi di lingua tedesca del modello della prima intervista di Argelander, non si è tenuto conto, corrispondentemente, delle sue esortazioni e indicazioni autocritiche: «Impraticarsi nella comprensione scenica serve, pertanto, a mettere in luce con maggior evidenza i processi di percezione e pensiero preconsce e a mobilitare in tal modo il naturale potenziale creativo dell'analista» (*ibid.*, p. 1009). La capacità di percepire i processi preconsce può essere migliorata dall'esercizio (p. 1010):

Senza questa premessa di apprendimento non ci si può aspettare altro che fantasie stravaganti e speculazioni selvagge (...) Non sarà mai troppo rilevato questo fatto perché proprio nella nostra professione si pecca molto a questo riguardo. I tentativi falliti sono poi addossati con leggerezza al fattore soggettivo, strapazzato fino all'insopportabilità, e alla fine ne esce screditato tutto il metodo.

Il nostro giudizio su questo stile di intervista psicoanalitica si riallaccia agli stessi dubbi di Argelander. Una cosa è che un gruppo, guidato da uno psicoanalista particolarmente dotato, si dedichi a mettere a punto uno stile di intervista altamente differenziato, altra cosa è valutare se e quanto questo metodo può essere insegnato e appreso. Inoltre, dubitiamo che il metodo, se applicato con troppo purismo, si presti a produrre gli effetti particolari per i quali è stato creato, cioè serva a scegliere un procedimento terapeutico specifico, «orientato sulla situazione conflittuale interna attuale del paziente (terapia breve, ad esempio) o sulla sua attuale disposizione al transfert e ai suoi bisogni, conflitti e

forme di espressione (terapia di gruppo, ad esempio)» (Argelander, 1966, p. 41). L'indicazione di determinati trattamenti terapeutici può essere ottenuta solo entro certi limiti dalla diagnosi di costellazioni conflittuali inconscie, come speriamo mostrerà la discussione seguente sulla problematica dell'indicazione.

Lieberman (1972) sostiene che l'evoluzione della relazione nei primi colloqui dice qualcosa della prognosi dell'eventuale futuro processo terapeutico. Se durante l'intervista il paziente spiega la crisi esistenziale che sta attraversando esponendo il problema che lo ha condotto alla consultazione, e l'analista è capace, insieme al paziente, di trovare qualche tipo di soluzione positiva di questo problema, si può pensare che un'eventuale terapia, portata avanti da questa coppia terapeuta-paziente, avrà un'evoluzione positiva. Questo concetto è pure insito nel modello di Balint. L'aspetto originale della proposta di Lieberman sta nell'uso di *indicatori di evoluzione*, che egli individua nell'applicazione di strumenti tratti dalla teoria della comunicazione, dalla semiotica e dalla linguistica, come sono gli stili comunicativi da lui descritti. Lieberman sostiene che questi stili comunicativi possono essere individuati nel materiale della seduta e che l'evoluzione del colloquio può essere riconosciuta attraverso i cambiamenti degli stili comunicativi usati dalla coppia intervistatore-intervistato. La proposta di Lieberman configura, in realtà, un programma di indagine empirica: la validità delle sue ipotesi prognostiche dovrebbe essere verificata sperimentalmente. Finché ciò non sarà fatto, pronostici di questo tipo potranno essere sempre attribuiti alla particolare intuizione di un clinico molto competente, ma non generalizzati.

Negli ultimi anni è diventato sempre più evidente che, sebbene la prima intervista sia sufficiente per stabilire un giudizio soggettivo (Dantlgraber, 1982), per un'indicazione più differenziata occorre prendere in considerazione ulteriori fattori. L'indicazione non può basarsi sulla mera impressione soggettiva dell'idoneità di un paziente al trattamento psicoanalitico.

6.4 *Processi decisionali*

Finora ci siamo occupati di presentare criticamente le concezioni odierne e quelle del passato riguardo alla prima intervista, intesa come un evento che è contemporaneamente diagnostico e terapeutico. Abbiamo affrontato il problema delle conclusioni che si possono trarre da una determinata tecnica in relazione all'indicazione. I dubbi già accennati verranno approfonditi nelle pagine che seguono, poiché l'abbondante letteratura clinica disponibile ci fornisce solo pochi risultati sostanziali.

I criteri di indicazione di Freud erano essenzialmente criteri di esclusione: da escludere erano i malati che non possedevano un certo livello culturale e un carattere in una certa misura affidabile, oppure quelli che non sentivano spon-

taneamente la necessità di una terapia per le loro sofferenze, ma solo in seguito alla pressione dei loro congiunti. «Se si vuol procedere sicuri, si deve limitare la propria scelta a persone che hanno uno stato normale, poiché da questa base, nel procedimento analitico, si arriva a dominare ciò che vi è in lui di patologico» (1904, p. 435). Anche l'età valeva per Freud come criterio di esclusione, e anche la necessità di eliminare rapidamente i sintomi pericolosi, come ad esempio l'*anoressia mentale*.

Più importante dei criteri negativi ci sembra la formulazione freudiana di quelli positivi, che risulta molto meno nota: «La terapia psicoanalitica è stata creata su malati permanentemente incapaci di vivere e *per essi*» (*ibid.*, p. 434; corsivo nostro). In quanto esiste un certo «stato normale», nel senso prima descritto, Freud non vede limitazioni nella gravità della malattia. Questo punto di vista si differenzia sostanzialmente da quanto risulta da numerose tavole rotonde sul problema dell'analizzabilità (Waldhorn, 1960), che si può riassumere nella seguente descrizione del paziente idoneo: «Sufficientemente malato per averne bisogno, ma sufficientemente sano per sopportarlo.» Ciò dà la misura di quanto lo stile neoclassico della tecnica si sia allontanato dalla concezione originaria di Freud.

Oggi, come sempre, dobbiamo partire dal fatto che nella psicoanalisi non si può, salvo rari casi, dedurre l'indicazione dal tipo di malattia. Anche se per lungo tempo è stata sostenuta la distinzione fra le nevrosi di transfert, considerate trattabili, e le nevrosi narcisistiche, tale distinzione non poteva nascondere il fatto che la constatazione di una nevrosi di transfert chiariva ben poco, in realtà, il problema dell'idoneità al trattamento. Prima di continuare l'esposizione dell'intricata storia dei criteri di indicazione, che è andata complicandosi nel corso di decenni con l'introduzione di svariati termini come idoneità, accessibilità e, *last but not least*, analizzabilità, vorremmo segnalare che si tratta di una linea di pensiero che non ebbe la sua origine nella prassi freudiana.

Crediamo che discutere il complesso problema dalla prospettiva proposta da Tyson e Sandler (1971), cioè a partire dalla difficoltà della selezione dei pazienti per la psicoanalisi, metta a priori in un punto di falsa partenza che, quantunque giustificato da un'idea di fondo legittima, ha portato a danzare intorno al vitello d'oro del modello tecnico di base (vedi sopra, cap. 1).

La sostanza di molte discussioni sulla selezione dei pazienti per un trattamento psicoanalitico sta nel fatto che un trattamento psicoanalitico intensivo richiede sia dal paziente che dall'analista un grande investimento in termini di coinvolgimento personale, denaro e tempo. Non per nulla la terapia psicoanalitica è stata paragonata a una spedizione i cui partecipanti devono essere scelti con molta cura. Se si confronta questo punto di vista con l'affermazione di Freud che il trattamento psicoanalitico è stato creato per «malati permanentemente incapaci di vivere» si deduce che questo metodo non ha necessariamente successo in tutti i casi gravi, e che perciò è interesse del paziente e del me-

dico valutare in precedenza la sua utilità in ogni singolo caso. Ciò deve essere tenuto a mente leggendo la seguente discussione sull'evoluzione della problematica dell'indicazione per un trattamento psicoanalitico con alta frequenza di sedute (4 o 5 per settimana) secondo la tecnica standard.

Freud aveva considerato con un certo entusiasmo come candidati potenziali del suo nuovo procedimento i pazienti con tutte le varianti di nevrosi gravi e complicate che non potevano essere trattate con «metodi terapeutici più comodi» (1904, p. 434). Jones (1921) introdusse a sua volta la correlazione tra la diagnosi e la prognosi. Il suo elenco di indicazioni includeva le seguenti diagnosi: *a*) isteria; *b*) isteria d'angoscia; *c*) nevrosi ossessiva; *d*) ipocondria; *e*) isteria di fissazione. I gruppi *d* e *e* erano considerati con prognosi peggiore.

Fenichel (1945) accolse l'idea di collegare la prognosi con la gravità della nevrosi: «In genere, dunque, la difficoltà di un'analisi corrisponde alla profondità della regressione patogena. Così, usando una conoscenza analitica della profondità dei punti di fissazione decisivi nelle rispettive nevrosi, le nevrosi possono essere classificate secondo la loro accessibilità all'analisi» (p. 642). Nell'espressione «accessibilità all'analisi» è implicato il metodo già descritto. Fenichel mette comunque in rilievo che «molte altre circostanze vanno considerate prima di fare la prognosi: il rapporto dinamico generale tra resistenze e desiderio di guarigione, i vantaggi secondari, la flessibilità della persona» (p. 643).

Glover (1955) fa proprio il concetto di «accessibilità» e individua tre categorie diagnostiche: «accessibile», «moderatamente accessibile» e «incurabile».

Tyson e Sandler (1971) sottolineano che il simposio «The Widening Scope of Psychoanalysis» (1954) spostò l'accento sui criteri di «idoneità». Come affermò Anna Freud (1954b), non c'è alcuna garanzia che due persone con analoghi sintomi reagiscano in modo uguale agli stessi interventi tecnici. Ciò privò di fondamento qualunque discussione nosologicamente orientata dell'indicazione. Riconoscere che l'efficacia di un trattamento non può essere prevista in base a criteri nosologici non portò tuttavia per lungo tempo alla conseguente ricerca di quei fattori che hanno effetti positivi sullo sviluppo del processo analitico. Il problema continuò a essere ridotto alla formula familiare del «farsi un'idea della struttura della nevrosi». Il concetto di «analisi di prova», raccomandato da Freud (1913b), fu rielaborato da Fenichel (1945) ma, in sostanza, non è mai stato realmente adottato. Nel processo già descritto della prima intervista troviamo invece sempre più elementi di «analisi di prova», nell'invito a saggiare la capacità del paziente di capire le interpretazioni (Alexander e French, 1946). Sebbene i risultati siano spesso molto interessanti, permane la preoccupazione di sovraccaricare la situazione iniziale, il che potrebbe avere effetti negativi sulle decisioni dell'indicazione adatta. Mitscherlich (1967, p. 149) ha formulato richieste minime per permettere l'accesso al trattamento psicoanalitico a un maggior numero di pazienti: «La capacità [del pa-

ziente] di coinvolgersi affettivamente in un'offerta di comprensione ci sembra l'indice prognostico più sicuro che, usando le parole di Freud, il sintomo non rappresenta l'esito migliore raggiungibile dal malato.» Accanto alla «capacità del paziente» è qui sottintesa anche la capacità del terapeuta di fare «un'offerta di comprensione». Il problema della prima intervista, collegato con quello dell'indicazione, è reso più complicato dal problema tecnico di come convincere il paziente a cooperare nella «direzione delle nostre domande» (*ibid.*, p. 141). La riflessione seguente deve quindi essere centrata sul perché desideriamo accattivarcì il paziente. Dato che non desideriamo che la nostra illustrazione dei problemi vada a finire sul tradizionale binario della dicotomia fra tecnica standard e altre forme di psicoterapia psicoanalitica, non basta la semplice affermazione che durante la prima intervista si deve ottenere la collaborazione del paziente per un lavoro comune, offrendogli comprensione. A che scopo vogliamo ottenerla? Da questo punto di vista, possiamo ora esaminare meglio i criteri di idoneità introdotti da Tyson e Sandler (1971), poiché implicano, a nostro avviso, processi di ottenimento del consenso sulle mete da raggiungere.

Proponiamo di parlare di una vasta gamma di obiettivi terapeutici. La psicoanalisi può realizzare pienamente la sua ambiziosa aspirazione di essere una strada per ottenere una migliore conoscenza di sé, solo se questa conoscenza di sé si trasforma in un cambiamento del modo di vivere del paziente attraverso una riduzione della sua angoscia, e anche del modo di agire, per la ritrovata capacità di scegliere liberamente le proprie mete. Freud (1908, p. 569) scrisse: «Ma non è un successo terapeutico quello a cui tendono i nostri primi sforzi. Noi vogliamo mettere il paziente in grado di afferrare coscientemente i suoi moti inconsci di desiderio.» In queste parole è implicito un postulato di cambiamento che può essere distinto solo artificialmente dai criteri di successo intesi in senso strettamente medico. La teoria psicoanalitica postula che l'eliminazione della rimozione e la presa di coscienza dei desideri inconsci comporta necessariamente una modificazione dei processi psichici. In sostanza, la discussione relativa all'indicazione di questo o quel metodo di trattamento psicoanalitico è una discussione sui diversi obiettivi di cambiamento a cui si può aspirare. Nella decisione di proporre a un paziente un'analisi che implichi un'alta frequenza di sedute è implicito l'obiettivo che egli possa raggiungere un cambiamento radicale e profondo dei suoi processi psichici, dal quale ci aspettiamo vari effetti nelle più diverse aree di vita. Per prefiggersi queste mete è legittimo discutere criticamente i presupposti necessari. La motivazione, l'orientamento personale del paziente, la sua curiosità psicologica, la sua capacità di utilizzare le relazioni oggettuali fanno parte dei fattori che hanno un ruolo decisivo nell'attuale modo di considerare le indicazioni di un trattamento psicoanalitico.

Kuiper (1968) sostiene un'applicazione restrittiva dell'indicazione e sotto-

linea, a ragione, che l'entusiasmo dei giovani analisti per la tecnica standard da loro appresa li porta a una sua applicazione acritica, con conseguenze altamente sfavorevoli, per esempio se l'analista pensa che lo stereotipato non rispondere alle domande del paziente o il silenzio dell'analista siano componenti essenziali della tecnica standard, e usa questi mezzi con pazienti non adatti a questa tecnica. (Preghiamo il lettore di prendere nota che definiamo inadatta la tecnica, non il paziente.)

Si può verificare la situazione opposta, che tuttavia conduce ad analoghe conseguenze, nel caso di un'applicazione acritica della concezione totale del transfert con la corrispondente omissione dei fattori della resistenza, da parte di giovani analisti che, avendo appreso questa tecnica, sono indotti a fare un lavoro di interpretazione molto attivo fin dall'inizio del trattamento, seguendo e forse fraintendendo le critiche di Racker (1968) alla tecnica classica e al silenzio dell'analista.

Siamo d'accordo con Kuiper che la tecnica standard ha un ambito di applicazione molto ristretto, ma sottolineiamo la necessità di modifiche e adattamenti per ogni singolo paziente. Kuiper menziona anche un motivo per cui gli analisti si affidano alla tecnica standard e la usano in modo eccessivo: in fin dei conti hanno impegnato energia, tempo e denaro nell'apprendimento di questa tecnica, e ora vorrebbero usarla esclusivamente e intensamente col maggior numero possibile di pazienti. Le delusioni sono poi inevitabili e, attraverso la formazione reattiva, portano a una svalutazione di altri rimedi «non analitici» (Kuiper, 1968, p. 261). Nello stesso tempo, i dubbi personali dell'analista si dissolvono idealizzando la tecnica standard e addossando la colpa al paziente: lo si accusa a posteriori di non essere adatto, invece di considerare l'eventualità di modificare la tecnica.

Molte volte succede che le caratteristiche descritte come necessarie o sufficienti per l'accettazione di pazienti accessibili o analizzabili con un trattamento psicoanalitico classico siano considerate nello stesso tempo anche come criteri di evoluzione del processo terapeutico:

Il paziente deve avere un certo livello di intelligenza, capacità di tollerare sentimenti dolorosi, ed essere capace di sublimare. Le sue relazioni oggettuali devono essere sviluppate relativamente bene e la sua capacità di confrontarsi con la realtà deve essere più o meno buona. La sua vita non deve ruotare intorno all'analisi, per evitare una dipendenza troppo forte da essa; il suo carattere e il suo grado di cultura devono avergli procurato una buona posizione sociale con i relativi riconoscimenti. Ci potrebbe capitare di trovarci nella paradossale situazione di scoprire che il paziente che corrisponde idealmente a queste premesse non ha affatto bisogno di un'analisi! (Tyson e Sandler, 1971, p. 225)

Piuttosto che trarre la conclusione che si devono tollerare le deviazioni minori in questo elenco ideale, preferiamo prendere in considerazione la caratteristica interattiva di queste «qualità». L'espressione «sufficientemente forte per sopportarlo» si riferisce certamente alla situazione psicoanalitica,

che deve essere strutturata e mantenuta dal paziente e dall'analista. Kuiper ritiene che il problema di «chi analizza chi, come e a che fine» debba essere preso in considerazione molto seriamente. Definendo il contributo che l'analista deve e può dare in ogni singolo caso per realizzare un processo analitico, si potrebbe concludere definitivamente l'eterno dibattito sull'analizzabilità. In una rassegna sulle difficoltà legate all'analizzabilità, Bachrach (1983, pp. 199 sg.) riduce il problema individuando tre gruppi di pazienti:

1. Persone riflessive, con un Io fondamentalmente affidabile, capaci di collaborare in maniera produttiva con ogni analista mediamente qualificato.
2. Pazienti con un Io debole, che dimostrano un carattere infantile e sono «incapaci di partecipare al lavoro analitico».
3. Pazienti, definiti da Bachrach come casi «limite» (non in senso diagnostico), rispetto ai quali il destino del lavoro analitico dipende prevalentemente dalla personalità e dal talento dell'analista.

Pur essendo chiaro ciò che Bachrach cerca di definire con l'espressione «Io fondamentalmente affidabile» per il lavoro analitico, riteniamo certamente più vantaggioso e strategicamente più adeguato prendere in considerazione la configurazione interattiva di tutte le situazioni terapeutiche. L'affidabilità di fondo di cui parla Bachrach è una funzione uguale a quella dell'«ambiente mediamente accettabile» di Hartmann, che portò la psicologia dell'Io in un vicolo cieco (Fürstenau, 1964). Nella misura in cui i più importanti sintomi si sono spostati da disturbi circoscritti a più diffusi problemi di personalità (Thomä e Kächele, 1976), è diventata sempre più importante la capacità dello psicoanalista di raggiungere in maniera diversificata i bisogni e i conflitti di ciascun paziente. L'esistenza di due tecniche complementari, che Cremerius (1979, p. 109) ha descritto come due poli opposti soltanto per motivi didattici, esprime il fatto che «i limiti dell'analizzabilità sono non già i limiti del paziente, della sua psicopatologia, come Freud aveva detto nel 1937, bensì i limiti dell'analista». Crediamo che il concetto di «analizzabilità» abbia perduto l'ultimo residuo di specificità, e sarebbe meglio sostituirlo con il termine «trattabilità». Se «analizzabile» si riferisce a tutto ciò che uno psicoanalista può fare e riesce a tollerare, in tal caso l'indicazione può essere oggetto di discussione e ricerca soltanto nell'ambito di una fondazione bipersonale del processo terapeutico.

Il processo che nella prima intervista porta all'indicazione si trasforma così da concetto statico di *indicazione prognostica* in concetto dinamico di *indicazione adattativa* (Baumann e Wedel, 1981), e in tal modo il paziente e l'analista sono espressamente indirizzati l'uno verso l'altro. Un esempio felice di questa concezione è fornito da S. H. Shapiro (1984), che propone un approccio puramente psicoanalitico per decidere il metodo di trattamento adatto. Al posto dell'analisi di prova, che anche noi riteniamo inadeguata ai tempi odierni, egli introduce una fase esplorativa durante la quale familiarizza il paziente con il metodo delle associazioni libere. Siamo d'accordo con Shapiro quando presenta una pos-

sibile *fase diagnostica* della terapia, che non deve essere intesa come analisi di prova in senso tradizionale, finalizzata alla decisione di idoneità; il suo scopo è invece trovare quali cambiamenti sono raggiungibili e a quali condizioni terapeutiche. L'ampio spettro teorico a cui fanno riferimento le attuali forme di psicoterapia psicoanalitica consente svariate possibilità di scelta, che non devono restringersi all'ambito della psicoanalisi in senso stretto.

Se applichiamo alla prima intervista psicoanalitica le raccomandazioni fatte da Balint ai medici generici e sviluppiamo il concetto di una relazione più lunga con il paziente, al di là dell'unico contatto del primo colloquio, ci sono molte possibilità che l'indicazione centrata sul paziente apra diverse strade per arrivare al suo cambiamento, che può avvenire subito o in un tempo successivo (Hohage, Klösse e Kächele, 1981).

L'analisi dei molteplici fattori che il problema dell'indicazione comporta include sia il riconoscimento degli aspetti soggettivi del processo decisionale (Leuzinger, 1981, 1984; Dantlgraber, 1982) sia la considerazione dei fattori istituzionali che regolano lo svolgimento dell'attività psicoanalitica. L'interazione dei livelli è spesso particolarmente difficile da appurare perché è facilmente coperta dalle strategie giustificative dell'analista interessato.

L'importanza delle premesse teoriche nel processo decisionale è senz'altro grande, ma hanno un peso ancora maggiore le circostanze pratiche che influenzano oggi, come ai tempi di Freud, le decisioni da prendere al momento dell'indicazione. Cambiamenti in tali circostanze, come per esempio l'inclusione di psicoanalisi e di psicoterapie psicoanalitiche tra i servizi previsti dalle assicurazioni sulla malattia, fanno aumentare il numero dei pazienti che possono accedere a un trattamento; tuttavia, nel processo decisionale, continuano ad avere un ruolo significativo anche i fattori specifici relativi al ceto sociale, come dimostrano le ricerche empiriche su questo argomento. La selezione unilaterale è mascherata da criteri di idoneità per cui in molti luoghi l'importanza della psicoanalisi viene sminuita per errori di valutazione e di indicazione.

Date le trasformazioni sociali e la regolamentazione dell'assistenza mutualistica, la struttura flessibile della prima intervista ci ha avvicinato all'obiettivo di dare la possibilità di un trattamento psicoanalitico a pazienti appartenenti a un vasto spettro sociale e nosologico. È facile iniziare un'analisi con persone ben motivate anche se, in seguito, la terapia potrà rivelarsi difficile. L'arte del primo colloquio sta nel risvegliare nei pazienti esitanti l'interesse per una terapia di cui hanno urgente bisogno. Lo sviluppo di molteplici forme di psicoterapia psicoanalitica, adattabili ai singoli pazienti, rende necessaria la revisione della metafora freudiana dell'oro e del rame. Oggi, ogni tipo di terapia può essere concepita ed elaborata in funzione dei bisogni del paziente. Questo ci porta forse al nocciolo del problema della prima intervista, che dobbiamo affrontare nel momento della decisione. La decisione non è più determinata dalla nota dicotomia psicoanalisi/psicoterapia psicoanalitica, ma dalla riflessione su

come e (se possibile) con quale psicoanalista possono crearsi le condizioni più favorevoli per la crescita del paziente. Alla fine del primo colloquio, se non prima, l'analista deve affrontare la questione: come proseguire, e quali condizioni esterne sono necessarie ai fini terapeutici? Come mettere d'accordo lo svolgimento della terapia con le circostanze personali e professionali del paziente?

L'indicazione adattativa, adeguata alle nostre conoscenze odierne e perciò da noi sostenuta, non cambia affatto la grande responsabilità che comporta la prescrizione di una terapia di qualsiasi durata e frequenza; essa ci libera ad ogni modo da quelle particolari difficoltà che nascono dal fatto di dover determinare l'analizzabilità e, contemporaneamente, accertare la disponibilità di tempo e denaro. Siamo pure dell'opinione che la questione della durata del trattamento, regolarmente posta durante i preliminari dell'accordo per un'analisi, debba essere affrontata in termini di obiettivi desiderabili o possibili da raggiungere, piuttosto che di anni e di numero di sedute. Si evita così che l'informazione sulla durata dell'analisi deprima il paziente, deluso nella speranza di miglioramento o guarigione prima di uno, due tre o più anni. Poiché peggioramenti, miglioramenti, guarigione, vale a dire l'intero processo analitico, dipendono anche dalla competenza professionale dell'analista, pure la durata è una grandezza regolata diadicamente in funzione di vari elementi. L'analista deve tener conto sempre del fatto che il paziente è libero di interrompere o terminare il trattamento in qualsiasi momento. Perciò è necessario fare attenzione ai toni suggestivi impliciti nelle dichiarazioni su frequenza e durata. Dall'altro lato i partecipanti sanno che il margine di libertà ideale del paziente è in realtà limitato dalle circostanze esterne, dalle illusioni dovute a motivazioni inconscie e dai conflitti relazionali e di transfert insiti nel processo analitico. Quanto dovrebbe durare idealmente un trattamento, e quanto dura in effetti, dipende pertanto da moltissimi fattori.

Nel passaggio dalla prima intervista alla terapia è importante dare il maggiore spazio possibile alla flessibilità e creare un'atmosfera di libertà che risvegli speranze (Luborsky, 1984). Nello stesso tempo, bisogna delimitare una cornice che garantisca buone condizioni di lavoro. Non esiste una soluzione semplice di questo problema, tuttavia possiamo avvalerci dell'esperienza, apparentemente banale, relativa al fatto che, generalmente, i pazienti continuano a venire alle sedute finché il rapporto costi-benefici rimane positivo. Ci sono buoni motivi per mettere al centro la valutazione personale, da parte del paziente, del rapporto costi-benefici e dare così alle sue decisioni la dovuta importanza. In questo modo può essere preso in considerazione uno spazio ideale di sviluppo, anche se la sua realizzazione comporta svariate limitazioni. La valutazione, infatti, non può essere mai del tutto soggettiva. Anche un multimiliardario, che da novello Robinson Crusoe si ritirasse su un'isola dei mari del Sud con il suo analista dottor Venerdi nell'intento di sottoporsi a un'analisi

interminabile, dovrebbe tener conto che il suo analista valuta il rapporto costi-benefici in modo diverso da lui. Non dobbiamo lasciarci andare a ulteriori fantasie su questa situazione immaginaria, poiché in nessuna parte del mondo il paziente è in grado di valutare da solo costi e benefici, durata e frequenza del trattamento. L'analista ha voce in capitolo, e i terzi assenti esprimono la loro opinione direttamente o indirettamente; ciò ha un effetto particolarmente incisivo nel caso del finanziamento da parte di terzi.

Possono esserci enormi differenze di valutazione di ciò che abbiamo definito, in breve, come costi e benefici. Sono troppe le combinazioni possibili per poterne parlare qui dettagliatamente. Abbiamo usato intenzionalmente una terminologia economica, pur rendendoci conto di stupire il lettore. Nonostante l'entusiasmo per l'effetto frequentemente liberatorio della psicoanalisi, abbiamo il dovere di considerare il coinvolgimento dei parenti del paziente e l'investimento in tempo e denaro. Klauber (1972b) ha richiamato in modo particolare l'attenzione su quanto possano essere incisivi il dispendio di tempo e denaro assieme alle complicazioni con i terzi assenti, cioè i parenti del paziente. A Berlino Ovest e nella Repubblica Federale Tedesca, per una specifica disposizione legislativa, l'assistenza mutualistica obbligatoria copre totalmente i costi della grande maggioranza dei pazienti, e anche per i cosiddetti pazienti privati c'è, di regola, un finanziamento da parte di terzi tramite cassa mutua privata e sovvenzioni statali. Gli unici analizzandi che devono pagare di tasca propria sono i candidati analisti. Poiché oltre il novanta per cento della popolazione gode di qualche forma di assistenza mutualistica obbligatoria, per la maggior parte dei pazienti che si sottopongono al trattamento psicoanalitico non esiste alcun onere finanziario. Questi pazienti arrivano già alla prima intervista muniti di un foglio di impegnativa che garantisce il pagamento da parte della cassa mutua. Tratteremo questo argomento in seguito (6.6), ma prima parleremo dei parenti del paziente che, virtualmente, e non di rado anche realmente, sono sempre presenti durante la prima intervista. L'atteggiamento dell'analista nei confronti dei parenti del paziente influenza il modo di condurre il dialogo, così che sin dall'inizio, e spesso in modo impercettibile, si determinano influenze sull'iter del processo terapeutico.

6.5 La famiglia del paziente

In vista di queste pagine relative ai parenti del paziente e al finanziamento da parte di terzi, il titolo del sesto capitolo allude ai versi di Schiller presi da *Die Bürgschaft* (la garanzia) dove Dionisio, tiranno di Siracusa, dice con tono conciliante la frase divenuta proverbiale: «Mi sia esaudita la preghiera di essere il terzo nella vostra alleanza.»¹ La presenza virtuale di terzi assenti, come

¹ [Per comprendere il senso della citazione di Schiller, bisogna ricordare che il titolo esatto del cap. 6 dell'edizione tedesca è *Das Erstinterview und die Dritten im Bunde*, la cui traduzione letterale è «la prima intervista e i terzi nell'alleanza».]

peraltro il finanziamento da parte di terzi, risvegliano una quantità di associazioni che giustificano l'allusione alla poesia di Schiller soprattutto per lo spunto conciliante. Il lato prosaico di tutto ciò sta nel fatto che paziente e analista possono contare sulla garanzia di assunzione delle spese da parte della cassa mutua obbligatoria. Nello stesso tempo l'intromissione di terzi rende più difficile o rovina la conclusione armonica della terapia.

Freud (1938, p. 572) definì gli inizi della psicoanalisi come un impegno a studiare «lo sviluppo individuale degli esseri umani». Seguendo la tradizione dell'Illuminismo, si propose di sondare le correlazioni tra le più diverse azioni di un paziente e le sue difficoltà interiori e di curarlo con la conoscenza di sé stesso. Mediante l'insight della vita psichica inconscia, Freud voleva raggiungere un ampliamento della consapevolezza individuale e vedeva in ciò un essenziale contributo della psicoanalisi all'Illuminismo.

La domanda di un trattamento psicoanalitico deve provenire solo dal paziente. Ogni accordo fra terapeuta e paziente ha implicazioni etiche e legali. La discrezione e l'obbligo al segreto professionale contribuiscono a creare una situazione di fiducia tra i due partecipanti. Per quanto concerne la questione se e quando consultare i parenti è necessario decidere in funzione del beneficio per il paziente. Senza il suo permesso possiamo rivolgerci ai parenti solo in casi di emergenza: nel caso, ad esempio, in cui il paziente medesimo non sia in grado di fornire dati anamnestici credibili, necessari per formulare la diagnosi e decidere la terapia appropriata. Tale situazione di emergenza si verifica con pazienti psicotici o con tendenze suicide, cioè con pazienti che non sono padroni di sé stessi. Per il resto vale la norma fondamentale che l'analista non dia alcuna informazione ai parenti.

In generale, il metodo psicoanalitico non implica la necessità di coinvolgere la famiglia del paziente. Lo psicoanalista si affida alle proprie osservazioni durante le sedute con il suo paziente, e parte dal presupposto che il paziente ripeta nell'analisi, nei confronti dell'analista, conflitti relazionali simili a quelli che ha con le persone che gli sono più vicine. L'analista può rinunciare al contatto diretto con i parenti perché con lo sviluppo della nevrosi di transfert, se non prima, può sperimentare da solo come si comporta il paziente con le persone alle quali è strettamente legato e nelle quali provoca inconsciamente azioni o atteggiamenti positivi o negativi verso di sé.

La comprensione interattiva del transfert e del controtransfert mette l'analista in grado, da un lato, di immedesimarsi nel modo di vedere del paziente e, dall'altro, di capire il modo di comportarsi dei suoi familiari perché le loro reazioni potrebbero avere delle somiglianze con il proprio controtransfert. A queste due dimensioni, immedesimazione e capacità di comprensione, ne può essere aggiunta ancora almeno un'altra, vale a dire la conoscenza professionale dell'interazione umana.

Dal metodo psicoanalitico emergono specifici interrogativi sul rapporto

con i parenti del paziente. Il metodo si basa sulla relazione diadica. Rispetto al modello chirurgico del «campo operatorio puro e asettico», la situazione si complica con la presenza reale di una terza persona. La definizione di una relazione bipersonale comporta la differenziazione tra relazioni interne e relazioni esterne. Il metodo psicoanalitico è certamente diadico, tuttavia sarebbe più esatto denominarlo «triade meno uno», perché una terza persona, in qualche modo, è sempre presente, anche quando nessun parente stretto prende realmente parte al trattamento. L'assenza reale dei terzi e la loro virtuale presenza hanno notevoli ripercussioni su tutti i partecipanti. Della stessa opinione era Pichon-Rivière quando scrisse: «[Il] processo psicoanalitico è un processo dialettico a spirale, con l'intervento di due corpi, ma sempre tripersonale, poiché il terzo "escluso", negato ecc. della situazione triangolare appare come il "modificatore del campo"» (cit. in Liberman, 1962, p. 8).

L'inchiesta realizzata da Glover tra ventinove psicoanalisti britannici nel 1938 include domande su ciò che essi pensano del problema dei parenti del paziente e su come affrontano questo argomento. Glover chiedeva agli analisti se prendevano contatto con i familiari del paziente e, in caso affermativo, con o senza il suo consenso. Dall'analisi delle risposte risultò: «Tutti vedono i membri della famiglia, perlopiù contro voglia e su richiesta del paziente. Tranne poche eccezioni (psicosi gravi, bambini) il paziente è informato delle interviste fissate» (Glover, 1955, p. 365).

Nella letteratura psicoanalitica si trovano solo scarsi accenni sul modo di trattare con i parenti del paziente, pur avendo questo problema un'enorme rilevanza clinica e un ruolo importante in ogni terapia, inclusa l'analisi didattica. Nella maggior parte delle analisi didattiche, i parenti dei candidati non hanno alcun contatto diretto con l'analista didatta o con l'istituto di formazione, sebbene siano fortemente coinvolti in tale formazione, tanto internamente che esternamente. Non di rado il partner dell'analizzando inizia a sua volta un'analisi o entra per proprio conto in gruppi di discussione.

Freud espresse la sua «totale perplessità» sul modo di trattare i parenti del paziente. I suoi consigli su questo argomento sono i seguenti (1912b, pp. 540 sg.):

Vorrei soprattutto mettere in guardia contro il tentativo di ottenere consenso e appoggio da parte di genitori o parenti, dando loro da leggere un'opera, introduttiva o più approfondita, della nostra letteratura. Il più delle volte questo passo, fatto a fin di bene, è sufficiente a far scoppiare prima del tempo l'opposizione naturale e prima o poi inevitabile dei parenti al trattamento psicoanalitico di un loro congiunto, con il risultato che la cura non viene neppure iniziata.

Mi sia consentito l'augurio che, attraverso l'ampliarsi delle loro esperienze, gli psicoanalisti raggiungano ben presto quella concordanza di vedute sui problemi della tecnica psicoanalitica che consentirà loro di affrontare il trattamento dei pazienti nevrotici nella maniera più efficace. Per ciò che si riferisce al trattamento dei «parenti» confesso la mia totale perplessità e ripongo in generale scarsa fiducia in un loro trattamento individuale.

Come sappiamo, in seguito Freud si aspettava che i suoi analizzandi aves-

sero già letto i suoi libri, ma non voleva che i parenti del paziente attingessero alle stesse informazioni. Egli si rassegnò alla «naturale e prima o poi inevitabile ostilità dei parenti». Nel 1917 il suo ottimismo non era aumentato (1915-17, p. 607):

Il trattamento psicoanalitico è da paragonarsi a un intervento chirurgico e, come questo, richiede di essere intrapreso nelle condizioni che ne garantiscono al massimo il successo. Sapete quali misure precauzionali sia solito adottare il chirurgo: ambiente adatto, buona luce, assistenza, esclusione dei congiunti ecc. Provate un po' a domandarvi quante di queste operazioni avrebbero buon esito se dovessero aver luogo alla presenza di tutti i membri della famiglia, che ficcassero il naso sul tavolo operatorio e a ogni taglio di bisturi si mettersero a strillare. Nei trattamenti psicoanalitici l'intrusione dei congiunti costituisce appunto un pericolo, un pericolo di quelli a cui non si sa come far fronte.

Queste dichiarazioni devono essere comprese considerando il retroscena della sua tecnica di allora, che si concentrava sulla scoperta dell'inconscio e della sessualità infantile. L'analogia della situazione psicoanalitica con il «campo operatorio puro e asettico» porta di conseguenza alla descrizione dei parenti come fonte di pericolo. L'ideale del campo puro e asettico è descritto in modo esplicito nei parametri di Eissler (1953). Secondo questo autore l'intervento di un membro della famiglia nella situazione diadica rappresenterebbe una trasgressione al modello di base della tecnica psicoanalitica, che considera i parenti come fattori di confusione e di interferenza in un equilibrio apparentemente ideale tra medico e paziente.

In un lavoro precedente relativo al problema dei parenti (Thomä e Thomä, 1968) abbiamo sostenuto il punto di vista che il rapporto «controvoglia» con i parenti del paziente è dovuto a due motivi, uno generale e uno specifico. Il motivo *generale* per opporsi ad avere rapporti con i parenti nasce secondo noi dal desiderio di proteggere l'«alleanza di lavoro» (Greenson, 1967) con il paziente. Il «team di lavoro» tra medico e paziente (Heimann, 1966, pp. 333 sg.) funziona solo se l'intromissione dei parenti resta entro certi limiti. Nello sforzo di assicurare la discrezione e di guadagnarsi la fiducia del paziente, l'analista mette i parenti troppo in periferia. Richter (1970, p. 122) fa notare alcuni aspetti della fedeltà eccessivamente rigida alla relazione bipersonale:

D'altro canto gli psicoterapeuti sanno che il trattamento di un individuo è in generale meno arduo del lavoro con l'insieme dei problemi di tutto un gruppo familiare. È più facile comprendere le difficoltà di un singolo paziente che il groviglio di conflitti interattivi di parecchi membri della famiglia. Del resto è più facile sopportare ed elaborare il transfert dei sentimenti di un unico paziente che l'intricato complesso di emozioni di tutto un gruppo di persone turbato da tensioni nevrotiche.

Nel lavoro citato è messo in discussione se, per caso, non sia la personalità dell'analista il motivo specifico per cui viene preferita la situazione bipersonale. Il *controtransfert professionale, sopraindividuale*, può condurre a una fedeltà troppo rigida alla situazione bipersonale. I pazienti avvertono il disappunto dell'a-

nalista per i cambiamenti del setting; ciò stimola fenomeni specifici di transfert e controtransfert. I parenti si sentono quindi del tutto esclusi e la loro diffidenza aumenta per reazione. Essi si sentono i terzi esclusi e tendono a reagire o idealizzando l'analista o rifiutandolo in pieno. Ciò dipende, a sua volta, dalle informazioni che il paziente dà o no sull'analisi. Poiché lo sviluppo della nevrosi di transfert dipende in grande misura dalla tecnica analitica, è molto probabile che il paziente presenti importanti passaggi all'atto al di fuori delle sedute, e che le persone interessate reagiscano con contrattacchi. Il conseguente controtransfert professionale, che porta a tenere a distanza i parenti del paziente, può essere considerato come il motivo specifico della riluttanza dell'analista a trattare con loro.

6.5.1 *L'onere per la famiglia*

Hans Thomä (1968) sottolinea che per Freud e i suoi seguaci l'individualità di una persona è determinata innanzitutto dalla congiunzione di un bisogno e di una specifica costellazione ambientale all'interno di una fase critica più o meno delimitata. Il nesso tra il destino individuale del paziente e i suoi effetti sull'ambiente caratterizza la tensione tra il paziente e la sua famiglia. Un trattamento psicoanalitico non produce effetti solo sul paziente ma anche sui suoi parenti; dobbiamo perciò prendere molto sul serio le ripercussioni del processo psicoanalitico sui parenti del paziente. I familiari hanno a loro volta un forte interesse per il trattamento del paziente. È più che ovvio che abbiano il desiderio di vedere e conoscere personalmente l'analista o almeno di avere informazioni sul suo conto. Ci sono pazienti che nella fase iniziale dell'analisi portano con sé nello studio dell'analista, senza preavviso e con percepibile titubanza, il loro parente più stretto, di solito il coniuge, con l'obiettivo di far sì che avvenga almeno una superficiale conoscenza reciproca. È presumibile che un numero di familiari maggiore di quanto si ammetta abbia visto il terapeuta o sentito qualcosa sul suo conto.

L'interesse dei parenti per l'analista e per il trattamento nasce dall'idea che non si verificheranno cambiamenti soltanto nel paziente, ma anche in loro stessi. Alcuni tra loro tentano di sottrarsi a questi cambiamenti e perciò addossano il problema interamente al paziente che «mandano in terapia». In maggioranza, tuttavia, avvertono che i processi di sviluppo del paziente avranno effetti sui familiari, cambiando il loro tipo di relazione. Grunberger (1958) illustra i nessi di queste linee di sviluppo mediante il cambiamento della struttura del Super-io del paziente. La modificazione della struttura del Super-io, necessariamente implicita nel processo psicoanalitico, provoca disturbi delle regole che fino allora avevano guidato la convivenza della famiglia.

Lidz, Fleck e Cornelison (1965) e Lidz e Fleck (1985) descrissero efficacemente lo stretto intreccio tra i conflitti psichici di pazienti gravemente disturbati e i problemi psichici dei membri della famiglia. Quando i familiari stessi

presentano disturbi psichici o perlomeno sono corresponsabili del mantenimento della nevrosi del paziente, essi tendono, per motivazioni inconscie, ad appoggiare solo parzialmente il trattamento del congiunto. In casi del genere l'analista deve considerare se fare del conflitto interpersonale l'obiettivo del cambiamento. Ad ogni modo si presenta poi il quesito se i parenti debbano essere inclusi nella terapia solo per un determinato periodo o se sia indicata piuttosto una terapia di coppia o dell'intera famiglia, abbandonando il setting terapeutico bipersonale.

In base alla conoscenza di sé realizzata in analisi, il paziente prende decisioni importanti riguardo alla sua professione e alla sua vita privata, che coinvolgono anche i suoi familiari. È perciò di somma importanza dare alla famiglia la sensazione che l'analista si rende conto del loro onere e anche delle ripercussioni sulla vita familiare degli effetti del processo psicoanalitico del paziente. Questa nostra opinione sottintende che non pensiamo solo ai conflitti intrapsichici, ma tentiamo di considerare anche le relazioni interpersonali del paziente, per raggiungere un equilibrio tra problemi esterni e interni, tra relazioni interpersonali e relazioni oggettuali intrapsichiche. Questo positivo cambiamento di atteggiamento dello psicoanalista nei confronti della situazione familiare e ambientale del paziente ha modificato, nel senso da noi descritto, l'orientamento del modo di affrontare questo problema in psicoanalisi. Non considerare gli aspetti reali della relazione di coppia, la gravità psicopatologica del membro che non è in trattamento e l'interpretazione sistematica e rigida delle allusioni al terzo come mera proiezione di aspetti interni, può portare, specialmente nel caso di situazioni di crisi, a gravi confusioni nel paziente o a serie reazioni depressive.

Sono stati pubblicati pochi studi empirici sulle trasformazioni avvenute nei coniugi o in altri membri della famiglia durante o dopo il trattamento psicoterapeutico. Uno studio di Kohl (1962) su trentanove pazienti ricoverati in ospedale con gravi disturbi psicotici ha mostrato che tutti i coniugi dei pazienti presentavano disturbi psichici di vario tipo, che compromettevano il buon esito della terapia. La Bolk-Weischedel (1978) relativizzò questa affermazione. Mediante uno studio catamnestic semistrutturato, realizzato sui coniugi (15 donne e 35 uomini) di cinquanta pazienti trattati ambulatorialmente, l'autrice trovò che in tredici casi i sintomi precedenti erano scomparsi, con cambiamenti strutturali positivi, in concomitanza del trattamento del coniuge. Invece undici coniugi, precedentemente senza sintomi, presentarono disturbi, che in sei casi ebbero uno sviluppo strutturale positivo. In dieci casi, durante il trattamento, la sofferenza psichica fu tale da costringere il coniuge a ricorrere a sua volta a una consultazione medica o a un trattamento. Nel corso del trattamento dieci pazienti decisero di separarsi o divorziare. Ciò corrisponde ai dati raccolti da Sager, Grundlach e altri (1968) sulla percentuale di casi di divorzio avvenuti durante il trattamento psicoanalitico. La maggior

parte dei divorziati non si pentì di questa scelta. La Bolk-Weischedel interpreta l'insorgenza o la modificazione dei sintomi come segno di instabilità indotta dal trattamento, che, appunto, rende possibili gli sviluppi successivi.

6.5.2 Situazioni tipiche

Per trattare con i parenti del paziente è indispensabile avere molto tatto. L'orientamento fondamentale è sempre quello di realizzare una situazione terapeutica che permetta al paziente di avere fiducia nella terapia e nell'analista. In altre parole il principio da noi seguito per quanto riguarda le nostre decisioni è che tutto ciò che facciamo serve a creare senz'altro, nei confronti del paziente, «le condizioni psicologiche più favorevoli al funzionamento dell'Io» (Freud, 1937a, p. 532). Talora, in certi casi, l'inclusione di uno o più familiari può favorire il processo psicoanalitico, impedendone il ristagno. Qui non si tratta soltanto di ingrandire la base di osservazione per ottenere un maggior numero di informazioni, ma di concentrarsi di più nel campo interpersonale tra paziente e familiare. L'osservazione dell'interazione non serve solo a fini diagnostici (per esempio, si deve valutare il grado dei rapporti reali di dipendenza), ma anche a influenzare la terapia.

Elenchiamo ora tre diverse situazioni nelle quali ci troviamo di fronte al quesito se prendere o no contatto diretto con i congiunti del paziente:

- a) durante la prima intervista;
- b) nel caso di una situazione d'emergenza (incidente, pericolo di suicidio, ricovero in ospedale);
- c) nel corso del trattamento.

È ben noto quanto possa essere vario lo svolgimento del *primo colloquio* tra analista e paziente. Per la valutazione delle condizioni del malato ha molta importanza il comportamento dei parenti: se essi non sono presenti o se restano dietro le quinte (fuori dalla casa dell'analista o nella sala d'aspetto) o fanno in modo di entrare insieme con il paziente nella stanza del colloquio. La strutturazione della situazione dipende dal tipo di approccio del terapeuta. I parenti che scelgono di restare nell'ombra e esitano ad incontrarsi con l'analista si vedranno inconsciamente confermati nella loro ritrosia. Quelli che si presentano all'improvviso vengono spesso bloccati dalla neutralità analitica e dal distacco professionale. Può essere così persa l'occasione di riconoscere e analizzare con interesse e competenza la dinamica interpersonale. Per vari motivi, è difficile per l'analista comportarsi in modo naturale (Heimann, 1978).

È ampiamente noto che durante un trattamento psicoanalitico il paziente può decidere di separarsi o di divorziare dal coniuge. Ambedue, paziente e coniuge, sanno che la relazione coniugale può incorrere in una situazione pericolosa, perciò spesso cercano un terapeuta il cui matrimonio sia stabile, a detta dei conoscenti che lo raccomandano. Viceversa, i pazienti che hanno relazioni extraconiugali ne cercano uno che conduca lo stesso tipo di vita, pensando che

egli potrà capirli meglio. Paziente e coniuge si presentano alla prima intervista con questi interrogativi urgenti.

Nella prima intervista noi poniamo domande sulle relazioni significative del paziente, distinguendo tra quelle precedenti e le attuali. All'inizio della terapia è utile farsi un'idea di come reagiscono di fronte al trattamento le persone significative. Anche ciò che parenti e amici riferiscono di proprie esperienze terapeutiche passate influisce molto sull'atteggiamento iniziale del paziente verso la propria terapia. Mediante le informazioni sul trattamento psicoanalitico, siamo in grado di soddisfare alcuni urgenti interrogativi.

Ogni contatto con qualsiasi parente deve essere discusso con il paziente. Valgono come eccezione solo le *situazioni di emergenza*. Queste ultime possono essere individuate già nella prima intervista o si presentano nel corso del trattamento. Il pericolo di suicidio, nell'ambito di un episodio psicotico, richiede un rapido intervento che implica spesso la collaborazione della famiglia del paziente. Solo di rado si presenta il caso di dover decidere, contro la volontà del paziente, il ricovero in ospedale psichiatrico; nella maggior parte dei casi otteniamo il consenso del paziente, anche se spesso è necessario coinvolgere i familiari.

L'inclusione di un parente nella situazione di trattamento avviene sia per desiderio del paziente o dell'analista, sia per desiderio del partner. La risposta alla domanda di che cosa faccia precipitare l'interazione con i parenti (a parte le situazioni di emergenza) porta alla definizione del paziente ideale: qualcuno che ha la capacità e la volontà di portare nel transfert gli elementi nevrotici del suo disturbo relazionale, in modo da riprodurre e risolvere questi conflitti con l'analista, vale a dire il paziente che soffre ma elabora i suoi conflitti nell'analisi. Le reazioni dei parenti dipendono, ovviamente, da come egli trasferisce le esperienze che realizza nell'analisi. Il metodo psicoanalitico richiede una grande capacità di introspezione da parte del paziente e anche dei suoi familiari. Spesso questa capacità non è primariamente presente in tutte le persone coinvolte. Il progresso di un trattamento può mettere in moto anche nel partner del paziente qualcosa che nessuno dei due è in grado di risolvere: l'uno o l'altro chiedono allora aiuto all'analista, per superare questa difficoltà.

In tutte le riflessioni su quale tipo di aiuto può offrire lo psicoanalista, bisogna considerare che la situazione terapeutica ravviva, tanto nel paziente che nei suoi parenti, modelli infantili di comportamento. Questo fatto ci induce a ben ponderare quanto e che cosa dire nel caso di un appuntamento con un membro della famiglia. Se gli parliamo da soli, ogni parola e ogni informazione verrà da lui riferita al paziente in maniera più o meno incompleta e soggettiva. Se per qualsiasi motivo decidiamo di non avere un colloquio a tre, si raccomanda in tal caso di riferire poi al paziente ciò che abbiamo detto al parente. Menninger e Holzman (1958) raccomandano di dire preventivamente al paziente tutto ciò che si ha intenzione di dire al parente, ma questo probabil-

mente non ha un effetto decisivo sulla sua reazione. Ci sembra molto più importante considerare l'opportunità di un colloquio congiunto con il paziente e il parente. Si evita in tal modo il rischio di distorsioni delle informazioni, ma si può anche cedere alla tentazione di considerare come obiettivi i dati e le dichiarazioni del paziente sulle sue relazioni. La Greenacre (1954, p. 682) esprime la seguente opinione su questo argomento: «Mentre è indubbiamente vero che la valutazione della situazione globale di un analista può essere in certi punti notevolmente limitata dalla sua necessità di lavoro microscopico o dalla sua eccessiva identificazione con il paziente, ciò a lungo andare porta a distorsioni minori (...) che cedere alla pressione di informazioni esterne, che spesso non sono minimamente obiettive.» La Greenacre segue il principio di non dare né chiedere informazioni specifiche sul conto del paziente senza la sua piena conoscenza e consenso, e solo nel caso che il paziente lo richieda.

Ci occuperemo ora di alcune considerazioni su come affrontare questo problema. Nel rapporto con i familiari ci sono due tipi di complicazioni per la tecnica psicoanalitica, orientate l'una dall'interno all'esterno e l'altra dall'esterno all'interno.

Se il paziente non riesce a includere i suoi conflitti nella relazione di transfert, vediamo che, al di là del transfert vero e proprio, egli manifesta tali conflitti, come ripetizioni, in tutte le attività e relazioni della sua vita. La coazione a ripetere al di fuori della situazione terapeutica prende il posto della tendenza a ricordare. Il passaggio all'atto ha luogo, principalmente, nell'ambito della famiglia. Bisogna chiarire a questo punto se il paziente, agendo così, evita la rielaborazione nell'ambito della relazione medico-paziente usando i suoi parenti come sostituti, o se il suo passaggio all'atto è talmente egosintonico da non permettergli di inserire i suoi conflitti nella relazione di transfert; l'influenza terapeutica, in entrambi i casi, viene evitata. Spesso è difficile farsi un'idea chiara. Anche se definiamo il passaggio all'atto semplicemente come quelle forme di comportamento al di fuori delle sedute che sostituiscono il ricordo e la rielaborazione dentro l'analisi, cioè che rappresentano ripetizioni, il tipo di relazione che il paziente ha con il suo partner determinerà in parte, per esempio, quanto il paziente riferirà ai suoi parenti sull'analisi. Un'informazione adeguata data al partner garantisce il carattere confidenziale della relazione del paziente con l'analista e assicura inoltre la sua lealtà di fronte al parente. Se il paziente parla in maniera inadeguata della sua analisi, può risvegliare l'ansia nel familiare, che viene indotto a intervenire. Se il paziente informa scarsamente i parenti sulla sua terapia, questi si sentono esclusi. Viene così rafforzato lo scetticismo eventualmente presente nei confronti dell'analista. Il passaggio all'atto deve essere prontamente interpretato se si vuole indurre nel paziente un cambiamento di comportamento.

Sovente succede che l'angoscia del paziente, per esempio il sentimento di stare cambiando mentre il coniuge non ha la possibilità di farlo, diventa così

opprimente che non si ottiene più alcun progresso terapeutico. In tal caso l'analista deve cedere al desiderio del paziente e concordare un colloquio chiarificatore con il partner. Un colloquio del genere può essere molto efficace quando il paziente è oppresso dal fatto che il partner si possa sentire escluso. Anche qui è necessario differenziare se l'inclusione di un parente corrisponde al desiderio del paziente o se è il parente che, per le proprie paure, cerca il contatto con l'analista. Se un paziente si rifugia nel trattamento e informa ben poco i familiari sulla sua analisi, questo comportamento può rafforzare il loro senso di emarginazione; essi si sentono a ragione terzi esclusi e tendono quindi a reagire contro questo stato di cose. Tali complicazioni sono particolarmente delicate, perché, da una parte dobbiamo salvaguardare la regressione del paziente e, dall'altra, un ritiro esagerato nella diade infantile può corrispondere spesso a un'eccessiva tendenza regressiva del paziente. Dobbiamo chiarire scrupolosamente la tendenza del paziente a escludere la realtà esterna e dobbiamo, a volte, neutralizzare la sua eccessiva tendenza alla regressione con interventi tecnici (per esempio il confronto con la realtà). Se ciò non ci riesce, e un familiare si intromette dall'esterno nel processo terapeutico, un colloquio congiunto può distendere la situazione. D'altra parte, può succedere che si debba proteggere la relazione bipersonale e sopportare la tensione emergente.

Meritano una particolare attenzione il desiderio o la richiesta, manifestati da una qualsiasi parte, di sottoporre anche il partner a terapia. Oltre che dal paziente, a causa del suo sentimento di colpa, questo desiderio può essere espresso dal partner per gelosia, perplessità, vendetta. I progressi del paziente possono risvegliare nel partner un desiderio fino allora represso di aiuto terapeutico, e ciò deve essere considerato con molta serietà. Potrà essere necessario cercare di chiarire se sia opportuno trasformare la terapia individuale in terapia di coppia. Subentrerà, in tal caso, la tematica della relazione interpersonale, lasciando nello sfondo i conflitti intrapsichici individuali. Spesso accade che molte di queste terapie di coppia sono la continuazione diretta di terapie individuali (Bolk-Weischedel, 1978). Talvolta può essere pure indicata la proposta di una terapia individuale separata del familiare, o si può indirizzarlo a un altro analista. Quest'ultima soluzione è preferibile quando la coppia sta pensando alla separazione.

Nonostante sembri che il problema dei parenti sia stato trascurato nella letteratura psicoanalitica, ci pare di scorgere un progressivo aumento di *inclusione* della famiglia del paziente nel progetto terapeutico. In parte, ciò dipende dall'ampliamento dello spettro di indicazione della psicoanalisi. Tra le persone che richiedono un trattamento ci sono, in proporzione maggiore, pazienti con problemi di sviluppo, personalità narcisistiche, casi borderline e psicotici. Accanto a pazienti con problemi di dipendenza da alcool e droghe, ci sono soprattutto quelli con problemi coniugali, con tutte le conseguenze. Dal

rilevamento fatto nel 1976 dalla American Psychoanalytic Association risultò un aumento di tecniche psicoterapeutiche derivate dalla psicoanalisi, tra cui terapie di coppia e della famiglia (Pulver, 1978). Nella pianificazione del trattamento sono dunque inclusi, in numero crescente, i congiunti del paziente.

L'inclusione dei parenti non solo è necessaria nel trattamento psicoterapeutico di bambini, psicotici o pazienti con un Io insufficientemente strutturato, ma anche in certi casi di nevrosi ossessiva. Un amico, per esempio, può servire da «Io ausiliario» (Freud, 1909a) e anche coniugi e partner possono assumere tale funzione. D'altra parte anche l'atteggiamento dell'analista è cambiato negli ultimi anni e si orienta ora più sul paziente che sul metodo, e inoltre è data maggiore importanza alla famiglia e all'ambiente di provenienza. La descrizione sintetica di Pulver (1978) contiene riferimenti a una maggiore flessibilità. Il mutamento dell'utenza richiede trattamenti modificati, tenendo così in maggior conto le relazioni interpersonali.

6.6 *Finanziamento da parte di terzi*

6.6.1 *Psicoanalisi e sistema assicurativo sanitario in Germania*

Pressoché tutti i pazienti che consultano uno psicoanalista nella Repubblica Federale Tedesca sono affiliati a una cassa mutua. Oltre il 90 per cento della popolazione gode dell'assicurazione obbligatoria. Chi ha un reddito mensile superiore a 4000 marchi oltrepassa i limiti dell'assicurazione obbligatoria e provvede volontariamente all'assicurazione contro la malattia tramite una cassa mutua privata. Al momento della prima intervista a molti pazienti non risulta chiaro se la loro cassa mutua si farà carico del costo del trattamento o quanto verrà loro rimborsato. Solo i pazienti più prudenti, che pianificano a lunga scadenza e già da tempo hanno considerato la possibilità di una psicoanalisi, sono anticipatamente informati e hanno un piano realistico di finanziamento. Coloro che godono dell'assicurazione obbligatoria, cioè gli iscritti alle casse mutue regolate dalla legge, quali le casse comunali, aziendali, artigianali, agricole, dei minatori e altre, presumono che in base al foglio di impegnativa, rilasciato perlopiù dal medico di famiglia, saranno trattati gratuitamente. Sanno che in caso di malattia hanno, in linea di principio, diritto a un trattamento gratuito e alla libera scelta del medico. Ma in maggioranza hanno idee molto vaghe sulla psicoterapia e sulla psicoanalisi.

Molti pazienti, tanto quelli inviati dal medico di famiglia che quelli che si presentano per loro scelta, non sanno che la psicoterapia dinamica e quella psicoanalitica sono riconosciute come metodi terapeutici dalle casse mutue e che lo psicoanalista viene a essere remunerato per le sue prestazioni entro un limite prefissato. In relazione a ciò l'incertezza è grande ed è associata a un'ampia gamma di reazioni concomitanti. I depressi partono dall'idea che la

psicoterapia non è riconosciuta dalla cassa mutua e che personalmente non sono in condizione di pagare l'onorario. Per altri è scontato avere diritto a una terapia gratuita per le loro difficoltà emotive e i loro problemi coniugali, anche quando questi non possono essere riconosciuti come malattia. I pazienti inviati a un ambulatorio psicoanalitico si informano presso la segretaria se la cassa mutua si prende carico dei costi. Coloro che godono dell'assicurazione obbligatoria, vale a dire circa il 90 per cento della popolazione, sanno, per precedenti esperienze di malattia, che l'impegnativa mutualistica per lo specialista garantisce loro una cura gratuita. Il medico non ha alcun diritto di chiedere a questi pazienti un ulteriore onorario oltre al rimborso stabilito, in base al foglio di impegnativa, dalla cassa mutua.

Nella fase degli accordi per l'inizio della terapia è opportuno informare il paziente dei criteri di massima che vigono nel caso di una terapia psicoanalitica, incluso il pagamento nel contesto dell'assistenza mutualistica pubblica o privata. Dato che si tratta di cose complicate che si confondono subito con significati soggettivi inconsci, lo psicoanalista non dovrebbe limitarsi a poche sparse informazioni. Deve innanzitutto conoscere bene egli stesso come è inserita nel sistema sanitario tedesco l'assistenza psicoterapeuta della popolazione. Consideriamo indispensabile informare il lettore sulle norme in vigore, anche se queste rappresentano solo la cornice esterna della terapia. È estremamente importante che il paziente e l'analista siano bene informati riguardo al ruolo svolto dalla terza parte nel finanziamento esterno, il cosiddetto «pagamento da parte di terzi», e ciò, a livello obiettivo, per poter capire il significato inconscio di questo terzo partecipante al patto e il gioco che si svolge reciprocamente tra l'interno e l'esterno della terapia. Se si trascura di dare chiare informazioni e continue interpretazioni insorgono confusioni che ostacolano il processo analitico.

Dobbiamo familiarizzare il lettore con i fatti banali relativi al mondo della psicoterapia psicoanalitica in Germania. Quanto meno ne sanno il paziente e l'analista sull'aspetto legale e il suo sviluppo storico, tanto più è difficile analizzare i molteplici significati inconsci collegati con il finanziamento da parte di terzi.

Ogni finanziamento esterno che provenga sia dalla cassa mutua che dai parenti del paziente crea complicazioni che presentano sviluppi esterni e interni, materiali e psichici. Ci riferiamo soprattutto alla situazione esistente nella Repubblica Federale Tedesca, ma non ci rivolgiamo solo al lettore tedesco. Il riconoscimento della psicoanalisi come una valida forma di terapia delle malattie psichiche ha fatto sì che in molte nazioni ne vengano sostenuti i costi dalle casse mutue. Ne è testimone l'uso internazionale di termini come *third party payment* (finanziamento da parte di terzi) e *peer report* (perizia da parte di un collega). Le soluzioni escogitate per il pagamento tramite le casse mutue variano notevolmente da nazione a nazione, coinvolgendo l'analista curante che propone la terapia e il parere peritale espresso da un altro analista su incarico della mutua;

crediamo tuttavia che alcuni problemi tipici siano universali, e che lettori di qualsiasi nazionalità potranno ricavare da queste pagine qualche idea sulla tecnica di trattamento. In base alle nostre conoscenze sulla situazione di molti altri paesi, siamo convinti che nella Repubblica Federale Tedesca, in un paese che, storicamente, non si è distinto molto spesso per la tendenza a buoni compromessi, sono state trovate delle buone soluzioni rispetto al finanziamento esterno delle terapie attraverso la mutua, lasciando un grande margine di flessibilità per ogni singolo caso. Il *third party payment* e il *peer report system*, che si sono affermati in Germania durante un decennio, stanno suscitando attualmente l'interesse di molti paesi (Cooper, 1984a; Rudominer, 1984). Le nostre esperienze meritano perciò l'interesse internazionale.

Le critiche fatte finora da stranieri come Parin (1978), Parin e Parin-Mathèy (1983b) e Maud Mannoni (1979) dimostrano che questi autori non si sono presi la briga di esaminare in modo accurato il nostro sistema prima di condannarlo. Lohmann (1980), certamente non favorevole alla psicoanalisi istituzionalizzata, ha respinto le asserzioni della Mannoni sul rapporto tra socializzazione e finanziamento e ha definito come grottesche e segno di ignoranza molte delle invettive di questa autrice, appartenente alla scuola di Lacan. Gli argomenti di Lohmann risultano validi, a parità di condizioni, anche per il pregiudizio ideologico di Parin (1978) contro la conduzione della psicoanalisi nel contesto del sistema sanitario tedesco. Contro il punto di vista di Parin si sono già opposti Boor e Moersch (1978) con argomenti obiettivi. Le discussioni degli ultimi anni tra i rappresentanti di varie associazioni psicoanalitiche europee indicano come sia difficile accogliere informazioni e smantellare i pregiudizi. La Groen-Prakken (1984) mette in rilievo l'innegabile vantaggio del fatto che in alcuni paesi i pazienti possono avere un trattamento psicoanalitico indipendentemente dalle loro possibilità finanziarie. Nell'insieme però prevale la preoccupazione per la temuta interferenza da parte di chi provvede al finanziamento. «Intrusione», «ostacolo», sono le parole più frequenti nel vocabolario di queste discussioni. Provvedendo al finanziamento vari tipi di casse mutue, delle assicurazioni private o del servizio sanitario nazionale, parte contraente e controparte sono diverse in ogni paese, ma nel mondo occidentale è auspicabile che i governi democratici e le casse mutue, che dovrebbero essere al servizio del benessere comune, rispettino la relazione medico-paziente secondo le norme intese a tutelare la riservatezza dei dati personali e il segreto professionale, e non invadano la sfera privata, eludendo le regole della discrezione. Si tratta, quindi, di trovare soluzioni che, da un lato, assicurino i diritti dell'individuo e, dall'altro, siano in armonia con gli statuti legali delle casse mutue. Le discussioni che si fanno ora in tutto il mondo sul *third party payment* ci ricordano in modo vivo le controversie sulla regolamentazione dell'assistenza sanitaria nella Germania Occidentale prima dell'introduzione dell'attuale sistema. Dobbiamo essere grati all'impegno di alcuni medici, tra cui

anche psicoanalisti, se è stato possibile stabilire tra le casse mutue e la Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV; l'organizzazione sindacale nazionale dei medici, che regola i problemi di salute pubblica e di pagamento degli onorari per le cure mediche) un contratto trasparente con normative chiare che escludono interferenze e manipolazioni, dando la possibilità agli iscritti alla mutua di accedere alle psicoterapie psicoanalitiche in una dimensione prima impensabile. Fino agli anni sessanta gli psicoanalisti, seguendo l'esempio dell'Istituto psicoanalitico di Berlino (1920-1933), hanno trattato non pochi pazienti quasi gratuitamente per un senso di responsabilità sociale (Boor e Künzler, 1963).

Per primo vogliamo trattare l'aspetto esterno del sistema di funzionamento delle casse mutue. Il paziente che fruisce dell'assicurazione obbligatoria non paga direttamente l'onorario; non gli viene presentato un conto, e non riceve alcuna fattura; lo psicoanalista riceve il suo onorario tramite la sezione della KBV a cui appartiene. Il paziente, ad ogni modo, in questa transazione, ha una considerevole partecipazione finanziaria, dato che, per anni, paga una discreta parte del suo reddito (per esempio, l'affiliato a una cassa mutua integrativa paga circa 5000 DM all'anno) sotto forma di assicurazione generale per la salute, che include l'eventualità di una malattia i cui costi non potrebbe sostenere da solo. Con questi contributi, in caso di malattia, ottiene il diritto al trattamento medico gratuito. È necessario sottolineare che nel sistema assicurativo tedesco, che risale a Bismarck e che per motivi storici è stato sempre chiamato nello stesso modo (*Reichsversicherungsordnung*, RVO), i diritti del paziente a un indennizzo legale non sono sanciti dallo Stato ma dalla cassa mutua di cui l'assicurato fa parte. Il sistema tedesco delle assicurazioni sociali è sì controllato dallo Stato, ma non è un servizio sanitario nazionale nel senso dei paesi socialisti, o come quello inglese.

Il paziente sa quanto gli viene trattenuto ogni mese dallo stipendio come contributo alla cassa malattia, e può fare il conto di quanto ha pagato nel corso degli anni e quante volte ha usufruito dei servizi della cassa mutua. È libero di scegliere il medico. Così come le casse mutue legali sono riunite nell'ambito della RVO, così i medici formano una corporazione nella KBV.

Gli onorari per le prestazioni mediche sono concordati tra le società assicurative obbligatorie o volontarie e la confederazione dei medici; vale a dire che le casse mutue, come società degli assicurati, hanno l'obbligo di pagamento nei confronti della KBV, come società dei medici generici o specialisti, che a loro volta si assumono degli obblighi. La confederazione dei medici convenzionati raggruppa le federazioni dei medici convenzionati di ogni regione della Repubblica Federale Tedesca. Ognuna di queste ha da una parte l'obbligo di garantire l'assistenza ai soci della RVO e delle casse volontarie (90% della popolazione) e dall'altra rappresenta gli interessi dei medici nelle trattative con la società di assicurazione. È superfluo aggiungere che ogni definizione sull'ammontare dell'onorario per le prestazioni mediche comporta compromessi pat-

tuiti in sede politica, in considerazione della situazione economica generale. La specifica regolamentazione attuale relativa alla psicoterapia psicoanalitica e a quella a orientamento psicodinamico rappresenta sotto molti aspetti uno di questi compromessi, e ne discuteremo dettagliatamente più avanti.

Le norme valide per l'accettazione delle spese di una terapia psicoanalitica da parte dell'assicurazione sono fissate dalla RVO. La maggior parte degli analisti si occupa malvolentieri delle noie che comporta tale tipo di pagamento e, naturalmente, tanto meno uno se ne occupa tanto più complicate appaiono le cose. La presenza virtuale del terzo, cioè il finanziatore della cura, è considerata un fattore di disturbo del processo psicoanalitico ideale, concepito come puramente diadico. Perciò non stupisce che la nostalgia per i bei tempi antichi, quando la questione dell'onorario era un fatto del tutto privato, aumenti con la socializzazione del finanziamento.

Comunque, il passato è glorificato da leggende. Com'era veramente possiamo dedurlo oggi dai paesi dove la terapia psicoanalitica non è pagata dalle casse mutue. I tempi antichi erano «belli», per quanto riguarda l'assistenza psicoanalitica dei malati psichici, solo per un piccolissimo gruppo di persone. Per la maggior parte erano tempi bruttissimi. In tutti i paesi in cui le casse mutue non partecipano, o partecipano in misura insufficiente, alle spese di un trattamento psicoanalitico, solo i benestanti possono permettersi una psicoanalisi. Troviamo là ancora le stesse circostanze delle quali si lamentò Freud nel famoso discorso di Budapest, alla fine della prima guerra mondiale, cioè il fatto che ampi strati di popolazione soffrono terribilmente per nevrosi senza che accada qualcosa. Come egli scrisse, è possibile prevedere che «un giorno o l'altro la coscienza della società si desti e rammenti agli uomini che il povero ha diritto all'assistenza psicologica né più né meno come ha diritto già ora all'intervento chirurgico che gli salverà la vita» (1918a, p. 27).

In alcuni paesi del mondo occidentale questa previsione di Freud si è avverata, almeno parzialmente. Il problema del finanziamento esterno, come dimostrano le discussioni degli ultimi decenni, è diventato un aspetto tecnico molto discusso. Stupisce che questo argomento sia giunto solo di recente a costituire un problema; i malati gravi, le casalinghe, gli adolescenti e i bambini privi di beni ereditati e di entrate al di sopra della media sono dipesi da sempre dall'assistenza da parte di terzi. E qui va sottolineato che tra questi il gruppo maggiore, dipendente soprattutto dal finanziamento da parte di terzi, è costituito da bambini e adolescenti. Vogliamo sottolineare con vigore la grande importanza dell'assunzione delle spese della terapia psicoanalitica di bambini e adolescenti nell'ambito degli accordi contrattuali tra casse mutue e medici, perché in generale in questo libro ci siamo limitati alla terapia degli adulti. Lo stanziamento dei fondi necessari assicura la terapia anche ai bambini economicamente dipendenti. Il trattamento precoce di crisi tipiche di particolari fasi di sviluppo e di strutture nevrotiche *in statu nascendi* è stato reso possibile soltanto

con l'introduzione della psicoterapia psicodinamica e di quella psicoanalitica nell'assistenza mutualistica. È ovvio che il trattamento precoce delle nevrosi infantili, già allo stadio d'insorgenza, è della massima importanza psicosociale e preventiva.

La dipendenza economica dal coniuge da parenti prossimi o da ricchi conoscenti, anche se esiste l'obbligo legale di aiuto economico, porta a complicazioni che saranno discusse più avanti (vedi oltre, 6.6.2). Ulteriori difficoltà tecniche nel trattamento si presentano in pazienti indipendenti economicamente che pagano di tasca propria con denaro che non hanno guadagnato da sé. L'uomo dei lupi è un buon esempio di tale situazione. Originariamente molto ricco, divenne povero in seguito alla rivoluzione russa. Tuttavia, dopo la sua emigrazione, Freud continuò a curarlo gratuitamente e persino lo aiutò indirettamente (con una colletta).

Crediamo che, nella maggior parte dei casi, i pazienti e quindi gli analisti siano sempre dipesi, direttamente o indirettamente, dal finanziamento da parte di terzi. Per ovvi motivi fu idealizzato il pagamento individuale autonomo da parte di una minoranza. Nei casi di persone che pagano da sé la propria terapia si evitano molte complicazioni, inevitabili nella dipendenza economica da terzi. Perciò il processo psicoanalitico ideale (con una meta «interminabile») fu concepito con un paziente immaginario il cui successo professionale dimostra buone funzioni dell'Io, anche se limitate dalla nevrosi, e che è in grado di pagare l'analista in maniera adeguata con i propri mezzi.

Anche il cosiddetto paziente privato, finanziariamente indipendente, oggi ricorre di regola a un finanziamento parziale esterno, a cui ha diritto. I problemi che nascono nel trattamento psicoanalitico di pazienti ricchi e potenti sono, come si può arguire dalla pubblicazione di Cremerius, Hoffmann e Trimborn (1979), molto maggiori di quanto vorrebbe indicare l'idealizzazione di chi paga autonomamente. Anche i pazienti molto ricchi hanno, con pochissime eccezioni, una copertura finanziaria alle spalle, tramite una compagnia privata di assicurazione. Essi si aspettano, ed è un'aspettativa realistica, che la loro richiesta di rimborso alla cassa mutua privata, corredata di una relazione clinica dell'analista curante, venga accettata e porti almeno a un rimborso parziale delle spese di trattamento. Gli impiegati pubblici ottengono un contributo che copre circa il 60 per cento degli onorari.

Circa cinquant'anni dopo il discorso di Budapest (Freud, 1918a) si arrivò finalmente nella Germania Occidentale a riconoscere come malattia la nevrosi; quindi le casse mutue obbligatorie dovevano sostenerne le spese terapeutiche. Si fece troppo poca attenzione al fatto che il terreno per una vasta applicazione della psicoanalisi era stato spianato dalle esperienze del poliambulatorio del vecchio Istituto psicoanalitico di Berlino, negli anni venti. In questa istituzione fondata da Max Eitingon i pazienti poveri venivano trattati in cambio di un onorario minimo che non copriva assolutamente le spese e che non era devo-

luto agli analisti, ma all'Istituto. La prima istituzione di questo tipo nel mondo doveva la sua esistenza non solo alla generosità del benefattore Max Eitingon, ma anche all'idealismo dei suoi membri e candidati in formazione, che mettevano a disposizione il loro tempo del tutto gratuitamente. La capacità di questo ambulatorio non era grande, ma anche il numero relativamente basso dei pazienti che venivano trattati bastava per sminuire la preoccupazione espressa da Freud nel menzionato discorso di Budapest. Benché egli credesse che nella psicoterapia estesa alle masse sarebbero stati adottati gli elementi più efficaci e significativi della psicoanalisi più rigorosa e imparziale, Freud temeva che «il puro oro dell'analisi» si sarebbe legato abbondantemente con «il bronzo della suggestione diretta» (1918a, p. 28). Anche il trattamento basato sull'ipnosi, e persino l'integrazione della prestazione di appoggio psichico con il sussidio materiale, avrebbero trovato un posto in questa futura psicoterapia per ampi strati della popolazione.

La contrapposizione freudiana della psicoanalisi rigorosa e imparziale alla sua applicazione alle masse lasciò dietro di sé, anche a causa della metafora dell'oro puro e del bronzo, un effetto che perdura tuttora. Per questo risulta tanto più importante studiare il rapporto di Radó, Fenichel e Müller-Braunschweig (1930) sui dieci anni di attività dell'Istituto psicoanalitico di Berlino, da dove appare che la vasta applicazione della psicoanalisi (che in nessun caso può essere definita «di massa») non comportò nessun ritorno a una suggestione grossolana. La prefazione di Freud (1930a) a questo rapporto mise in rilievo l'importanza dell'Istituto nella sua triplice funzione di centro di insegnamento, ricerca e assistenza ai malati. Simmel (1930) sottolineò che il trattamento *ambulatoriale* dei proletari e dei pazienti assistiti dalla cassa mutua obbligatoria non si differenziava in nulla da quello dei pazienti privati.

Nel 1946, tra le rovine di Berlino del dopoguerra, Kemper e Schultz-Hencke riuscirono a fondare un Istituto centrale per malattie psicogene, dipendente da un'assicurazione locale, che divenne poi la Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin (cassa malattia generale di Berlino). In un lavoro retrospettivo Baumeyer (1971) e Dräger (1971) rilevarono a ragione la grande importanza sociale di questa fondazione pionieristica: «Essa fu il primo passo nel riconoscimento della nevrosi come malattia da parte di una istituzione pubblica in Germania. Per la prima volta un'assicurazione sociale si assumeva il carico delle spese di trattamento psicoanalitico o psicoterapeutico» (Dräger, 1971, p. 267). Per la prima volta, in questa istituzione, fu possibile eseguire trattamenti psicodinamici su pazienti mutualistici senza pagamento diretto da parte loro, e in un numero di casi di gran lunga superiore a quello dell'ambulatorio del vecchio Istituto psicoanalitico di Berlino. Degne di menzione sono le ricerche pionieristiche di Dührssen (1962) relative alla valutazione catamnestiche di 1004 pazienti sottoposti a trattamento analitico in questo Istituto, che dimostrarono l'efficacia della cura.

Baumeyer (1971, p. 231) ha giustamente messo in rilievo come l'attività di questo istituto centrale abbia sostanzialmente contribuito al superamento delle resistenze del sistema di assicurazione sociale verso i trattamenti a orientamento psicodinamico: «L'istituto centrale per le malattie psicogene fornì alla Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (Società tedesca di psicoterapia e psicologia dinamica) una gran parte degli argomenti che, finalmente, dopo lunghe e faticose trattative, hanno portato a un esito positivo» (cioè al riconoscimento della psicoanalisi, come metodo terapeutico, da parte delle casse mutue).

Il riconoscimento della nevrosi come malattia fu il presupposto per cui nel 1967 la cosiddetta psicoterapia standard fu introdotta nell'elenco delle prestazioni dei maggiori enti di assicurazione per malattia, seguita poi, nel 1971, dalla maggior parte delle istituzioni pubbliche (Haarstrick, 1976; Faber, 1981). In tale sistema mutualistico furono predisposte alcune limitazioni negli obblighi delle casse mutue obbligatorie e di quelle private. Il sistema assicurativo dà la possibilità ai malati di qualsiasi strato sociale, indipendentemente dalla loro condizione, di avere, al momento del bisogno, il necessario trattamento medico ospedaliero e ambulatoriale. A parte pochi casi eccezionali le casse mutue RVO non prevedono una partecipazione del paziente alle spese, oltre al pagamento del notevole contributo di appartenenza alla compagnia assicurativa (circa il 14% del reddito). Le relative disposizioni legali esclusero quindi anche per la terapia psicoanalitica la compartecipazione individuale alle spese del trattamento. Data l'esplosione dei costi nel sistema sanitario, ci si deve aspettare prima o poi un cambiamento della legge. Accenniamo marginalmente che, secondo noi, una soluzione socialmente equa, consistente nel fissare quote di compartecipazione individuale, comporterebbe problemi difficilmente risolvibili. Comunque, per il momento, la normativa legale vigente dà diritto a una psicoterapia gratuita ai pazienti assicurati, in base a determinate norme che presenteremo ora nei dettagli.

Nella formulazione delle norme per l'applicazione delle psicoterapie psicodinamiche e psicoanalitiche del marzo 1984, viene definito il metodo di queste due forme di terapia con la rispettiva delimitazione del campo di indicazione. I punti più importanti del testo sono i seguenti:

La psicoterapia psicodinamica e quella psicoanalitica, nel senso qui definito, sono forme di psicoterapia a orientamento etiologico che fanno oggetto del trattamento la psicodinamica inconscia di disturbi nevrotici con sintomi psichici e/o somatici. Le tecniche di psicoterapia che non corrispondono alle descrizioni di psicoterapia a orientamento psicodinamico e di terapia psicoanalitica, definite qui di seguito, non sono oggetto di assistenza medica convenzionata:

- a) la *psicoterapia a orientamento psicodinamico* comprende le forme di terapia che trattano conflitti nevrotici attualmente attivi ma perseguono lo scopo di focalizzare il processo terapeutico mediante la delimitazione dell'obiettivo terapeutico, l'uso di un procedimento centrato sul conflitto e il contenimento di tendenze regressive;
- b) la *terapia psicoanalitica* comprende quelle forme di terapia che trattano insieme ai sintomi ne-

vrotici anche gli elementi nevrotici del conflitto in base alla struttura nevrotica del paziente, avviando e stimolando il processo terapeutico per mezzo dell'analisi del transfert e della resistenza e l'utilizzazione dei processi regressivi.

Alla psicoterapia a orientamento psicodinamico appartengono le terapie focali brevi e le psicoterapie dinamiche che mettono in luce e rielaborano i conflitti. Queste terapie brevi che derivano dal punto di vista dinamico della psicoanalisi hanno dimostrato la loro efficacia, come risulta dalle ricerche (Malan, 1976; Luborsky, 1984; Strupp e Binder, 1984). La psicoterapia espressiva di Kernberg (1984), che si basa sullo studio catamnestico della Menninger Foundation (Kernberg, Bursteine e altri, 1972; Wallerstein, 1986), corrisponde a quelle che si chiamano, in Germania, tecniche di trattamento rivelatrici del conflitto, a orientamento psicodinamico.

Dalla definizione del metodo della *terapia psicoanalitica* il lettore può arguire che qui sono pienamente considerati i fattori che Freud riteneva i pilastri fondamentali della psicoanalisi, cioè transfert e resistenza, insieme all'uso terapeutico della regressione. L'applicazione di entrambe le forme di terapia nel contesto della regolamentazione delle casse mutue è limitata per principio alle malattie il cui decorso può essere influenzato in senso positivo. Il terapeuta deve essere in grado di rendere plausibile all'analista che fa la perizia che la terapia prevista può portare ad alleviare, migliorare o guarire la malattia nevrotica o psicosomatica in questione. Nel modulo della domanda, che descriveremo sotto per sommi capi, deve essere descritta e motivata una prognosi condizionale. Vale a dire, devono essere addotte sia le condizioni che hanno fatto sì che i sintomi assumessero uno statuto di malattia sia i fattori che le mantengono. Il fattore decisivo rispetto alla prognosi è costituito dalle condizioni di *cambiamento* che ambedue le parti, paziente e analista, si ritengono in grado di creare. L'analista deve valutare, in ogni singolo caso, che cosa si aspetta da sé stesso e dal paziente dopo aver risvegliato in lui le speranze accettandolo in terapia, con le responsabilità che ciò implica. In questo contesto l'analista deve dichiarare al collega che fa la perizia i propri criteri prognostici, deve cioè dire su che cosa poggia la sua aspettativa di un eventuale miglioramento.

Nelle norme per l'applicazione delle psicoterapie sopra ricordate, le indicazioni per entrambe le forme di terapia sono state definite come segue:

- a) disturbi psichici reattivi (per esempio nevrosi d'angoscia, fobie, depressioni nevrotiche);
- b) nevrosi di conversione, nevrosi d'organo;
- c) disturbi funzionali vegetativi con accertata etiologia psichica;
- d) arresto dello sviluppo psichico dovuto a stati di carenza nella prima infanzia; in casi eccezionali, arresti dello sviluppo psichico in rapporto con lesioni somatiche e/o della prima infanzia o malformazioni;
- e) arresti dello sviluppo psichico come conseguenza di gravi malattie croniche quando sussiste ancora qualche possibilità per l'applicazione di una psicoterapia psicodinamicamente orientata o psicoanalitica (per esempio nelle malattie reumatiche a decorso cronico, alcune forme particolari di psicosi);

f) arresti dello sviluppo psichico dovuti a situazioni estreme che hanno come conseguenza un grave danno della personalità (ad esempio carcerazione prolungata, gravi traumi psichici).

L'ambito dell'indicazione è inoltre tracciato da un elenco negativo, in cui è stabilito in quali circostanze la cassa mutua *non* si assume le spese di una psicoterapia:

La psicoterapia psicodinamica e quella psicoanalitica non sono prestazioni riconosciute dall'assicurazione obbligatoria e non fanno parte dell'assistenza medica convenzionata se non servono a guarire o migliorare da una malattia o non portano alla riabilitazione medica. Ciò vale particolarmente per misure indirizzate esclusivamente all'adattamento sociale e lavorativo o ai fini della carriera o all'educazione dei bambini e cose simili.

Per quanto riguarda la riabilitazione devono essere considerati i seguenti punti:

Se indicata esclusivamente come misura di riabilitazione medica, la psicoterapia psicodinamica o quella psicoanalitica possono essere applicate solo quando i fattori psicodinamici hanno una parte essenziale negli impedimenti dello sviluppo psichico o nei suoi effetti e quando, mediante queste due forme di terapia, il paziente può essere reintegrato il più a lungo possibile nel mondo del lavoro e nella società.

L'applicazione di queste due forme di psicoterapia è quindi, per vari aspetti, delimitata dall'esterno e internamente circoscritta. La sua portata è definita in termini metodologici e nosologicamente orientata (come campo di indicazione), ma nello stesso tempo abbastanza adatta al caso individuale, poiché implica la valutazione di motivazioni e adattabilità di ogni singolo paziente in vista di un possibile o probabile successo terapeutico. Qui ci troviamo di fronte alla triade di necessità, opportunità ed economia che il medico, in Germania, deve prendere in considerazione nella sua attività diagnostica e terapeutica, e che lo obbliga a esaminare l'efficacia della sua terapia e a giustificarla di fronte alla comunità degli assistiti nei termini della triade menzionata. L'analista scelto per il trattamento presenta la motivazione del progetto terapeutico in una domanda dove i dati personali del paziente sono cifrati. Questa domanda viene esaminata da un perito indipendente, un analista, sia dal punto di vista formale che da quello del contenuto. Il perito deve giudicare l'adempimento dei presupposti elencati sopra (tipo di malattia e indicazione terapeutica) e ha pertanto una funzione ben definita. Non esercita alcuna influenza personale sul processo terapeutico e sul modo in cui questo è condotto. La sua funzione, naturalmente, gli conferisce un ruolo importante che, specialmente nel caso di una richiesta di prolungamento della terapia, può avere effetti sul transfert del paziente. A questo punto non si può dimenticare che anche sotto questo aspetto la diade analitica è una triade che include un terzo assente.

Intervengono inevitabili complicazioni qualora l'analista e il paziente trascurino di dare peso al fatto che, rispetto a molti fattori, essi costituiscono due

lati di un triangolo. Quanto meno si chiarisce e si interpreta, in terapia, il ruolo del perito, tanto più egli si presta a essere usato come schermo proiettivo. Gli si può ascrivere la parte dell'oste, che presenta il conto. Il prolungamento o l'abbreviazione della terapia dipendono effettivamente dal perito, che è inoltre costretto a rispettare i limiti del tempo di trattamento fissati dal regolamento: «Nella terapia psicoanalitica, di regola, ci si deve attendere un risultato soddisfacente in 160 ore, e in casi particolari essa può essere estesa a 240 ore.» In circostanze eccezionali è possibile ottenere, se ampiamente giustificato, un prolungamento della terapia psicoanalitica fino a 300 sedute, che non rappresentano comunque un limite assoluto. Nella discussione relativa alla richiesta di prolungamento sarà illustrato quali siano le eccezioni previste. È ovvio che nella regolamentazione sulla realizzazione delle psicoterapie psicodinamiche e di quelle psicoanalitiche si è giunti a un compromesso che include diversi aspetti. La nostra valutazione positiva di questo compromesso sarà ancora più evidente quando esamineremo (6.6.2) gli effetti dell'accordo contrattuale sul processo psicoanalitico.

A questo punto vorremmo ancora richiamare l'attenzione su un aspetto di politica professionale. L'introduzione della terapia psicoanalitica tra le prestazioni coperte dalle casse mutue ebbe come conseguenza che medici adeguatamente qualificati furono abilitati a prestare i loro servizi psicoterapeutici specifici nell'ambito previsto dal regolamento. È per questo motivo che, in genere, i medici che si sono anche qualificati come psicoanalisti non svolgono un'attività medica a tempo pieno in altri campi (medicina generale o specialistica). Il loro contratto con la KBV, cioè la loro abilitazione, è limitato alla psicoanalisi e alla psicoterapia psicodinamica. Nell'assistenza psicoanalitica agli iscritti alle casse mutue sono inclusi, e ciò ha una rilevanza storica, anche psicoanalisti non medici (oggi il requisito è che abbiano conseguito la laurea in psicologia) che abbiano realizzato una formazione psicoanalitica di vari anni in istituti accreditati. È un equivoco definire «analisti profani» questi psicoanalisti privi di laurea in medicina. Sessant'anni fa un processo contro Reik, psicologo con formazione psicoanalitica, indusse Freud (1926b) a scrivere *Il problema dell'analisi condotta da non medici*. L'imputazione di ciarlataneria contro Reik fu a suo tempo lasciata cadere, ma in Austria gli psicoanalisti senza laurea in medicina non avevano il permesso di esercitare la professione nell'ambito del sistema sanitario (Leupold-Löwenthal, 1984). La soluzione, raggiunta nella Repubblica Federale Tedesca, di inserire gli psicoanalisti non medici nell'assistenza sanitaria pubblica ha un significato esemplare nella storia della psicoanalisi.

Il riconoscimento della nevrosi come malattia ebbe la conseguenza di orientare l'obiettivo terapeutico della psicoanalisi verso la concezione medica della malattia. L'obbligo delle casse mutue di assumersi le spese è legato, da una parte, alla presenza di sintomi patognomonici e, dall'altra, all'adempimento della triade di necessità, opportunità e beneficio. Questi criteri formano

il filo conduttore che deve essere preso in considerazione dal medico convenzionato con la cassa mutua nelle sue misure diagnostiche e terapeutiche. Ma deve essere pure considerato che esiste una possibilità di passaggio senza soluzione di continuità tra le nevrosi e i disturbi caratteriali, la cui terapia non è di competenza delle casse mutue.

6.6.2 Effetti della normativa dell'assistenza sociosanitaria sul processo psicoanalitico

Il processo psicoanalitico dipende da una moltitudine di circostanze che saranno discusse più avanti (capp. 8 e 9). Qui ci limitiamo a rilevare alcuni tipici effetti della normativa dell'assistenza mutualistica. Prima di addentrarci nel commento delle inevitabili complicazioni, desideriamo fare una constatazione positiva, che deriva dalla nostra esperienza con le norme e che si integra con i punti di vista dei pazienti, degli analisti convenzionati e degli analisti periti. La tesi è la seguente: *ogni* finanziamento da parte di terzi influenza il decorso terapeutico provocando problemi tipici, che per ovvi motivi non insorgono quando il pagamento è completamente personale. Le complicazioni che nascono in maniera tipica nelle psicoanalisi sovvenzionate dal sistema assicurativo tedesco possono essere risolte con mezzi psicoanalitici, vale a dire mediante l'interpretazione. La nostra esperienza conferma l'aspettativa espressa da Eissler (1974) che la tecnica classica possa essere applicata anche quando il pagamento del trattamento è effettuato dalle casse mutue.

L'elaborazione della tematica orale e anale diventa più complicata quando il pagamento dell'analista è indiretto, ma non impossibile. Ehebald (1978) e Cremerius (1981a) hanno confutato con buoni argomenti la concezione, ampiamente accettata, che Kemper (1950) ha espresso con molta chiarezza, secondo la quale il pagamento personale è addirittura la forza motrice dell'analisi.

Le norme comportano indubbiamente anche dei limiti, ed è di essenziale importanza che i parametri sociali siano inclusi nel lavoro interpretativo. Si può vedere allora che il pagamento da parte di una cassa mutua dà agio, primariamente, nonostante i limiti, a un ampio margine di libertà. Il paziente e l'analista possono muoversi per un buon tratto in un campo finanziariamente sicuro. La dipendenza dalla cassa assicurativa apre a entrambi gli interessati una libertà d'azione senza la quale non sarebbero garantiti né le condizioni necessarie alla cura né i mezzi materiali per la sussistenza dell'analista. Se le casse mutue non si fossero addossate i costi della terapia psicoanalitica la maggior parte delle persone bisognose di trattamento psicoterapeutico avrebbero dovuto rinunciare e gli psicoanalisti avrebbero dovuto dipendere da un piccolo numero di pazienti in grado di pagare per conto proprio. Perciò facciamo rilevare ancora una volta che dal 1967 nella Germania Occidentale tutti coloro che godono dell'assicurazione obbligatoria, se presentano sintomi nevrotici che hanno valore di malattia, hanno *diritto* a una psicoterapia orientata

etiologicamente. Il paziente senza mezzi propri non dipende più dalla generosità di un amico o di un parente disposto a pagare le spese. La possibilità di fare l'analisi non dipende più da fattori economici, che inevitabilmente, in passato, influenzavano oltre misura il lungo processo decisionale. Un onorario non adeguato alla prestazione di lunga durata e altamente qualificata dell'analista determina notevoli difficoltà per entrambe le parti. Queste difficoltà possono variare per molteplici motivi. Perciò Freud, da una parte, riferì esperienze negative nei trattamenti gratuiti, e dall'altra assicurò che «si trovano pure, a volte, persone eccellenti che si trovano in miseria senza averne colpa, e per le quali il trattamento gratuito non urta contro gli ostacoli anzidetti e raggiunge anzi brillanti risultati» (1913b, p. 343).

L'assunzione delle spese da parte della cassa mutua rende il paziente indipendente anche dalla generosità dell'analista. In molti paesi si conta ancora sempre sullo spirito di sacrificio degli analisti e la responsabilità sociale è scaricata sulle istituzioni psicoanalitiche ambulatoriali dove giovani analisti già formati o candidati in formazione trattano i pazienti con onorari bassissimi che non coprono nemmeno le loro proprie spese. In molti posti analisti esperti, che esercitano privatamente la professione, si mettono gratuitamente a disposizione come supervisori. Dove non è stata trovata finora una soluzione analoga a quella del sistema tedesco di assicurazione sociale c'è ancora la situazione del vecchio Istituto psicoanalitico di Berlino, fondato con mezzi privati da Eitingon, che permetteva ai pazienti con scarse possibilità economiche di essere trattati quasi gratuitamente.

Il contrasto tra la situazione odierna in Germania e quella dei paesi privi di simili provvedimenti assistenziali psicoterapeutici è lampante. Da noi l'onorario di un analista è di 80-100 marchi per seduta. Il suo lavoro giornaliero comporta otto-dieci sedute. Il suo reddito è sicuro e facilmente calcolabile, ma è modesto in confronto ad altri specialisti, se si considera quanto è lunga e costosa la sua formazione analitica.

Nel tariffario dei diritti, la prestazione personale dello psicoanalista per ogni seduta è sempre, in complesso, ancora sottovalutata, e in particolare nei confronti di quella di coloro che svolgono un lavoro molto specializzato che richiede molto tempo e lavoro personale. Ciò riflette tra l'altro un'idealizzazione ampiamente diffusa, che va di pari passo con una svalutazione. Le prestazioni dello psicoterapeuta sono state innalzate a un livello alto e immateriale e glorificate; non si possono collegare a cose terrene e allo sporco denaro; dovrebbero essere gratuite e, quindi, non essere esercitate su un piano professionale. D'altro lato gli psicoterapeuti sono svalutati tanto da profani che da medici con l'accusa che «non fanno altro che parlare, ciò non può servire a niente e perciò non deve costare niente».

Idealizzazione e svalutazione esigono un prezzo nell'economia psichica dell'individuo; e chi paga il conto? Se il paziente non paga l'analista di tasca

propria, non si realizza la possibilità di sperimentare una ricompensa diretta e simbolica. Per questo è essenziale considerare, cioè interpretare, il compenso dell'analista mediato dalla cassa mutua a cui è affiliato il paziente. La funzione del terzo deve essere chiarita continuamente per il suo molteplice significato nell'interazione tra paziente e analista, perché l'analista possa annullare, nell'analisi, distorsioni e proiezioni di aspetti del proprio Sé. L'associazione di idealizzazione e svalutazione col pagamento ci è qui servita come esempio, uno dei tanti. Dobbiamo a Cremerius (1981a) lo studio sistematico dei molti aspetti dell'influenza del pagamento tramite cassa mutua sulla relazione tra paziente e analista così come sullo sviluppo e sulla configurazione della nevrosi di transfert. Con il riconoscimento della psicoanalisi come terapia inclusa nella RVO è aumentato anche il prestigio sociale della professione. Questo fattore si ripercuote, indubbiamente, in maniera favorevole tanto sul paziente che sull'analista, anche se non è questa la dimensione fondamentale per la strutturazione di una relazione basata sulla fiducia.

Il pagamento della terapia psicoanalitica da parte delle casse mutue ha creato una base che ha reso l'analista indipendente da pazienti benestanti che pagano puntualmente i loro conti. Ora può portare a termine le interviste iniziali (fino a sei colloqui come base per la domanda) centrate esclusivamente sul paziente perché nella scelta del procedimento terapeutico è libero dalla considerazione delle disponibilità economiche del paziente (Ehebal, 1978). Lo psicoanalista che oggi pratica la professione nella Repubblica Federale Tedesca non è costretto a preoccuparsi (come Freud e Eissler) di quanti trattamenti gratuiti o terapie a basso onorario può conciliare con il tenore di vita della sua famiglia. A questo punto ricordiamo le seguenti riflessioni di Freud (1913b, p. 342): «Si tenga conto che un trattamento gratuito significa per lo psicoanalista molto di più che per qualsiasi altro medico; significa cioè la sottrazione di una quota rilevante del suo tempo disponibile per il guadagno (...) e ciò per la durata di molti mesi.» Un secondo trattamento gratuito limiterà la possibilità di guadagno in modo tale «che dovrebbe essere equiparato all'effetto di un grave incidente traumatico». Freud si chiede allora «se il vantaggio per il malato bilancia in qualche modo il sacrificio del medico».

Interpretiamo quest'ultima considerazione di Freud nel senso che si tratta di trovare una soluzione accettabile per *entrambe* le parti. Perciò abbiamo sottolineato che il paziente, con i contributi alla cassa mutua, finanzia in parte da solo la sua terapia; il fatto che il disavanzo sia pagato dal gruppo degli assicurati rafforza nel paziente il sentimento di far parte della società. A differenza dei problemi difficilmente risolvibili sotto un profilo psicoanalitico che si presentano nei trattamenti gratuiti o nelle terapie ampiamente sotto costo degli ambulatori, le difficoltà conseguenti al fatto che il paziente con assicurazione obbligatoria non paga direttamente di tasca propria l'onorario, ma lo fa in sua vece la cassa mutua, possono essere superate con l'interpretazione. Il contro-

transfert dell'analista è molto meno disturbato se la sua prestazione è sufficientemente remunerata e, in questo senso, sostanzialmente non ha importanza da dove proviene il denaro.

Gli analisti principianti, i candidati in formazione, o i giovani analisti stranieri che trattano quasi gratis i pazienti negli ambulatori degli istituti psicoanalitici e spesso devono pagare di tasca propria anche l'onorario della supervisione, sono sottoposti a un notevole peso. Queste difficoltà diventano palesi alla fine del training, cui spesso segue rapidamente la cessazione di tali analisi poco remunerative. Nonostante le grandi difficoltà tecniche di trattamento di singoli casi, che furono discusse nel 1978 in occasione di un congresso della Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, siamo del parere di Cremerius (1981a), che il pagamento indiretto non rappresenti un serio ostacolo per il processo psicoanalitico. Le complicazioni inerenti alla normativa della psicoterapia stanno, come ora vedremo, in un'area diversa.

L'insorgenza di problemi dipende dalla correlazione delle norme relative alla psicoterapia con il *concetto medico di malattia* e con la *delimitazione temporale* alla prestazione medica imposta dalle casse mutue con i criteri di necessità, opportunità e beneficio. Le norme riflettono il compromesso tra le esigenze della terapia psicoanalitica e le disposizioni legali. Esaminiamo dapprima la *concordanza* tra norme e prassi psicoanalitica. A questo scopo presentiamo al lettore le sezioni 6 e 9 del formulario che deve essere compilato dall'analista richiedente e che deve essere presentato all'analista perito:

6) Psicodinamica della malattia nevrotica. Descrizione dello sviluppo nevrotico e del conflitto intrapsichico con la conseguente formazione di compromesso nevrotico e i sintomi che ne derivano. Descrizione del momento di insorgenza dei sintomi e dei fattori scatenanti in relazione con lo sviluppo psicodinamico.

9) Prognosi della psicoterapia. Giudizio sulla motivazione del paziente e sulla consapevolezza dei propri problemi, sulla capacità di mettersi in relazione e di affrontare parzialmente i problemi della vita, sulla sua attendibilità. Giudizio, in particolare, sulla facoltà o tendenza alla regressione, sul grado di fissazione, sulla flessibilità, potenzialità di sviluppo e consapevolezza della malattia.

Le norme esigono dall'analista richiedente nient'altro che una razionale giustificazione del suo piano terapeutico in accordo con i principi della teoria etiologica della psicoanalisi. Anche l'analista perito si orienta secondo lo stato generale di conoscenza e secondo il suo patrimonio di esperienza. Su questa base gli è permesso di valutare la *plausibilità* delle correlazioni psicodinamiche descritte dall'analista richiedente. Il suo compito principale consiste nello stabilire il valore patognomonico dei sintomi. Con riferimento ad altri punti della domanda compilata dall'analista il perito può, inoltre, farsi un'idea sulla questione se è di per sé convincente la correlazione descritta tra il compromesso nevrotico e i sintomi, e i punti chiave della terapia. Il perito, naturalmente, non conosce direttamente se queste descrizioni corrispondono alla realtà o se l'analista curante si è orientato secondo tali descrizioni nella conduzione del

trattamento. Egli ricava tuttavia una certa visione del decorso poiché l'analista curante ha il dovere, nelle fasi successive della terapia, ogni ottanta sedute, di presentare un riassunto del decorso terapeutico che si è svolto fino allora e di descrivere la trasformazione dei sintomi in rapporto al transfert e alla resistenza. Ogni singola valutazione nuova della prognosi, in considerazione della regressione e della fissazione, fa parte dei punti più importanti del formulario da riempire per le richieste di prolungamento della terapia.

Il lettore avrà capito che l'analista richiedente e l'analista che fa la perizia seguono uno schema di indicazione e decorso che include i principi essenziali della teoria psicoanalitica. Senza questa base in comune non potrebbe funzionare nessun *peer report system*. Ciò è stato ammesso anche da Beland (1978) il quale, nonostante la sua presa di posizione estremamente critica, riconobbe che questo sistema peritale si è rivelato valido. La funzione chiaramente definita del perito analista non gli permette di intromettersi nella maniera di condurre l'analisi del suo collega. La sua posizione diventa delicata se ha l'impressione di non poter seguire nessuno dei processi descritti nella domanda poiché da quest'ultima ci si aspetta una certa forza persuasiva e coerenza interna. In previsione di un prolungamento della terapia, si deve riferire come si sta sviluppando la nevrosi di transfert e quale cambiamento dei sintomi (peggioramento o miglioramento) è intervenuto. Il *peer report system* ha reso possibile che, in casi dubbi, l'analista perito si metta in contatto con l'analista curante, e in tal modo si è intensificato il dialogo tra gli analisti.

Forse queste osservazioni sull'aspetto essenziale delle norme vigenti sono già sufficienti per giustificare la seguente asserzione: nella domanda diretta al collega perito che l'analista fa per l'accettazione o il prolungamento della psicoterapia, sia psicoanalitica che psicodinamica, è importante, come in ogni seminario sulla tecnica, far concordare le valutazioni psicodinamiche con le misure tecniche e mostrare, in base al decorso, come il paziente reagisce alla terapia. Tutto ciò perché l'adeguatezza finale di un trattamento si decide in base ai progressi del paziente. Perciò, per motivi non solo legali ma anche tecnici, l'analista ha l'obbligo morale di redigere la domanda in modo tale che il paziente, se lo desidera, sia in grado di leggere e capire. La partecipazione del paziente adulto alle riflessioni conclusive dell'analista è probabilmente pregiudizievole solo quando esse non combaciano con l'insight mediato dall'interpretazione. Se la discrepanza tra ciò che sta scritto nella richiesta e la reazione del paziente alla terapia non può essere conciliata con il dialogo sul contenuto della richiesta, vi è scarsa possibilità di ottenere il relativo insight nella diade. Secondo la teoria psicoanalitica, non si può poi contare neppure sul successo della cura.

La normativa esige dall'analista curante una specie di autosupervisione: egli è esortato a un compito al quale si sente comunque obbligato. La maggior parte degli analisti è d'accordo che, all'occasione, sia indispensabile riflettere

intensamente sul decorso di una terapia, basandosi sui criteri analitici. Nel caso della procedura di revisione peritale, un altro analista, che ha funzioni esattamente e strettamente definite, esprime la sua opinione sul risultato, con il diritto di appello da parte dell'analista che ha presentato la richiesta. Se l'autosupervisione è considerata come base del lavoro professionale eseguito scientificamente, si potrebbe persino vedere la perizia come un'amplificazione dell'autosupervisione. Di fatto, per molti aspetti, le richieste diventano una fonte inesauribile di conoscenze poiché in esse si rispecchia la prassi psicoanalitica come la vede e descrive l'analista rispetto agli schemi formulati secondo le norme prescritte.

È una verità lapalissiana che il processo psicoanalitico richiede tempo; perciò, giustamente, le richieste di prolungamento della terapia e la sua limitazione per quel che riguarda il numero di sedute sollevano i più importanti problemi, di principio e di tecnica, su cui desideriamo soffermarci.

Gli elementi di questo compromesso sono i seguenti:

1. Dai primi dati statistici, anche se metodologicamente ancora insufficienti, del vecchio Istituto psicoanalitico di Berlino, si dimostrò che in molti casi si possono avere risultati soddisfacenti anche con psicoterapie, tanto psicoanalitiche che psicomotriche, di breve durata.

2. Le analisi sono diventate sempre più lunghe a partire dagli anni cinquanta. La punta estrema di queste «superterapie» (Balint, 1954, p. 158) è rappresentata dalle analisi didattiche.

3. Gli obiettivi di queste analisi si allontanano sempre più dalla terapia dei sintomi patognomonicamente di un disturbo nel senso del concetto medico di malattia e non si basano sulla dimostrazione di necessità, opportunità e beneficio.

Il miglioramento dei sintomi patologici, basato sulla trasformazione parziale della struttura, cambia, di regola, parafrasando Freud (1892-95, p. 439), la miseria nevrotica in una comune infelicità che, ad ogni modo, può non essere libera da disgrazie e da tragedie esistenziali. Quando sia raggiunta questa condizione è una questione di giudizio discrezionale.

Nonostante i limiti di tempo, le norme non sono applicate in maniera assoluta. Come uno di noi (Thomä) ha potuto stabilire in veste di perito, è relativamente raro che le domande di prolungamento della cura oltre i limiti previsti siano giustificate, come esige Freud, per le analisi particolarmente profonde (vedi oltre, cap. 10). È più frequente trovare argomentazioni che dimostrano che non è facile realizzare una relazione equilibrata tra l'aspetto temporale e l'uso terapeutico dei processi regressivi. Di quest'ultima questione ci occuperemo in maniera dettagliata in seguito (cap. 8); basti qui accennare al fatto che per la terapia psicoanalitica prevista dalla normativa è di grande importanza tenere sempre presente la realtà sociale ed economica. Questa non permette regressioni come obiettivo in sé. Contribuisce a ciò la situazione delle casse mutue e dei loro iscritti, che hanno un ruolo importante.

Arriviamo così a questa ulteriore componente del compromesso che è stato raggiunto:

4. Le considerazioni finanziarie hanno avuto un ruolo importante nella definizione dei limiti di durata del trattamento poiché le casse mutue avevano previsto che, con un concetto meno rigido di malattia e con l'estensione della copertura finanziaria, le assicurazioni si sarebbero addossate una quantità di problemi insolubili, dovuti all'aumento di difficoltà sociali e familiari e al miglioramento della cosiddetta qualità della vita. Ciò a prescindere dalle norme della RVO.

A questo proposito Beland (1978, p. 9) afferma:

Tale limitazione di mezzi per motivi economici può essere capita e accettata da ogni paziente, ogni terapeuta, ogni perito; è onesta e non richiede giustificazioni basate sulla teoria della nevrosi. Il dilemma cui si è trovata di fronte la RVO di dover riconoscere come legittimi i limiti delle prestazioni delle casse mutue mediante una teoria del trattamento piuttosto che a causa di mancanza di denaro è un inconveniente con effetti nocivi per il perito, per il terapeuta e soprattutto per il paziente. Sarebbe perciò desiderabile che i periti fossero liberati dal bisogno di motivare per conto loro le ragioni per cui le casse mutue cessano le loro prestazioni dopo 240 o 300 sedute.

Dalla nostra esposizione risulta che la teoria della terapia che sta alla base delle direttive legali non implica alcuna limitazione assoluta. Essa è strutturata in modo strettamente psicoanalitico, e anche la prova empirica richiesta va intesa nel senso freudiano (vedi oltre, cap. 10). Alla restrizione delle prestazioni ha contribuito, tra l'altro, come abbiamo già detto, anche la limitazione dei mezzi finanziari per i seguenti motivi: in primo luogo, in molti pazienti si può raggiungere un miglioramento duraturo dei sintomi nei limiti di 300 sedute, che sono sufficienti anche per un cambiamento almeno parziale della struttura; e qui lasciamo da parte la difficoltà di darne una prova. In secondo luogo, d'altronde, è stato pure dimostrato che un buon numero di analisi che sono state prolungate oltre il limite stabilito hanno portato a un arricchimento della qualità della vita, al di là dei concetti di «sano» o «malato», al di là, cioè, del concetto medico di malattia. Raccomandiamo all'attenzione sia degli analisti curanti sia dei periti le osservazioni critiche di Beland e le nostre riflessioni; è essenziale che la realtà sociale sia considerata nell'interpretazione della nevrosi di transfert, senza però dimenticare la flessibilità delle norme.

Ha poco senso, e può avere addirittura effetti antiterapeutici, decidere già nelle prime sedute la durata dell'analisi, sia dal punto di vista di quanto è previsto dalle norme sia dal punto di vista di una sua utopica interminabilità. Quando l'analista inoltra la richiesta di prolungamento della terapia deve includere nell'interpretazione del transfert tempo e denaro e anche il ruolo del perito. In caso di pericolo di suicidio, al momento della fine del periodo di trattamento concesso dalla cassa malattia, l'analista, prima di criticare le restrizioni imposte dalle direttive, deve riflettere sul modo in cui il trattamento è stato condotto. Dalla nostra esperienza analitica risulta, per fortuna, che nella maggioranza

dei casi intervengono modificazioni positive dei sintomi entro i limiti di tempo stabiliti dalla normativa, accompagnate da uno spostamento dalla malattia alla difficoltà della vita che anche Freud non considerava più segno di nevrosi. Ai malati gravi le norme vigenti offrono la possibilità di una lunga analisi, se si è in grado di documentare una prognosi riservata.

Riassumendo, possiamo affermare che la maggior parte delle psicoterapie, sia a orientamento psicodinamico sia psicoanalitiche, terminano entro i limiti di tempo previsti dalla normativa, cioè dopo 50-80 o 240-300 (fino a 300) sedute rispettivamente. Naturalmente sarebbe molto utile conoscere l'esito terapeutico e, rispetto al finanziamento da parte di terzi, sarebbe interessante sapere per quale motivo alcuni pazienti prolungano la terapia pagando di tasca propria; per ambedue questi interrogativi ci possiamo basare solo sulle valutazioni. I risultati della ricerca in psicoterapia indicano la probabilità che circa due terzi dei pazienti terminino la terapia guariti o migliorati, e da un esame catamnestico risulterebbe che il rimanente terzo non presenta alcun miglioramento significativo dei sintomi. Resta non risolto il problema se una durata maggiore della terapia nelle medesime condizioni (lo stesso analista e finanziamento da parte di terzi) o in condizioni diverse (per esempio, pagamento personale) porterebbe questo terzo dei pazienti al miglioramento o alla guarigione, però senza cambiare o modificare il metodo o cambiare analista. Crediamo, invece, di conoscere con sufficiente attendibilità qualcosa sulle circostanze che inducono il paziente a continuare a proprie spese l'analisi dopo la scadenza del finanziamento esterno. È necessario risalire agli inizi della terapia e considerare quale sia stata l'influenza generale del processo analitico sul modo di pensare e di esperire del paziente. All'inizio le aspettative e le speranze di tutti i pazienti puntano sulla salute e sull'efficienza, ed essi si interessano quindi dell'efficacia della terapia psicoanalitica. Il progresso nell'insight sui conflitti relazionali e la loro correlazione con l'oscillazione dei sintomi possono provocare naturalmente in questi pazienti aspettative che hanno ben poco a che fare con il concetto medico di salute e malattia e con le norme basate su questo concetto.

Le difficoltà della vita e le aspettative che gli analizzandi sviluppano nel corso del trattamento collimano solo marginalmente con il concetto medico di malattia e di salute. Faber (1981) ha mostrato, con tutto il rispetto dell'elemento utopico che caratterizza il desiderio di «trovare sé stessi» mediante la psicoanalisi, che gli «elementi illusori utopici delle aspettative analitiche devono essere intesi come fenomeni di transfert e controtransfert». Egli sostiene che si dovrebbe portare avanti con moderazione e costanza la realizzazione di giustificate utopie psicoanalitiche come «un'opera di civiltà, come ad esempio il prosciugamento dello Zuiderzee» (Freud, 1932a, p. 190).

Secondo la nostra stima, circa il 10-20 per cento dei pazienti di un ambulatorio medio continua l'analisi a proprie spese dopo la scadenza del finanzia-

mento esterno. Questo gruppo è molto eterogeneo e la speranza di questi pazienti è orientata verso mete diverse. Tra loro vi sono pazienti spinti alla ricerca dell'analisi a causa di sintomi gravi. In base a ciò che abbiamo detto prima, crediamo che una richiesta scientificamente motivata potrebbe assicurare a non pochi di questi malati un prolungamento della terapia sovvenzionato dalla cassa mutua.

Un'altra categoria di persone che autofinanziano la prosecuzione della loro analisi sono quelle che sperano di poter dare alla propria vita un significato più profondo. Alcuni riescono a sopportare il peso della professione e della vita solo con l'aiuto della relazione con l'analista. Quanto sia importante per queste persone trovare un significato più profondo della vita è in relazione con le loro possibilità materiali, indipendentemente da considerazioni mediche. Il paziente ricco decide insieme con il suo analista se è bene continuare l'analisi, con maggiore facilità dell'impiegato medio che vive solo del suo stipendio.

Per questo motivo un successivo finanziamento personale rende necessaria una riduzione della frequenza delle sedute o dell'onorario. In quest'ultimo caso il problema non dipende solo da quanto può pagare il paziente, ma anche da quale importo è ancora accettabile da parte dell'analista senza che le restrizioni e i sacrifici inevitabili pesino sulla relazione analitica tanto da danneggiare il lavoro comune. Così una riduzione notevole degli onorari per un paziente che ha quattro sedute alla settimana significa per l'analista una notevole riduzione delle entrate, una situazione che riguarda specialmente i candidati in formazione di tutti i paesi, che, in quanto tali, stanno in una precaria situazione economica. Il finanziamento della prosecuzione dell'analisi può avere ripercussioni sul tenore di vita del paziente e della sua famiglia. Intervengono così ulteriori conflitti con il «terzo assente». In sostanza, si tratta di trovare una qualche forma di equilibrio con il terzo.

Quindi, sono molti i fattori che devono essere considerati se si vuole che il paziente raggiunga un equilibrio creativo con i terzi, la famiglia, le casse mutue, il perito analista, e una riconciliazione con sé stesso.