

La psichiatria e la psicoterapia in Italia dall'inizio del novecento fino ad oggi: problematiche e prospettive per il futuro

(N. Lalli, 1997)

Presente in: N. Lalli, *L'isola dei Feaci. Percorsi psicoanalitici nella storia della psichiatria, nella clinica, nella letteratura*, Nuove Edizioni Romane, Roma 1997.

Premessa metodologica

La psichiatria, come tutte le discipline che hanno notevole ricaduta nel sociale, può essere analizzata solo se teniamo presente l'ideologia e l'assetto culturale-politico dominante in quel particolare periodo. In parte sfuggono a questa logica le attività non istituzionalizzate che, sviluppandosi nel privato, possono – a seconda dei casi – o attestarsi su posizioni anacronistiche e reazionarie o, invece, creare situazioni completamente nuove.

Pertanto nel proporre a grandi linee i principali fattori culturali e politici che hanno influito, spesso negativamente, sullo sviluppo della psichiatria e sulla nascita della psicoterapia in Italia, cercherò di evidenziare tre ambiti di elaborazione della teoria e della prassi psichiatrica:

- a) l'ambito istituzionale-ospedaliero;
- b) l'ambito universitario;
- c) l'ambito privato.

Pur riconoscendo l'importanza dei fattori politici nei confronti della psichiatria, debbo precisare che questi fattori, che si attualizzano con l'emanazione di leggi, incidono esclusivamente sulla prassi. Prassi che, dettata da motivi contingenti, non tiene conto della necessità di una teoria di base e si limita ad utilizzare ideologie al posto di elaborazioni scientifiche: la legge 1904 e la successiva legge 180/78, sono esempi paradigmatici.

Per comodità di esposizione cercherò di dividere questo lasso di tempo, che va dal 1872, data di nascita della psichiatria italiana, ad oggi, in due grandi periodi. Gli *antecedenti* ove analizzo i fenomeni che ci interessano fino al 1960, e la *situazione attuale* dal 1960 fino ad oggi.

Gli antecedenti

La psichiatria italiana nasce nel 1872 quando C. Livi, in occasione del II Congresso degli Scienziati Italiani, propone di costituire una sezione di psichiatria in accordo con il clima che si era andato creando, per cui i medici alienisti sentono il forte bisogno di staccarsi dalla medicina per costituirsi come disciplina autonoma.

Questa “costola”, staccatasi dalla medicina, raggiungerà in breve tempo potere e notorietà non tanto perché è in grado di comprendere i motivi della malattia mentale e mettere a punto una terapia, ma perché è chiamata ad assumere un ruolo fondamentale nel dirimere il problema della devianza e delle azioni delittuose¹.

Non a caso la prima “Rivista di Psichiatria” avrà come titolo: *Rivista*

sperimentale di Freniatria e Medicina Legale in relazione con l'Antropologia e le Scienze Giuridiche e Sociali.

Il lungo titolo non deve ingannare circa la profondità dei lavori e l'ampiezza del campo da esplorare: scopo fondamentale rimaneva quello di dimostrare che la malattia mentale, e, la devianza in genere, non poteva minimamente essere messa in relazione con le contestuali condizioni sociali ed economiche, ma era sempre e comunque di natura "endogena": sia ereditaria, sia genetica, sia costituzionale.

Questo è uno dei motivi *latenti* per cui la psichiatria è costretta ad orientarsi in senso organicistico. Su di un piano *manifesto* invece c'è un altro motivo: la psichiatria, appoggiandosi al modello medico-neurologico cercava uno statuto ed un riconoscimento scientifico².

Dal connubio con il potere politico e dall'asservimento alle sue esperienze nasce di fatto il potere della psichiatria, che si dimostra ben presto essere un gigante dai piedi di argilla.

Infatti l'apice del potere viene raggiunto con la legge del 1904: nel giro di pochi anni sorgono in Italia ben 59 manicomi pubblici, 50 istituti privati e 3 manicomi giudiziari³.

Ma da questo momento gli alienisti si rinchiudono, e vengono rinchiusi, dentro le mura dei manicomi, insieme ai pazienti.

La psichiatria ospedaliera si svilupperà così come psichiatria manicomiale, adibita alla gestione di tutti coloro che risultavano essere "pericolosi per sé e gli altri" o "di pubblico scandalo". Questa situazione rimarrà immutata fino agli inizi del 1960.

Per quanto riguarda il piano accademico, invece, la psichiatria universitaria, sul modello di quella tedesca, è fondamentalmente biologica, al massimo costituzionalistica, tanto che fino al 1969 esiste una sola disciplina: la neuropsichiatria. Questo sterile connubio impedirà qualsiasi sviluppo non solo della psichiatria, ma soprattutto della psicopatologia e di una possibile nascente psicologia e psicoterapia.

Ma oltre questo sono presenti, e molto più significativamente, due altri fattori che costituiscono una peculiarità specificamente italiana: il dominio di due forze ideologiche che, collegate e sostenute dal potere politico, avranno ben altro peso, non lasciando alcuno spazio ad una cultura psicologica e soprattutto psicoterapeutica.

Da una parte il neo-idealismo imperante che, pur nelle due diverse versioni di B. Croce e di G. Gentile, permeando la cultura e in parte la politica italiana, impedirà qualsiasi possibilità di nascita e di sviluppo della psicologia, perché le nega ogni valore scientifico. Bersaglio privilegiato di questa critica sarà ovviamente la psicoanalisi, la cui pretesa di studiare l'inconscio e l'irrazionale dell'uomo viene bollata come perversa (giudizio di marca cattolica) o come incoerente ed inconsistente (giudizio di stampo filosofico): anche se in alcuni filosofi i due giudizi tenderanno a sommarsi⁴.

Quello che colpisce maggiormente è non solo la critica totale e senza appello, ma soprattutto il fatto che questa critica nasce come puro pregiudizio da una totale disinformazione su questi argomenti.

Lo "storicismo assoluto" di B. Croce e "l'attualismo" di G. Gentile, pur nella diversità di alcune impostazioni di fondo, concordano pienamente su di una visione dell'uomo come essere totalmente razionale e spirituale e non lasciano alcuno spazio non dico all'inconscio, ma nemmeno a ciò che di irrazionale e di psicopatologico può esserci nell'uomo.

Ma, accanto a questo potere culturale, è presente su di un versante diverso, il cattolicesimo che rappresenta un pericolo molto più grave e subdolo, non fosse altro perché mentre le filosofie cambiano, la Chiesa rimane ferma da almeno 1000 anni,

esercitando un potere incontrastato. La Chiesa impedisce qualsiasi possibilità di un discorso sulla psicopatologia, essendo le dimensioni patologiche comprese e spiegate nel generico concetto di male e di peccato.

In questa duplice tenaglia ideologica, non c'è posto per la psicologia che di fatto nel 1923 (con la riforma Gentile) viene abolita come disciplina di insegnamento: unica eccezione è l'Università Cattolica di Milano, retta dal Gemelli, che pertanto rimane detentore della Psicologia italiana. Il che vuol dire che il neo-idealismo gentiliano (che in teoria doveva essere laico) si allea con la chiesa cattolica, lasciando a questa sola, il compito di gestire la psicologia.

Psicologia che si ridurrà, anche per motivi di regime politico, esclusivamente, a psicologia del lavoro e quindi *attitudinale*, creando una frattura enorme e non facilmente sanabile rispetto alla cultura europea.

Questa situazione si protrae immobile fino agli anni Cinquanta.

Da questo momento cominceranno a sorgere movimenti culturali che cercheranno o di collegarsi a quelli europei o cercheranno di ripensare in maniera autonoma la problematicità della natura umana.

Tra questi va ricordata la figura di de Martino che, pur allievo del Croce se ne distacca rapidamente e crea una antropologia culturale ricca di spunti interessanti anche per la psichiatria. La ricerca, sul campo, delle tradizioni magiche del sud italiano, porta l'autore non solo a proporre il concetto di "crisi della presenza", ma a dimostrare la natura storica, e non trascendente delle religioni e l'importanza della magia come strategia creata dall'uomo per non dissolversi di fronte a situazioni traumatiche che potrebbero portare ad una perdita di identità individuale o culturale⁵.

Il de Martino sarà avversato sia dall'area cattolica (ed è comprensibile) sia dalla nascente cultura marxista (cosa molto meno comprensibile).

Ma storificare il mondo magico voleva dire inevitabilmente dissolvere la concezione crociana della storia vista come realizzazione di uno Spirito uno e identico che si attua attraverso le quattro categorie: il che vuol dire mettere in crisi quella "prosopopea dello Spirito" che, identificando il reale con il razionale, non aveva avuto la capacità di capire (e quindi di opporvisi radicalmente) le atroci ideologie che avevano portato alla II guerra mondiale.

Ma la messa in crisi di questa filosofia non porta de Martino all'irrazionalismo ed al nichilismo che invece cominciano a dominare la cultura europea. Con sano realismo, egli propone la drammaticità dell'uomo esposto al rischio del non-essere e che pertanto è costretto, in un continuo impegno etico, a scegliere tra l'essere e il non-essere. La presenza è un impegno e «l'esserci nel mondo è distacco *da* e apertura *verso*»⁶.

La lezione di de Martino è una luce nel buio culturale italiano (ed in gran parte europeo).

E con questo clima ci troviamo agli inizi del anni Sessanta.

La situazione attuale

Ed agli inizi degli anni Sessanta la psichiatria italiana si regge su due piedi di argilla.

Da una parte la psichiatria manicomiale che continuava a fondare il proprio potere su di una legge (quella del 1904), dall'altra la psichiatria accademica che credeva poter trovare la propria identità nella identificazione con l'oggettività – scientificità della neurologia, creando l'ibrido sterile della neuropsichiatria⁷.

Ma le contraddizioni diventavano ormai sempre più visibili e drammatiche. Il

manicomio che doveva essere il luogo della cura (Kom) della follia (mania), non solo mostrava i segni della violenza più brutale e della più totale negazione di qualsiasi diritto umano, ma soprattutto non poteva nascondere l'aporia di base, resa ancora più evidente dopo il tentativo di cambiare la sostanza, con un puro gioco nominalistico: chiusura ospedale psichiatrico il manicomio.

Ma un ospedale, qualunque esso sia, di per sé non cura, se all'interno non esistono operatori che, sulla base di una teoria, hanno prassi e tecniche specifiche che costituiscono appunto la cura.

Il manicomio era invece ritenuto di per sé luogo di cura, quasi uno spazio sacro, funzionante per il solo fatto di essere separato rigidamente dalla realtà esterna. Osserva giustamente R. Canosa: «L'internamento in manicomio è stato sublimato dai tecnici della follia al punto tale da elevarlo a mezzo di cura della follia "stessa"»⁸.

Bisogna tener presente che una operazione simile, anche se molto più sofisticata, e quindi difficile da disvelare era operata da quanti assumevano il setting come strumento fondamentale della terapia analitica⁹.

Agli inizi degli anni Sessanta, sotto la spinta di nuove scoperte (gli psicofarmaci), della conoscenza di metodiche più umanitarie utilizzate in altri paesi europei per i pazienti ospedalizzati (soprattutto Svizzera e Inghilterra) e della possibilità di un nuovo approccio al disturbo mentale (la psicoterapia), la palude stagnante della psichiatria comincia a dare segni di vita.

Nel 1962 il Centro Studi di Psicoterapia a Milano, organizza il I Corso di Aggiornamento su "Problemi di psicoterapia"; e nel 1963 il II Corso è dedicato a "La psicoterapia delle psicosi schizofreniche".

Partecipano nomi illustri e meno illustri, il dibattito comincia: si intravedono già posizioni chiaramente diverse.

Nello stesso anno F. Basaglia, esperto di *Rorschach* e studioso di fenomenologia, escluso dalla terna dei vincitori alla Cattedra di psichiatria per i soliti giochi di potere accademico, viene esiliato a Gorizia. Qui egli dà inizio alla prima Comunità Terapeutica Italiana all'interno di un manicomio.

La teoria è presto definita.

«La comunità terapeutica è un luogo nel quale tutti i componenti (e ciò è importante) – malati, infermieri, medici – sono uniti in un impegno totale dove *le contraddizioni* della realtà rappresentano l'humus dal quale scaturisce l'azione terapeutica *reciproca*»¹⁰.

Due dati importanti. Da una parte la necessità di svelare e superare le contraddizioni, che sarà poi il tema dominante della contestazione. Dall'altra emerge però la contraddizione di colui che propone di superare le contraddizioni: la creazione di una comunità di *uguali*, perché sono aboliti i ruoli istituzionali, sarebbe lo strumento terapeutico. Ma è evidente che in una comunità di uguali, è impossibile che qualcuno sia curante e qualche altro curato. Al massimo può attivarsi lo spirito collaborativo di una cooperativa.

Pur nelle contraddizioni teoriche, comunque l'opera di Basaglia è un sasso nella palude, un sasso che spaventa soprattutto la comunità accademica.

Nell'aprile del 1964 si apre il Convegno Nazionale di Psichiatria Sociale (notate la finezza: utilizzare le parole come se di per sé cambiassero la sostanza), che annovera l'*establishment* psichiatrico accademico, che comprende ormai come sia inevitabile cambiare la struttura manicomiali ed identifica nel modello francese della Psichiatria di Settore, l'unica strategia possibile.

I fautori del Settore e quelli della Comunità Terapeutica entrano rapidamente in conflitto: i secondi rimproverano ai primi, e giustamente, una politica gattopardesca.

E la storia della psichiatria, ancora una volta, ripete il suo copione.

Osserva giustamente B. de Freminville:

«Il potere degli alienisti, poi degli psichiatri, non aveva alla fine, dentro le mura, che un limite; l'incredulità mostrata dagli alienisti per le pratiche dei loro confratelli. Si ricordi Esquirol che elencava con spavento le ricette dei suoi predecessori, e poi Morel obbligato a far abbattere le celle costruite da Esquirol. Di generazione in generazione, da scuola a scuola, da vicino a vicino, la più chiara delle certezze psichiatriche consiste nel credere che l'altro si sbaglia»¹¹.

La storia si ripeteva: ma chi ingannava chi?

Per alcuni anni queste posizioni si contrappongono: contrapposizione non più ristretta ad una minoranza di psichiatri. Infatti, anche sotto l'effetto dei prodromi della contestazione, la psichiatria comincia a divenire argomento di dibattiti pubblici: nel 1967 sotto la pressione dell'opinione pubblica viene emanato uno stralcio della legge Mariotti, che ammette la possibilità del ricovero volontario in manicomio e la non iscrizione al casellario giudiziario.

In fondo viene esteso all'istituzione pubblica, un esistente che aveva costituito (e continuerà a costituire) la fonte di ricchezza delle numerose cliniche psichiatriche private, che spesso in nulla si differenziavano dai manicomi, se non per il ceto sociale dei ricoverati.

Nel 1968 si svolge il XXX Congresso della Società Italiana di Psichiatria a Milano (città che aveva istituito fin dal 1955 la prima cattedra di Psichiatria)¹².

Il Presidente C.L. Cazzullo, nella relazione introduttiva, così si esprime: «Signori, questo è il momento della Psichiatria (...)» e poi un lungo elenco delle scoperte biologiche più recenti: la genetica delle psicosi, la citogenetica che ha permesso di scoprire la sindrome del doppio Y causa di disturbi antisociali, di formidabile effetto degli psicofarmaci.

Ed infine annuncia l'apertura del I Congresso Internazionale sulle Attività Nervose Superiori: temi fondamentali: la riflessologia e l'analisi comportamentale¹³.

In questo momento in Italia ci sono 7 Cattedre di psichiatria: i membri della SIP sono 530 ed in forte aumento.

Basaglia, presente in questa sede, così si esprime:

«In realtà noi tuttora non sappiamo nulla della malattia mentale. In effetti noi abbiamo a che fare con dei malati e che siamo costantemente tentati di coprire la contraddizione che essi rappresentano ai nostri occhi, con una ideologia, per cercarne la soluzione»¹⁴.

Quindi la «malattia mentale è sconosciuta» (proposizione teorica), «abbiamo a che fare con dei malati» (proposizione umanitaria) «non bisogna coprire le contraddizioni» (proposizione terapeutica). C'è un po' di tutto! Ma le contraddizioni ormai non si contano più.

Mentre l'esperienza goriziana viene idealizzata e sbandierata, spesso usata come spauracchio per la psichiatria più codina, in privato Basaglia la considera chiusa e *superata*¹⁵.

Questo è il clima della psichiatria negli anni '68-'70.

Molti sono convinti che la psichiatria deve cambiare: ma come e in che modo, quali strategie usare?

Sorgono profeti di ogni tipo: si afferma tutto e il contrario di tutto.

Quando in una disciplina si evidenzia il bisogno di cambiare, ma le strade a disposizione sono innumerevoli, quando si decide di lottare contro qualcosa che per definizione non esiste e non è definibile (la malattia mentale), è segno che si è in un vicolo cieco.

Quando si confonde l'opposizione con la negazione (che spesso è la copertura di

un annullamento) è la paralisi più completa.

Ancora una volta mi sembra necessario citare Basaglia che così si esprime nel Sessantotto.

«Finché si resta all'interno del sistema la nostra situazione non può che continuare ad essere contraddittoria: l'istituzione è contemporaneamente negata e gestita, la malattia è continuamente messa tra parentesi e curata, l'atto terapeutico viene contemporaneamente rifiutato e gestito»¹⁶.

Se riduttivamente questa affermazione non vuole essere letta come cerimoniale ossessivo, del fare-disfare, bisogna prendere atto che è testimonianza di un fallimento. Si rimanda il cambiamento ad una ipotetica uscita dal sistema: ovvero ad una palingenesi, tipica strategia dei movimenti religiosi o delle ideologie.

E sarà questa stessa ideologia a determinare, a volte con effetti micidiali, gli anni successivi: gli anni di piombo. In questa confusione che oscilla tra l'esaltazione onnipotente ed il velato (o privato) riconoscimento del fallimento, l'Istituto di Psicoanalisi sembrava ancora costituire un possibile punto di riferimento.

Per questo motivo, come tanti altri colleghi avevo intrapreso la strada dell'analisi didattica. Agli inizi degli anni Settanta, ci ritrovammo in molti, in qualità di allievi in training, a frequentare l'Istituto di Psicoanalisi.

Ma anche qui ben presto si evidenziarono le contraddizioni.

Un gruppo di allievi e di colleghi più esperti cominciano a riunirsi attivamente per discutere: questo gruppo presentava due caratteristiche comuni. Provenivamo tutti da istituzioni pubbliche o comunque di prima linea (ospedali psichiatrici, cliniche private, clinica universitaria ecc.) ed eravamo interessati a trovare nelle psicoanalisi un modello teorico ed operativo esportabile in queste situazioni.

Ci si riuniva alternativamente, alla fine del lavoro, negli studi dei vari colleghi: iniziarono lunghe discussioni dalle quali emersero sempre più chiaramente i nodi della psicoanalisi. In primo luogo quello dell'analisi didattica come non-analisi, ma sterile catechismo volto solo a perpetuare l'istituzione stessa¹⁷.

Da parte mia avevo cercato di fare quanto altri tentavano di fare in vario modo e con alterne vicende: portare la psicoterapia nel sociale, senza confondere però il sociale con lo psichico. Era quindi l'inizio di una ricerca.

In viale di Villa Massimo dal 1971 avevo iniziato a svolgere la psicoterapia analitica breve¹⁸.

Era un tentativo parziale perché cercava di ovviare solo ad alcuni aspetti negativi del trattamento analitico classico: come l'eccessiva lunghezza e la neutralità-assenza del terapeuta¹⁹.

In breve tempo il gruppo aumentò a circa 15 psicoterapeuti che si dedicavano, gratuitamente a questa attività.

Contemporaneamente la contestazione all'interno dell'Istituto di Psicoanalisi si dimostrava sempre più una operazione fallimentare: il tentativo di modificare lo statuto, e quindi il meccanismo della formazione, fu boicottato. Ma il problema non era solo il potere della formazione che era poi la tesi del libro *Il potere della psicoanalisi*. Bisognava mettere in discussione l'intera teoresi freudiana²⁰.

Nell'ambito della psichiatria e della psicoterapia ormai affacciatasi nel panorama italiano si possono così delineare quattro situazioni.

a) In ambito istituzionale-ospedaliero, emergerà sempre più la tendenza a prendersi esclusivamente cura del paziente utilizzando quella base di assistenzialismo di stampo cattolico sempre presente in Italia. Il paziente non vien considerato come un soggetto, ma come un oggetto da assistere.

b) Dall'altro lato, quasi speculare, ma antitetica a questa situazione c'è quella che

privilegia trattamenti basati su numerose metodiche e tecniche spesso importate dagli USA. Nomi altisonanti e fantasiosi non riescono a nascondere la mancanza assoluta di qualsiasi metodo scientifico. Questo fenomeno troverà il suo terreno di cultura prevalentemente nel privato.

A metà degli anni Ottanta una ricerca ha mostrato che nella sola Roma (ma la situazione della capitale è emblematica per tutto il paese) ci sono ben 85 centri privati che propinano psicoterapie con denominazioni diverse, ma che si basano fondamentalmente sul Training Autogeno, Biofeedback, ipnosi o altri metodi che al massimo possono essere definite come «tecniche psicologiche di apprendimento»²¹.

c) La psichiatria accademica, dopo un iniziale periodo di confusione e di sbando tenderà di nuovo a ristaurarsi sulle antiche posizioni: ovvero riaprire il connubio con la neurologia. Unica differenza che questo orientamento non si chiamerà più neuropsichiatria, ma sarà nobilitato dal nome di neurobiologia.

d) Ed infine bisogna, accennare ad una “strana” situazione che, a metà fra l’universitario ed il privato troverà una propria autonoma strada ed uno sviluppo progressivo.

A partire dagli anni Settanta cominciano a delinarsi dei gruppi che cercano nell’impegno “terapeutico” e nella clinica in generale, la validità e la riprova di quanto hanno appreso dai testi.

Fondamentale sarà la gestione della psicoterapia sia in ambito privato che pubblico.

L’uscire dal chiuso dello studio e dover affrontare il disagio psichico nel sociale e non già il disagio sociale (come continuarono a fare i gruppi dell’Antipsichiatria e di Psichiatria Democratica), inevitabilmente metterà in crisi molte acquisizioni sia teoriche che pratiche della psicoanalisi. Non a caso bersaglio privilegiato delle critiche di un gruppo di psicoanalisti che, dopo una lunga contestazione si allontaneranno dall’Istituto di Psicoanalisi, sarà dapprima il setting tradizionale e subito dopo le modalità della formazione analitica (l’analisi didattica)²².

Questa conflittualità tra una teoria ed una prassi apprese nel privato (la psicoanalisi) e l’impossibilità di poterla estendere o comunque applicare in contesti più ampi e diversi, porterà alla formazione di gruppi che tenteranno in vari modi a sanare questo conflitto.

La crisi del setting e delle differenti tecniche di training porterà inevitabilmente a profondi cambiamenti in seno alla stessa teoria psicoanalitica.

Quindi questa duplice situazione di lavoro (pubblico e privato) ha condotto ad una evoluzione della psicoterapia ed ad un percorso totalmente diverso ed originale che trova espressione non solo sul piano operativa, ma anche in quello teorico²³.

La formulazione di una teoria della nascita e dello sviluppo dell’io che si distingue dalla metapsicologia freudiana, la obiettivazione della importanza della presenza psichica del terapeuta, l’importanza della prassi clinica come validazione della teoria, l’importanza di una sempre maggiore coerenza fra la teoria e la prassi, contraddistinguono un’area molto precisa ed importante che modificano sostanzialmente l’impianto teorico della psichiatria e della psicoterapia²⁴.

Mi sembra necessario inserire a questo punto la teoria e la prassi di M. Fagioli che da oltre 25 anni dimostra non solo teoricamente la possibilità di una psicoterapia che sia realmente cura e trasformazione.

Questa esperienza rappresenta un punto di riferimento teorico e pratico di notevole rilievo e che possiamo affermare caratterizza l’unica situazione innovativa italiana.

Nel 1971 cominciò a circolare un dattiloscritto di M. Fagioli: non credo comprensibile a molti. Nel 1972 questo dattiloscritto diventa un libro: se le argomentazioni diventano più articolate non per questo diminuiscono la difficoltà di

comprensione.

Le reazioni furono le più varie: da parte mia *intuivo* delle proposizioni di fondamentale importanza e la possibilità di una opposizione radicale.

Un punto nodale che a me sembrava essere causa dei tanti fallimenti, oltre la negazione della malattia mentale ed il riduzionismo sociologico, *era la continua confusione tra negazione ed opposizione*. Non a caso e per lungo tempo la cosiddetta nuova psichiatria si definiva indifferentemente come “antistituzionale” o di “negazione istituzionale”.

E spesso la negazione era la copertura del totale annullamento del problema. Solo un chiarimento teorico poteva rendere possibile una vera opposizione ed impedire la coazione a ripetere il fallimento.

In *Istinto di morte e conoscenza*, il capitolo su “Il no e l’allontanamento dell’oggetto senza sparizione” e “Negazione e proiezione” che apriva al concetto di intuizione, mi erano sembrati basilari.

«Il vedere negli altri non ciò che c’è, ma ciò che ci si è messo, oppure viceversa il vedere negli altri ciò che c’è anche se “nascosto”»²⁵.

Questa lettura mi diede molte risposte, ma non mi fornì una spinta sufficiente a comprendere i passaggi fondamentali.

È con l’uscita nel ’74 de *La marionetta e il burattino* che alle intuizioni, si aggiunse la vitalità. La proposizione di un inconscio naturalmente sano, l’istinto di morte come annullamento, la chiarificazione-distinzione tra negazione e opposizione, l’intuizione come capacità di andare oltre le apparenze, diventarono proposizione così chiare da ritenere che una lotta -opposizione non poteva essere perdente²⁶.

Ma ben presto gli eventi si svolsero diversamente da quanto programmato. Infatti mentre gli psicoterapeuti cominciarono ad entrare in crisi rispetto ad una modalità di pensare e di affrontare la psicopatologia completamente diversa, alcuni studenti chiesero di poter partecipare ai seminari di supervisione che si trasformarono ben presto in una psicoterapia di gruppo.

Il martedì mattina circa 250-300 persone si accalcavano in una piccola aula: Fagioli come analista proponeva la possibilità di una interpretazione *diretta*, ovvero la possibilità di intuire le dinamiche inconsce dell’altro.

Per qualche tempo a molti “esperti” questo sembrò uno dei tanti fenomeni in voga in quegli anni, fenomeno che avrebbe avuto vita breve.

Ma quando dopo 3 anni non solo il fenomeno continuò, ma i seminari si svolgevano tre volte alla settimana, era impossibile non prendere atto di questa realtà. Ma evidentemente non era facile comprendere ed accettare, un fenomeno totalmente nuovo ed inusuale²⁷.

Pertanto mentre da parte mia aumentava il convincimento circa la validità di questa esperienza, cominciò ben presto, da parte della stampa e delle autorità accademiche, una reazione rabbiosa e non sempre civile.

In effetti la riuscita di una possibilità che assumeva sempre più la connotazione di una prassi diversa sulla base di una teoria diversa, rendeva sempre più evidenti i fallimenti di tante altre esperienze.

Intanto nel 1978 veniva promulgata la legge 180 che, non bisogna dimenticare, fu frettolosamente stilata e votata (da cattolici e comunisti) al solo scopo di evitare il referendum abrogativo della legge 1904, voluto dall’ala radicale e liberale delle forze politiche.

Certamente il referendum abrogativo avrebbe potuto creare dei problemi, ma il rimedio risultò essere peggiore del male e rappresenta l’epilogo di un lungo percorso fallimentare voluto da una psichiatria che si definiva democratica, per sottolineare le valenze politiche di quella prassi. Quale fu l’esito?

Il malato mentale, abolite le connotazioni di “pericolosità” e di “pubblico scandalo”, non essendo definita la malattia mentale e le relative cure, si trasformò in un malato singolare. Da una parte si negava la malattia mentale, dall’altra però se questo soggetto era eccessivamente agitato e rifiutava la terapia, poteva essere internato, tramite T.S.O., per un breve periodo. Quindi può sembrare assurdo, ma ritornava la vecchia distinzione dei manicomi: pazienti cronici e pazienti agitati. La 180 si occupava, per ora, prevalentemente di questi²⁸.

In questo modo la peculiarità, la gravità, la tendenza alla cronicizzazione delle psicosi, viene ridotta a puro disturbo comportamentale che deve essere contenuto nell’arco di pochi giorni.

Complici i neurolettici, il T.S.O. diventa lo strumento giuridico per sancire la negazione della malattia mentale. Questa legge valutata da alcuni come «la conquista che colloca l’Italia all’avanguardia nel campo mondiale della psichiatria»²⁹, in effetti rappresenta una utopia che per anni comporterà, anche se mai attivata, la necessità “di riformare la riforma”.

E sempre nello stesso periodo si nota uno strano fenomeno: molti contestatari, padri della 180 perlomeno sul piano teorico, improvvisamente incominciano a scoprire Freud e la psicoanalisi. Anziché denunciare il fallimento di un loro percorso teorico ed operativo, si fanno scudo con un altro fallimento: quello della psicoanalisi freudiana che tra l’altro era stato denunciato da ben otto anni, non solo teoricamente, ma anche con una prassi, quella dei seminari di analisi collettiva, che continuava nonostante la difficoltà che venivano poste continuamente dalle autorità accademiche. Il fatto che una ricerca fosse condotta in una istituzione universitaria (che invece è deputata proprio alla ricerca) rappresentava uno scandalo. Era quindi necessario resistere per dimostrare che l’istituzione (sia quella psicoanalitica che quella universitaria) rappresenta una dinamica psicopatologica che oscilla fra il controllo onnipotente e l’annullamento. E l’aver resistito per altri due anni fu una ulteriore dimostrazione non di forza, ma semplicemente di resistenza. Poi questa esperienza fu, per ovvi motivi, trasferita in un luogo privato e a distanza di ben 22 anni, dimostra una vitalità che non ha bisogno di ulteriori commenti. Da parte mia ritengo che questa sia stata l’unica esperienza valida ed alternativa sia alla negazione della malattia mentale, sia all’imperante tecnicismo che ben presto, invase il “mercato dell’angoscia”. In pochi anni sorsero tecniche “psicoterapiche” dai nomi più fantasiosi e della prassi più sconcertanti che si possano immaginare.

Problemi e prospettive della psicoterapia

È evidente che le prospettive di una corretta prassi psicoterapica appaiono complesse perchè questa si articola non solo con le dimensioni interne dello psicoterapeuta, ma anche con le polimorfe e contrastanti situazioni proposte dalla realtà esterna.

La psicoterapia, come disciplina scientifica che propone la cura mediante il rapporto e la presenza del terapeuta, si trova di fatto a combattere su diversi fronti.

Da una parte deve opporsi alla proliferazione di tecniche psicologiche che, basandosi sulla suggestione o sull’atteggiamento pedagogico, cercano di rispondere solamente a bisogni immediati e sintomatici.

Dall’altra deve tenere presente una richiesta sempre più basata sull’assistenzialismo. Ritengo a questo punto, anche se sempre a grandi linee, di dover proporre quale è attualmente la posizione più avanzata della psicoterapia in Italia.

Per psicoterapia deve intendersi una modalità di intervento e di lavoro che si basa sul “prendersi cura” e sul “curare” esclusivamente con:

- a) mezzi psicologici, ovverosia mediante la relazione interpersonale;
- b) l’uso di un metodo scientifico.

Intendiamo per metodo scientifico il possedere una teoria dello sviluppo psichico nel suo versante normale e patologico ed una prassi di intervento che sia coerente e conseguente con gli assunti teorici di base.

È evidente che, nonostante la semplicità e l’incontrovertibilità di queste affermazioni, esse si prestano a notevoli approfondimenti, verifiche e contestazioni.

Vogliamo sin d’ora distinguere radicalmente la dimensione del “prendersi cura” da quella di “curare”.

La prima, pur essenziale per l’instaurazione di un legame potenzialmente terapeutico, non può essere considerata una procedura medica, ma solo una intenzionalità alla cura che deve essere necessariamente suffragata dalla convalida del metodo scientifico.

Il prendersi cura pertanto è una assistenza generica al paziente e non una terapia scientifica.

Il proliferare di gruppi di volontariato, rappresenta la manifestazione più evidente del prendersi cura.

Il problema della cura invece porta ad affrontarne uno molto delicato e difficile: ovverosia l’esistenza di *un desiderio* nell’ambito della relazione psicoterapeutica.

Quindi non osservazione asettica e neutrale, ma partecipazione attiva del terapeuta.

Una volta che il desiderio sia stato accettato come parte integrante della relazione terapeutica, segue la necessaria conseguenza della necessità di soddisfare il desiderio.

Il compito e la competenza del terapeuta sono indirizzati a soddisfare il desiderio di cura e di comprensione del paziente utilizzando, come abbiamo più volte sottolineato, esclusivi strumenti psichici e soprattutto metodi scientifici che differenziano la cura da altri approcci che si limitano ad assistere, ed a prendersi cura del disturbo mentale, senza trasformarlo.

Mi riferisco all’atteggiamento religioso verso il disturbo mentale.

È nostra profonda convinzione che la psicoterapia è un’attività temporale, mondana, laica, religiosa. Il termine “laico” è usato sia per indicare una dimensione interna sia, sotto un punto di vista “politico”, per constatare l’impossibilità del terapeuta di appartenere ad una istituzione religiosa che adotti criteri precostituiti verso valutazioni delle caratteristiche umane.

Al fine di essere il più possibile espliciti è necessario approfondire ed interpretare i significati psicologici del sacerdote quale psicoterapeuta.

Questi essendo un tramite con la divinità è assente nella sua identità personale, diventa atemporale e sfugge pertanto al divenire della storia. Il gestore del sacro non può offrire cioè quella presenza umana che riteniamo essere l’elemento essenziale della psicoterapia e la chiave di volta della soddisfazione del desiderio.

Quello che, in poche parole, il paziente pretende, è la presenza psichica del terapeuta e non una figura specchio di altre realtà, che in effetti sono assenza.

Ma poiché riteniamo che la psicoterapia sia, prima di diventare ricerca, prevalentemente ed a lungo lotta contro le dimensioni negative e neganti del paziente, riteniamo normale che questa lotta venga portata anche contro situazioni irrazionali e negative che in questo momento sembrano essere prevalenti a livello della gestione politica e culturale della malattia mentale in Italia.

-
- ¹ Lalli N. – Costantino L., *I primi sviluppi della psichiatria italiana*, in “Rivista di Psichiatria” XIV, 3, 1979.
- ² Bartocci G. – Lalli N., *Psychotherapy and Culture. the Italian Experience*, Simposio Internazionale di Psichiatria Transculturale, Budapest 1991, in “Rivista Europea di Psichiatria” IV, 2-3, 1992.
- ³ Lalli N. – Costantino L., *op. cit.*
- ⁴ Bartocci G. – Lalli N., *Psychotherapy and Culture. the Italian Experience*, cit.
- ⁵ Cfr. de Martino E., *Morte e pianto rituale*, Boringhieri, Torino 1975 (1958) e *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano 1961.
- ⁶ Cfr. de Martino E., *La crisi della presenza tra psicopatologia ed antropologia*, Seminari interdisciplinari (s.d.) p. 59; cfr anche de Martino E., *Scritti minori su religione, marxismo e psicoanalisi*, a cura di R. Altamura e P. Ferretti, Nuove Edizioni Romane, Roma 1993.
- ⁷ Cfr. Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli 1999, 2^a Ed.
- ⁸ Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, p. 185.
- ⁹ Cfr. Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli 1999, 2^a Ed.
- ¹⁰ Basaglia F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Amministrazione provinciale di Parma, 1967.
- ¹¹ de Freminville B., *La raison du plus fort. Traiter ou maltraiter les fous ?*, Editions du Seuil, Paris 1977.
- ¹² AA. VV., *Atti del XXX Congresso della Società Italiana di Psichiatria*, Milano 1968.
- ¹³ *Op. cit.*
- ¹⁴ *Op. cit.*, vol I, p. 99.
- ¹⁵ Cfr. Jervis G., *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, Milano 1977.
- ¹⁶ Basaglia F., *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.
- ¹⁷ AA. VV., *Il potere della psicoanalisi*, Armando, Roma 1974.
- ¹⁸ Lalli N. et al., *La psicoterapia analitica breve*, in “Rivista di Psichiatria” 5, 1974.
- ¹⁹ *Op. cit.*
- ²⁰ Armando L.A., *Storia della psicoanalisi in Italia dal 1971 al 1988*, Nuove Edizioni Romane, Roma 1989
- ²¹ Cfr. Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, cit.
- ²² Cfr. Armando L.A., *op. cit.* e AA.VV., *Il potere della psicoanalisi*, cit.
- ²³ Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, cit.
- ²⁴ Lalli N., *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*, Liguori Editore, Napoli 1997.
- ²⁵ Fagioli M., *Istinto di morte e conoscenza*, Nuove Edizioni Romane, Roma 1996⁸.
- ²⁶ Fagioli M., *La marionetta e il burattino*, Nuove Edizioni Romane, Roma 1991⁶.
- ²⁷ Cfr. Lalli N., *I perché di Villa Massimo* nel medesimo volume di questa pubblicazione.
- ²⁸ Bartocci G. – Lalli N., *Psychotherapy and Culture. the Italian Experience*, cit. e Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, cit.
- ²⁹ Canosa R., *op. cit.*