

Le psicoterapie e la psicoanalisi (seconda parte)

Agnès Aflalo

B. Le terapie cognitive¹

Emergono negli anni Sessanta e incontrano serie difficoltà negli anni Ottanta. Vogliono applicare all'uomo la nuova scienza cibernetica. La prima generazione di cognitivisti radicali opera con l'ideale della macchina intelligente di Turing (1950). È stabilita l'identità tra cervello e mente. Si tratta ancora dell'errore di incarnazione del soggetto che Lacan denunciava a proposito di Piaget nel suo *Discorso di Roma* del 1953. La seconda generazione di positivisti, più moderati, deve rinunciare all'ideale dell'uomo macchina per mettere da parte il ruolo delle emozioni. Il corpo fino ad allora espulso deve essere reintegrato. Ma è un corpo ridotto all'organismo. Le percezioni non sono un fatto simbolico. Dipendono solo dagli organi sensoriali. In queste condizioni non c'è alcuna possibilità di rendere conto delle allucinazioni uditive dei sordomuti dalla nascita. La loro idea è quella di stabilire cartografie del cervello grazie alla risonanza magnetica (RM) e alla tomografia a emissione di positroni (PET) che potrebbero visualizzare insieme cognizione ed emozione². Visualizzare l'attività del pensiero diventa strettamente equivalente a leggere i pensieri. La prospettiva sarebbe quindi quella di far “pensare correttamente” attraverso un'azione diretta sul cervello.

Con il cognitivismo, l'oggetto di studio diventa quello dei fenomeni mentali o oggetto di cognizione. Il soggetto unificato è colto a partire da un *cogito* reinterpretato e ridotto a un “io penso”. Il pensiero e il linguaggio sono ridotti a una combinatoria significante. Ma questa combinatoria non è mai indicizzata dal reale della sessualità. E il *cogito* freudiano “io desidero” rimane escluso.

La psicoanalisi inizia quando Freud riconosce che il sintomo include sempre la stessa verità repressa. Tutte le psicoterapie cognitive si basano sullo stesso principio: quello del sintomo concepito come errore logico. Nessun sintomo comporta mai alcuna verità e tanto meno quello del depresso (vs Freud). È disfunzionale perché illogico e carente.

L'errore di giudizio, come l'errore di percezione al principio del sintomo, è una deviazione che Lacan denunciava fin dal suo *Discorso sulla causalità psichica*³.

Mezzo secolo dopo, è inevitabile constatare che il dibattito di Lacan con i sostenitori dell'organo-dinamismo non ha perso nulla della sua attualità. Nella sua *Questionne preliminaire...* del 1958, Lacan poteva dimostrare con Freud che nessun problema di logica formale poteva essere compreso senza tenere conto del soggetto (*percipiens*) che deve essere distinto da ogni *perceptum*. Per i cognitivisti, il soggetto è rifiutato e con esso la parola. Esiste solo il linguaggio interiore, quello dei fenomeni mentali. Diventa una vera e propria lingua fondamentale: il “mentalese”, secondo l'espressione di Éric Laurent⁴. Il trattamento consiste sempre nel sostituire la cognizione fallita con la buona forma del pensiero logico. In definitiva, sarà sempre quella del terapeuta.

Possiamo distinguere quattro grandi gruppi di terapie cognitivo-comportamentali a seconda del terapeuta da cui traggono ispirazione. L'efficacia dipende solo dalla suggestione.

¹ J. Cottraux, *Thérapies cognitives*, 1990, p.4, E.M.C.H, psy vols. Si legga anche l'articolo precedente sulle variabili cognitive.

² J.-P. Changeux, *L'uomo neuronale*, Mimesis, Milano, 2024.

³ J. Lacan, “Discorso sulla causalità psichica”, *Scritti*, op. cit.

⁴ É. Laurent, “La psychanalyse au temps des comités d'éthique”, *Temps logique*, n°1 Bulletin intérieur de l'A.M.P. juillet 96, p. 36.

Bandura propone un modello di apprendimento sociale⁵. Il comportamento può essere adattato modificando le cognizioni del paziente. Meichenbaum mette a punto il suo modello di *self-instructional training*, ovvero di *self-control*. Deve agire sul linguaggio interiore distorto del paziente. È la versione americanizzata del metodo francese Couée⁶. Ellis e Beck propongono nuovi metodi chiamati di ristrutturazione cognitiva perché reintegrano l'affetto. Per Ellis, le cattive cognizioni sono credenze irrazionali dovute agli affetti. Propone quindi la terapia razionale emotiva⁷. Si tratta di rendere razionale l'affetto per modificare la credenza errata. Beck passa da un cognitivismo radicale a un cognitivismo più moderato reintroducendo il comportamentismo. I suoi noti studi sulla depressione lo portano a considerare l'affetto come la causa dei pensieri irrazionali sintomatici⁸. Il modello di terapia cognitivo-comportamentale di Beck consiste in un compromesso contrattuale: un'azione terapeutica limitata alla soppressione di un sintomo preciso, solo attuale e in un tempo limitato, breve. Il paziente deve essere convinto della pertinenza del modello proposto dal terapeuta. Quindi, grazie all'apprendimento, le cognizioni negative saranno sostituite da altre più adeguate.

Le applicazioni della sua teoria in materia di crisi d'angoscia – ribattezzata attacco di panico – portano Clark a proporre un nuovo trattamento dell'angoscia: la respirazione calma⁹. Quando il corpo è ridotto all'organismo, l'angoscia non è altro che una questione di iperventilazione da regolare. Questa prospettiva di delirio fisiologico non ha limiti.

La deriva fisiologica della concezione dell'affetto ha aperto la strada all'esperienza correttiva diretta. Ecco perché, nell'era delle neuroscienze, le terapie cognitive sono ora associate ai trattamenti farmacologici e in particolare agli antidepressivi. La depressione, nome moderno del disagio della civiltà, diventa l'unico flagello da combattere. Il DSM ha fatto il suo lavoro nel campo delle psicoterapie, da cui sono scomparse tutte le particolarità delle categorie cliniche. Gli studi controllati sull'efficacia rispettiva delle terapie cognitive e dei trattamenti antidepressivi si moltiplicano dal 1980. Un ambizioso studio del NIMH (*National Institut of Mental Health*, Bethesda, USA) mostra che su duecento-trentanove pazienti depressi, nulla permette di concludere sull'efficacia della sola terapia cognitiva. Anche gli antidepressivi sono efficaci¹⁰.

Le psicoterapie cognitive hanno dovuto prima associarsi al comportamentismo, poi ai farmaci per continuare ad essere efficaci. Con l'uso di sostanze chimiche, il limite della psicoterapia è stato superato. Per questo motivo, le indicazioni delle psicoterapie si sono ridotte sempre più alle depressioni lievi e alle crisi d'angoscia. Le nuove psicoterapie cognitive si evolvono secondo due assi: da un lato le psicoterapie brevi sempre focalizzate su un sintomo¹¹ e dall'altro le psicoterapie associate ai trattamenti chimici, i cui ultimi sviluppi sono le psicoterapie dette di programmazione neurolinguistica (PNL). Il condizionamento cognitivo comportamentale produce effetti. L'efficacia di queste psicoterapie non deve essere messa in dubbio. Ciò che è dubbio sono i criteri di guarigione: la scomparsa del sintomo isolato è la regola. Ma questo criterio non tiene mai conto di ciò che lo sostituisce: sia che si tratti dell'angoscia ridotta alla nozione di variabile fisiologica, sia che si tratti di un altro sintomo non previsto nel contratto terapeutico. Anche la psicoanalisi può spostare il sintomo, ma con il fantasma. Ecco perché la salute non può essere concepita come guarigione nel senso di ritorno a uno stato precedente. Nella sua *Proposta del 9 ottobre sullo psicoanalista della Scuola* Lacan dimostrava che il termine "guarigione" è logicamente indecidibile in psicoanalisi. In

⁵ A. Bandura, "Self efficacy : toward a unifying theory of behavioral change", *Psy. Rev.*, 1977, 84, n°2.

⁶ D. Meichenbaum, *Cognitive behavior modification : an integrative approach*, Plenum Press Editor, New-York, 1977.

⁷ A. Ellis, *Reason and emotion in psychotherapy*, Stuart Edit., New-York, 1962.

⁸ A.T. Beck, *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, Hoeber Medical Division, Harper et Row edit., New-York, 1967. -*Cognitive therapy and emotional disorders*, Int. Univers. Press. Inc. Edit., New-York, 1976. -*Cognitive therapy of depression*, New-York, 1979.

⁹ D. Clark, *A cognitive approach to panic*, *Behav. Res. Ther.* 1986, p.24.

¹⁰ Studio del N.I.M.H.

¹¹ E. Gillieron, *Les psychothérapies brèves*, 1987, E.M.C. vol. 5, p.12.

tali condizioni, non esistono norme prestabilite valide per tutti allo stesso modo, ma solo l'avvento del desiderio particolare di ciascuno. Il desiderio è la salute, per riprendere l'aforisma di Jacques-Alain Miller¹².

Il programma di felicità in termini di adattamento mentale fallisce, quindi, di fronte al problema della depressione. Il ruolo dell'affetto resta da valutare. In altre parole, il godimento resta impossibile da cogliere sia per i cognitivisti che per i comportamentisti; l'al di là del principio di piacere freudiano continua ad essere un osso duro da digerire. Nessuno stimolo interno o esterno sarà mai il giusto stimolo condizionale o incondizionato nell'uomo. Perché la pulsione non si ridurrà mai all'istinto. Se la pulsione passa sempre attraverso l'incondizionato, è per la domanda d'amore e per fare spazio alla condizione assoluta del desiderio del soggetto (*Desidero*)¹³.

II. Le psicoterapie dell'Ideale

Le chiamo così perché promuovono chiaramente l'ideale come obiettivo terapeutico. Ma integrano tutti i dati del comportamentismo e del cognitivismo. Possiamo raggrupparle in quattro categorie: le psicoterapie di gruppo; le psicoterapie familiari; le psicoterapie di coppia e le psicoterapie sessuologiche.

- Le terapie di gruppo¹⁴: nascono nel contesto dell'ultima guerra mondiale in un momento di penuria di terapeuti: da qui l'idea di applicare la terapia al maggior numero di pazienti contemporaneamente. La prospettiva di redditività è chiara.

- Le psicoterapie familiari¹⁵. Si tratta di far credere al soggetto che crede nella famiglia come ideale. Unica obiezione: quella del modello familiare proposto. Nell'era della fecondazione *in vitro* e della clonazione di embrioni, la famiglia deve essere concepita come mono o biparentale? E come integrare i mosaici delle nuove famiglie nate da uno o più divorzi?

- Le psicoterapie di coppia¹⁶: l'ideale della coppia pone gli stessi problemi a seconda che si intenda prendere in considerazione la coppia legittima o meno. L'Altro della coppia è sempre considerato la causa del sintomo, il che può lasciare perplessi. Come affrontare la psicoterapia del feticista che fa coppia con una scarpa? Dobbiamo affrontare la psicoterapia della scarpa?

- Le psicoterapie sessuologiche¹⁷: fanno esistere l'illusione del rapporto sessuale. Esisterebbe se la tecnica fosse *ad hoc*. Cercano di rimediare ai "disaccordi sessuali" constatati dal famoso rapporto di Masters & Jonhson. L'uso legittimo dell'organo per l'uomo non passa attraverso l'avvento della funzione simbolica del Nome del Padre. Il trattamento dell'eiaculazione precoce è quindi proposto in termini di decondizionamento tramite l'allenamento masturbatorio. Alcuni programmi prevedono che gli omosessuali debbano diventare eterosessuali. Quanto tempo ci vorrà prima che entri in vigore il programma contrario? Evidentemente il transessualismo non sfugge alla volontà di uniformazione.

Tutte queste psicoterapie si basano sull'idea che il sintomo sia causato dalla società. Errore che abbiamo già denunciato. Il trattamento consiste quindi nel proporre nuovi sistemi ideali che alla fine sarebbero adeguati. Il tipo di sistema varia a seconda dell'ideale del terapeuta, che diventa l'unico

¹² J.-A. Miller, *op. cit.*

¹³ J. Lacan, "Sovversione del soggetto e dialettica del desiderio nell'inconscio freudiano", *Scritti, op. cit.*, p. 817.

¹⁴ G. Bleandonu, "Psychothérapies de groupe autres que le psychodrame", 1989, E.M.C., psy. vol. 5, p. 7. J. Miermon, "Thérapies systémiques", 1994, E.M.C., psy. vol. 5, p.8.

¹⁵ J. Miermon, "Thérapies familiales", 1990, E.M.C., psy. vol. 5, p. 8.

¹⁶ J.-G. Lemaire, "Thérapies de couple", 1995, E.M.C., psy. vol. 5, p. 4.

¹⁷ J. Millet, R. Baux, "Thérapies sexologiques", 1992, E.M.C., psy. vol. 5, p.7.

criterio di adattamento. Questo tipo di psicoterapia rafforza la struttura del sintomo. Infatti, l'ideale limita il godimento del soggetto nel gruppo. Ma la *Massenpsychologie* di Freud non lascia alcun dubbio: l'ideale non può mai soddisfare la pulsione. Al contrario, la rinuncia al godimento si paga con un rafforzamento sempre più intenso del super-io che diventa feroce. E il sintomo del soggetto si rafforza sempre di più. Proporre di sostituire l'ideale del soggetto con quello del terapeuta può produrre effetti di suggestione a volte pacificatori, ma per quanto tempo? La psicoanalisi non pregiudica mai sul bene del soggetto. Per questo motivo, non funziona con il "per tutti", ma con l'"uno per uno". Non cura con gli ideali, il che non significa che tutto sia lecito.

III. *Le psicoterapie dell'io ideale*¹⁸

Sono le terapie corporee. Attualmente ne esistono più di quattrocento varianti. Appartengono al gruppo delle terapie umanistiche con cui condividono il rifiuto di ogni pensiero, parola o ragionamento a favore delle emozioni. In nome del motto "ogni parola mente, solo il corpo dice la verità", il corpo viene sacralizzato. Conoscono il loro apogeo negli anni '70 e dichiarano di avere una lontana filiazione con Ferenczi e Reich. Essi sono giudicati meno dogmatici di Freud. Ma il rischio di menzogna veicolato da ogni parola non lascia sussistere altro che l'idea di una tecnica attiva applicata al corpo. Il paradosso di Epimenide il bugiardo non ha più alcuna rilevanza in questo caso. I neo-ferencziani e i neo-reichiani hanno conosciuto diverse generazioni. Attualmente possiamo distinguere due gruppi a seconda che rimanga o meno qualcosa della parola:

- le terapie basate sul grido: promettono di ritrovare l'unità originaria perduta attraverso una rinascita concepita come un grido neonatale. Wolfsohn e Hart propongono il grido nello sviluppo personale; il grido può anche essere reichiano; Daniel Casirel attualizza il grido per i tossicodipendenti e Arthur Janov propone il *grido primario*. Il suo lavoro ha avuto un certo successo, ma è stato violentemente criticato per i suoi metodi rigidi e dannosi.

- le terapie corporee: ne esistono moltissime, dal rilassamento alla bioenergia, alla vegetoterapia, al massaggio, al *rolfing*, al training autogeno di Schultz, all'autoipnosi. Sono tutti metodi di ginnastica più o meno dolce. Queste psicoterapie sono terapie dell'io ideale. Rafforzano sempre più il dominio dell'io che copre la divisione del soggetto. Per quanto riguarda l'ipnosi, che non trattiamo qui, ci accontentiamo di ricordare che Freud la rifiutò per almeno due ragioni: in primo luogo, non tutti i soggetti sono ipnotizzabili, inoltre, la fine del trattamento implica sempre un ritorno del sintomo.

IV. *Le psicoterapie umanistiche*

È una corrente che si definisce in opposizione alla ragione e alla scienza. Sono contro la psicoanalisi, contro le terapie scientifiche e contro le terapie sistemiche. Rappresentano il complemento dell'anima rifiutata dalla scienza. La felicità è propagata dal suo programma come in quello della costituzione americana. Si fonda sul mito rousseauiano di una natura umana profondamente buona. Il sintomo è concepito come il risultato di un conflitto tra l'individuo e l'esistenza.

La prima generazione di psicoterapia umanistica proponeva soprattutto terapie gestaltiche, ideale della buona forma immaginaria da trovare e gruppi di incontro, ideale di un incontro che non sarebbe fallito. La seconda generazione propone nuove terapie, la maggior parte delle quali sono terapie esistenziali. L'unità originale è possibile da trovare a condizione di colmare il vuoto dell'esistenza e dare un senso alla vita. Il progetto è francamente ermeneutico.

¹⁸ R. Ferrero, "Nouvelles thérapies : origines et développement", 1995, E.M.C., psy. vol. 5.

Tra le terapie esistenziali possiamo distinguere tre gruppi:

- Le terapie di confronto con la realtà: citiamo la terapia maratona di 24 ore; la *Schicksanalyse* (analisi del destino) di Szondi; e la terapia di Morita. Ognuna di queste terapie propone di aiutare il paziente ad affrontare la realtà. Il trattamento consiste quindi nel sottrarre il paziente da tale realtà, immergendolo in un isolamento totale più o meno lungo. Infine, viene posto sotto la tutela del terapeuta che si propone esplicitamente come maestro-padrone che guida.

- La logoterapia di Frankl: Frankl appartiene alla stessa generazione di psichiatri viennesi di Bettelheim, salvati dai campi di concentramento. Parte dall'idea che la natura umana sia profondamente buona. Basta solo trovare il senso della vita¹⁹.

- Le psicoterapie spirituali propriamente dette. Notiamo che nel 1992, un certo Peck propone come sesto asse del DSM la valutazione spirituale di tutti i pazienti, pena la responsabilità professionale. Queste psicoterapie si formano in reazione a quelle di stampo corporeo che sacralizzano il corpo e all'umanesimo angelico che afferma con Rogers la bontà originaria dell'uomo. Si rifiutano di limitare la spiritualità a una categoria psicologica. Possiamo isolare tre gruppi di psicoterapie esistenziali a seconda che siano cristiane, di Finch, cattoliche, di Van Kaah²⁰ e contemplative, di May²¹. Hanno in comune l'idea che la divisione del soggetto sia riassorbibile. Il mito del peccato originale parla della divisione del soggetto all'origine. Ma propone anche una promessa di felicità radicale, non sulla terra, solo nell'aldilà. La felicità è la morte, può essere intesa con Hegel come il messaggio ateo del cristianesimo che proclama "Dio è morto". Identificare la felicità e la morte è un modo comodo per lavarsene le mani: affidare le chiavi della divisione soggettiva a Dio, rimandando il momento della verità del desiderio al momento del giudizio finale. Secondo punto: queste psicoterapie mostrano come il principio di ogni psicoterapia sia quello di far credere al soggetto che crede in suo padre, in questo caso eterno: un padre morto che chiuderebbe gli occhi al desiderio e dal quale si potrebbe essere amati. Terza osservazione: esse dimostrano anche come la psicoterapia conduca sempre al peggio in quanto conduce al padre²². Sull'onda della New Age negli Stati Uniti, esse si inseriscono nel movimento controculturale che promette valori spirituali come l'appello alle potenze occulte che si dispiegano nelle sette di ogni tipo.

È il ritorno dell'anima e di Dio dopo gli ideali scientifici dell'uomo animale e dell'uomo macchina, dopo l'ideale del corpo degli anni Settanta. Questo percorso nel campo delle psicoterapie di ogni tipo ci suggerisce almeno due osservazioni: da un lato non esiste alcuna unità delle psicoterapie, nessun campo, nessun discorso che permetta di definire cosa sia uno psicoterapeuta e dall'altro lato: è psicoterapeuta colui che riceve la lamentela di un soggetto che soffre. È lo stesso luogo dello psicoanalista. Ma solo lo psicoanalista tiene conto degli effetti del transfert perché opera a partire dall'inconscio e la sua messa in atto è il transfert. Gli psicoterapeuti moderni rifiutano di tenere conto degli effetti transferali e ritengono che siano i loro principi a curare.

Concluderò queste parole con due domande sulla psicoanalisi e sullo psicoanalista. La psicoanalisi ha un effetto terapeutico, come definirlo? La psicoanalisi non promette la felicità nel senso dell'omeostasi. Propone una terapia del desiderio. Ciò presuppone per il soggetto alla fine dell'analisi un godimento pulsionale al di fuori delle norme stabilite, prescritte e di tutti i *prêt-à-porter* del godimento proposti dalla globalizzazione della scienza. La psicoanalisi propone di far esistere la pulsione nel modo giusto, quello che è proprio del soggetto, cioè senza la giustificazione dell'Altro e

¹⁹ V. Frankl, *The doctor and the soul : from psychotherapy to logotherapy*, Knopf A edit, New-York, 1965.

²⁰ A. Van Kaah, *On being yourself*, Dimension Books, Denville, New-York, 1972.

²¹ R. May, *Existential Psychology*, Random House, New-York, 1961.

²² J. Lacan, "Televisone", in *Altri scritti*, op. cit.

dei suoi ideali. È un modo non necessariamente legittimo, ma nemmeno necessariamente delinquenziale. Jacques-Alain Miller chiedeva: in che modo la psicoanalisi può dire con Saint-Just che la felicità è sempre nuova? Al di là del saldo cinico della pulsione, quando la nevrosi di destino viene deprogrammata, allora il gioco con l'Altro può riprendere in modo nuovo. Unica possibilità di rimanere aperti alla sorpresa dell'incontro: allora la buona-ora è sempre nuova, almeno nel fatto che il riso è presente all'appuntamento.

La psicoanalisi ha un effetto terapeutico, ma non è il suo obiettivo finale. Al di là del trattamento individuale, Freud e poi Lacan assegnano alla psicoanalisi un obiettivo scientifico: trattare il disagio della civiltà. Non c'è altro modo per rispondere a questo che garantire la formazione degli psicoanalisti. La domanda che non cessa di rivolgersi agli psicoanalisti dopo più di un secolo testimonia la fiducia di un vasto pubblico nella psicoanalisi, al di là di ogni possibile regolamentazione. La psicoanalisi deve essere degna di questa fiducia e ciò implica innanzitutto che lo psicoanalista possa definirsi come psicoanalista. Nella Scuola di Lacan, lo psicoanalista è responsabile della trasmissione e della diffusione del discorso analitico. È anche una questione di desiderio.

Traduzione: Adele Succetti