



1.

INTRODUZIONE

1. INNANZITUTTO DELLE PRECISAZIONI TERMINOLOGICHE

Si sa che moltissime persone dicono di aver 'fatto l'analisi'. Questa espressione indica un uso generico, improprio e in alcuni casi truffaldino del termine 'analisi'. Certamente questo può dipendere anche dal fatto che la psicoanalisi ha segnato una svolta così netta nella cultura scientifica del Novecento, toccando in modo così profondo l'immaginario collettivo, che la dizione 'fare l'analisi' può essere comprensiva di qualsiasi situazione in cui è successo di 'aver parlato con qualcuno (che si suppone se ne intenda) di sé'.

Il fatto è che questa terminologia non è usata, come si potrebbe pensare, solo da persone poco informate, ma anche da laureati in psicologia e medicina, e in qualche caso da 'addetti ai lavori'. Talvolta questa espressione viene utilizzata anche da diversi terapeuti in maniera impropria, e tutti noi sappiamo quanto le parole siano importanti.

Allora, anche se potrà sembrare ai più superfluo, preferisco mettere i puntini sulle 'i' e distinguere molto schematicamente almeno quattro situazioni che, essendo differenti, vanno chiamate in modo diverso:

1. **Atti con valenza psicologica:** è evidente fin dall'antichità come qualsiasi atto che ha a che fare con la cura del corpo o dell'anima, abbia un impatto psicologico, non fosse che per il fatto che si rivolge a una persona che ha suoi affetti, paure, speranze e in alcuni casi un disagio psichico. Se poi questo atto si esplica soprattutto con parole - lasciamo volutamente da parte l'effetto catartico delle manifestazioni artistiche di qualsiasi genere - è evidente come queste stesse parole possano avere effetti 'buoni' o 'cattivi', e che dunque possano avere una 'valenza psicologica' se non addirittura 'psicoterapeutica'. Sappiamo quanto le parole di un amico, di un superiore, di un genitore, possano in un certo momento della vita ottenere un credito e un effetto straordinario indelebile, 'psicoterapeutico', nel senso che qualcosa di noi in seguito a queste parole, consigli o ammonimenti, 'cambia'. In queste situazioni non c'è né un setting psicoterapico né

uno psicoterapeuta, ma figure assai varie che rappresentano ovviamente le istanze genitoriali. Non si creda che queste situazioni siano trascurabili, anzi. Qualora però siano gestite da figure o da operatori che poco sanno delle dinamiche transferali e controtransferali, diventano di fatto anche situazioni ad alto rischio psicologico. Questo rischio si è fatto più frequente e consistente con il diffondersi, specie attraverso i media, di una 'cultura psicologica', che va proprio messa tra virgolette in quanto generica, fuorviante e in alcuni casi deteriora. Detto questo però non voglio neppure trascurare quanto invece la stessa cultura di derivazione psicologica e dinamica, pur sempre con una dose di rischio, abbia conquistato spazio nel mondo medico (ne sono testimonianza la nascita della 'psicologia medica', le esperienze dei gruppi Balint, e l'opera degli psicologi nelle strutture mediche e assistenziali), favorendo in molti operatori una maggior consapevolezza dell'importanza delle dinamiche relazionali nella cura del corpo del paziente.

2. **Psicoterapia:** con questo termine si intende un preciso intervento psicologico usato consapevolmente per alleviare disturbi psichici o somatici, da parte di operatori formati. C'è dunque una tecnica, un setting ben preciso, e un terapeuta formato con una precisa identità professionale. Diversi riferimenti teorici e metodologici stanno alla base delle diverse psicoterapie e ai giorni nostri danno vita alle varie scuole di psicoterapia: oltre a quella psicoanalitica, la cognitivo-comportamentale e la sistemica, per citare le più importanti, ma si potrebbe dire che il numero delle scuole è infinito e forse pari al numero dei terapeuti. Ironia a parte, è chiaro che il recente proliferare di scuole di psicoterapia, in seguito alla legge che ne voleva una regolamentazione, non ha evitato il rischio che esistano scuole serie e altre meno serie, al di là della 'copertura' ideologica o metodologica che hanno. Così l'affidabilità di una scuola è più dipendente dalle regole interne che dall'impostazione teorica, per quanto anche questo ultimo aspetto sia discriminante almeno nel caso di orientamenti poco scientifici o del tutto bizzari. Non è neppure da sottovalutare il problema dei cosiddetti 'terapeuti selvaggi', i più pericolosi perché non controllati da nessuno, neppure da una scuola per quanto 'scalcinata' possa essere. Si spera che almeno questo fenomeno possa essere meglio governato da un auspicabile perfezionamento della recente legge sulla psicoterapia.
3. **Psicoterapia psicoanalitica:** psicoterapia di derivazione dinamica,

con regole e setting specifici, differenti in quanto si rivolgono a situazioni o patologie diverse (come la cura delle psicosi, o dei bambini, o di gruppi) ma che si ispirano alla psicoanalisi. Lo psicoterapeuta ha una formazione psicoanalitica nel senso che si è sottoposto almeno a un'analisi personale con uno psicoanalista dell'IPA (*International Psychoanalytical Association*). Questa mi sembra essere l'unica condizione imprescindibile, anche se i criteri attuali (quelli legislativi) mettono l'accento più sul training indicato dalla scuola di psicoterapia psicoanalitica cui l'allievo accede, e il problema dell'analisi personale, in alcune scuole, risulta essere un punto un po' oscuro (analisi 'brevi' fatte con non psicoanalisti, che poi sono gli stessi insegnanti della scuola! ... ed altre amenità del genere). Al polo opposto vi sono tanti bravi psicoterapeuti ad orientamento analitico, tra cui ovviamente anche psicoanalisti, che nel loro studio o nell'istituzione fanno psicoterapie psicoanalitiche, persone che hanno tutti i requisiti, per preparazione personale e clinica, per condurre psicoterapie psicoanalitiche a breve e a lungo termine.

4. **Psicoterapia dinamica breve:** questo termine va usato, sempre all'interno della psicoterapia psicoanalitica, con la specificazione che si tratta di trattamenti che si svolgono in un tempo determinato, o comunque breve. Essendo questo il tema principale di questo libro, lo rimando ai capitoli successivi dove verrà compiutamente esPLICITATO.
5. **Psicoanalisi:** qui non vi dovrebbero essere problemi di ambiguità: la psicoanalisi, secondo una precisa definizione di Amedeo Limentani del 1983 - al tempo presidente dell'IPA - può essere definita come «un corpo di conoscenze sul funzionamento mentale, una disciplina scientifica che si è sviluppata dall'opera di Sigmund Freud. Essa comprende un metodo d'indagine sul funzionamento mentale e dei disordini mentali, come pure un metodo di cura. Il trattamento psicoanalitico del paziente è lo strumento di base, sia della ricerca sia della terapia». Mentre 'psicoanalista' può dirsi chi, avendo fatto un preciso training, risulta essere iscritto all'IPA. In questo ambito dunque *non vi dovrebbero* essere problemi di ambiguità, ma in realtà ve ne sono: non vi è infatti legge che tuteli il titolo di psicoanalista restringendolo agli iscritti all'IPA; chiunque invece può autodefinirsi 'psicoanalista' o psicanalista, e provarci. Il fatto è che il complesso lavoro dell'analisi sul transfert e sul controtransfert non s'improvvisa, e necessita quindi di una rigorosa formazione.

2. LA PSICOTERAPIA E IL SUO RAPPORTO CON LA SUGGESTIONE E LA SCIENZA

C'è un altro livello da considerare, oltre a quello della Babele delle psicoterapie, ed è quello del conflitto tra la psicoterapia psicoanalitica e il mondo delle scienze sperimentali e biologiche. Sono noti da tempo gli effetti delle cosiddette terapie psicologiche, e questo ben prima della nascita della psicoanalisi; sono noti, ma da sempre tacciati di ascientificità. Freud nello scritto *Psicoterapia* mette per l'appunto in rilievo come «a molti medici la psicoterapia appare ancor oggi come un prodotto del misticismo moderno e, in confronto ai nostri mezzi terapeutici fisico-chimici, che vengono applicati in base a cognizioni fisiologiche, appare come assolutamente non scientifica, indegna dell'interesse del ricercatore» (1904, 429). Come si vede le cose non sono affatto cambiate rispetto ai trattamenti farmacologici odierni che sono ritenuti il prototipo del trattamento 'scientifico', replicabile e controllato. Certo non dobbiamo aspettarci di far cambiare idea ai sordi solo perché affermiamo il contrario. Abbiamo invece bisogno di ricerche serie in un ambito sicuramente difficile quale quello dell'efficacia delle psicoterapie, anche se, d'altro lato, non tutte le ricerche in ambito farmacologico appaiono esenti da critiche 'scientifiche' e chiunque abbia lavorato in ambito universitario psichiatrico sa di questo fenomeno, con l'evidente 'conflitto di interessi' dovuto al fatto che i finanziamenti per la ricerca vengano poi prevalentemente proprio dalle case farmaceutiche.

Non che il mondo della psicoterapia non abbia le sue colpe, dato che non è riuscito a valorizzare l'importanza dell'intervento 'umano' rispetto a quello farmacologico: «Non è un'affermazione moderna, ma una sentenza di antichi medici, che a guarire queste malattie non è il medicamento, bensì il medico, cioè la personalità del medico» (431). Freud sottolinea che anche affermazioni del tipo 'Presto starà bene di nuovo' sono una 'tecnica' da non disprezzare, anche se va praticata consapevolmente. Si tratta però di interventi 'suggestivi', che possono essere utilizzati in qualche caso, ma che naturalmente non vanno confusi con la psicoterapia psicoanalitica propriamente detta. «Il metodo analitico di psicoterapia è quello che agisce più a fondo, che porta più lontano, e quello per cui si ottiene nel malato il più rilevante cambiamento [...] l'unico a insegnarci qualcosa sull'origine e sulla interconnessione dei fenomeni morbosi» (*ibidem*). In effetti, prima della psicoanalisi nulla si sapeva sulla mente che non fosse in qualche modo compreso

in un pensiero magico o religioso o, nel migliore dei casi, filosofico. Si procedeva dunque 'al buio', con i pro e soprattutto i contro di questa ignoranza.

La differenza più rilevante tra gli interventi suggestivi (usati non solo in psicoterapia ma soprattutto negli interventi 'medici') e la psicoterapia psicoanalitica ancora una volta è Freud a indicarcela con la consueta lucidità, ripercorrendo la celebre antitesi di Leonardo da Vinci per quel che riguarda le arti, tra le tecniche 'per via di porre' e quelle 'per via di levare': «la tecnica della suggestione cerca di agire 'per via di porre', non curandosi della provenienza, della forza e del significato dei sintomi patologici, ma sovrapponendovi qualcosa, vale a dire la suggestione, dalla quale essa si attende che sia abbastanza forte da impedire all'idea patogena di manifestarsi. La terapia analitica, invece, non vuol sovrapporre né introdurre alcunché di nuovo, bensì toglier via, far venir fuori, e a tale scopo si preoccupa della genesi dei sintomi morbosi e del contesto psichico dell'idea patogena che mira a eliminare» (432).

Ma non sarebbe meglio, data questa alternativa, 'porre', cioè coprire? Non è questa procedura fonte di minor dolore? Certamente sì, ma i suoi risultati non sono duraturi: «In tutti i casi gravi ho visto sgretolarsi la suggestione che vi era stata sovrapposta, dopo di che ricompariva la malattia o qualcosa che la sostituiva. A questa tecnica rimprovero altresì di impedirci la comprensione del giuoco delle forze psichiche» (433). Questo non significa che la psicoterapia psicoanalitica possa garantire risultati 'certi', ma a volte i critici pretendono da essa ciò che neppure la medicina e la chirurgia possono promettere. Chiaro che in alcune situazioni cliniche gravi, specie istituzionali, non si può che attuare una tecnica 'protesica', cioè di sostituzione di un pezzo mancante o di rinforzo di pezzi che stanno insieme in modo precario. Sta qui l'essenza della cosiddetta 'psicoterapia di sostegno'.

Quindi la suggestione non è un 'nemico' da eliminare; è invece un fattore variabile in qualsiasi contesto terapeutico, fattore essenzialmente 'aspecifico' e non caratterizzante il tipo di cura. Freud giustamente ha cercato di porre la psicoanalisi in antitesi con la suggestione, parlando de «il puro oro della psicoanalisi» e de «il bronzo della suggestione diretta» (1918, 28) e in tal modo ci ha suggerito che la relazione tra psicoanalisi e suggestione è inversamente proporzionale. Freud teneva molto a questa differenza probabilmente perché era partito dal trattamento ipnotico, che si fondava proprio sulla suggestione, che non era che l'ultimo in ordine di tempo di quella serie di trattamenti suggestivi, consape-

voli o meno che fossero, che comprendono gli atti e i rituali della medicina magica e prescientifica, con i suoi guaritori, esorcisti e magnetizzatori. Questo non significa, come si è detto, che non vi sia alcun rapporto tra suggestione e psicoanalisi: «Anche la psicoanalisi al pari di tutti gli altri metodi psicoterapeutici, agisce per mezzo della suggestione. Una differenza tuttavia esiste: nel nostro caso l'esito del trattamento terapeutico non è interamente affidato alla suggestione o alla traslazione» (Freud, 1924, 109).

Ma al di là del rapporto suggestione-psycoanalisi, ciò che è particolarmente interessante nella precedente citazione è l'affermazione, che può essere condivisa, che non vi è metodo psicoterapeutico (e anche terapeutico) che sia esente dalla suggestione. Semmai occorre rinunciare all'idea di padroneggiarla, rinunciare cioè alla vecchia idea di utilizzare l'influsso psichico che si ha su una persona (il paziente) che si trovi in uno stato di soggezione e dipendenza, in modo 'magico'. Così, se la psicoterapia «è la più antica terapia di cui la medicina si sia servita» (430) e i medici hanno sempre utilizzato, anche senza saperlo, la suggestione nei loro trattamenti anche fisici, la psicoterapia scientifica non è altro che «uno sforzo giustificato da parte del medico [di] tentare di impossessarsi di questo fattore, di servirsene intenzionalmente, di guidarlo e di rafforzarlo» (*ibidem*).

Di fatto la psicoanalisi, specie attraverso l'interpretazione del transfert, riduce l'influsso della suggestione, limitandola agli aspetti in qualche modo rituali del setting, e fondamentalmente agli aspetti preverbali. Diciamo che la suggestione è costitutiva di quel fenomeno che chiamiamo transfert (e influisce anche sull'analista se parliamo di controtransfert), ma sappiamo anche che l'obiettivo dell'analisi è l'analisi (dunque la consapevolezza) e poi la risoluzione, attraverso l'interpretazione, del transfert stesso.

Per quel che riguarda più propriamente gli 'effetti terapeutici' non vi è dubbio che la psicoterapia psicoanalitica non ha risolto i problemi aperti che da sempre ci sono intorno alla questione dell'efficacia delle terapie psicologiche. Tema questo tanto più attuale in quanto concerne il problema della ricerca in psicoterapia e cioè, come si vedrà in seguito, quello della validazione delle psicoterapie a orientamento psicoanalitico, problema che per traslato, a mio parere, coinvolge la psicoanalisi stessa.

Parlando anzi più propriamente della psicoanalisi, questa non ha mai nascosto di perseguire obiettivi più alti che non quelli 'medici', vale

a dire la conoscenza del soggetto o la ricerca della 'verità' che dir si voglia, che non necessariamente coincidono con un obiettivo terapeutico, mentre non si può dire altrettanto della psicoterapia psicoanalitica che mette l'accento, nel suo stesso nominarsi 'terapia', sulla cura degli aspetti patologici o disfunzionanti, ponendosi quindi come scopo la risoluzione del sintomo o un cambiamento di un comportamento o di una condotta patologica. Quindi certamente la psicoterapia psicoanalitica è più una terapia che una cura (nel senso più completo che ha quest'ultimo termine nell'indicare un 'prendersi cura' della persona e non del solo sintomo), concetto, questo, più vicino alla psicoanalisi, anche se naturalmente non può essere affatto escluso in un trattamento psicoterapico.

Anche se lo sforzo è quello di differenziare la psicoterapia psicoanalitica dalla psicoanalisi, è anche vero che non si può negare una zona di interposizione tra i due ambiti, distinzioni e giustapposizioni queste più evidenziabili all'atto pratico che in alcuni aspetti teorici. Era più facile il compito di Freud quando, nel 1904, pubblicò il lavoro *Psicoterapia* in cui differenziava in modo netto la sua psicoanalisi da ogni altro trattamento che si basasse sulla suggestione. Oggi il compito è più arduo in quanto la psicoterapia psicoanalitica, nata da una costola della psicoanalisi, in qualche modo ne è il suo rappresentante 'istituzionale', e per questo motivo non mi sembra rimandabile il problema della dimostrazione scientifica dell'efficacia di trattamenti che si rifanno teoricamente, in quanto a formazione dei terapeuti, e per certi versi anche in alcuni interventi tecnici (come l'interpretazione) alla psicoanalisi.

La formazione e l'esistenza stessa di un gruppo come il nostro, composto da psichiatri, psicoterapeuti, psicologi a orientamento dinamico, ci induce a porci nella pratica e nella teoria tutti i problemi sopra accennati, ad esempio a ritenere fondamentale l'opportunità che un servizio pubblico debba fornire non solo cure immediate per il disagio psichico, quali farmaci, riabilitazione e altri interventi 'istituzionali', ma che debba anche porsi il problema di fornire al paziente che vi ricorre un trattamento psicoterapico vero e proprio, per quanto 'breve', dove naturalmente se ne presentino le indicazioni, e che possa essere controllato nella sua efficacia.

3. IL PROBLEMA DELLA PATOLOGIA 'NON GRAVE' NEI SERVIZI PUBBLICI

Tutti coloro che operano nel servizio pubblico possono constatare la difficoltà di rispondere adeguatamente alla richiesta di psicoterapia da parte di pazienti non psicotici. I motivi di questa difficoltà, che saranno presi in considerazione più avanti, certamente dovrebbero indurre alla ricerca di metodiche psicoterapiche adeguate alla domanda del paziente e alle esigenze dell'istituzione, la quale è naturalmente portata a dedicarsi soprattutto alle cosiddette 'patologie gravi', sia in senso assistenziale che propriamente psicoterapico. In questo modo viene però trascurata o mal-trattata una vasta area di popolazione che chiede un aiuto psicologico per situazioni di disagio psichico che sono molto diffuse, quali ansia, depressioni, somatizzazioni.

Una risposta possibile a questo tipo di domanda, tenendo poi conto delle caratteristiche delle istituzioni alle quali questa può essere posta, potrebbe essere proprio una psicoterapia breve ad orientamento analitico. Che questa domanda e questa risposta siano attuali lo dice il sempre maggior interesse di psicologi, psichiatri e psicoterapeuti per questo argomento anche se, in psicoterapia breve, la mancanza di un quadro teorico e tecnico definito e unico, l'eccessiva variabilità delle indicazioni cliniche, la scarsità e la disomogeneità dei dati sull'efficacia del trattamento, fanno sì che questo tipo di tecnica psicoterapeutica non sia ancora così diffusa e praticata come ci si potrebbe aspettare, almeno nel nostro paese.

Con un occhio dunque, da una parte, alle esperienze di psicoterapia breve fatte nell'istituzione, condotte all'estero da gruppi già consolidati e guidati da autorevoli psicoanalisti o psicoterapeuti di orientamento dinamico (Davanloo, Sifneos, Gilliéron e altri) e, dall'altro, alle particolari esigenze dei pazienti incontrati nei nostri servizi pubblici, si è andata via via formulando un'ipotesi di lavoro sviluppatasi intorno ad alcuni temi che, nella nostra elaborazione, riteniamo centrali. Questi temi sono:

- **Tempo**
- **Separazione**
- **Interpretazione**
- **Controtransfert**

Questa semplificazione schematica non rende comunque ragione delle intricate e inscindibili relazioni tra questi stessi elementi. Il tempo

ed una riflessione sullo stesso si impone alla luce di almeno due gruppi di questioni, una di ordine pratico, e una di tipo teorico; nel caso infatti di un'istituzione, i tempi possibili di lavoro e presa in carico di pazienti sono limitati dalle risorse della stessa istituzione, e dall'investimento che essa può fare – in genere limitato – sulla psicoterapia psicoanalitica; in secondo luogo il tempo determinato è una precisa scelta teorica e metodologica, allo scopo precipuo di favorire una maggiore definizione di setting che altrimenti, nella psicoterapia istituzionale, spesso rischia di perdersi nella notte dei tempi di progetti e trattamenti a scadenza indeterminata (se non interminabili o soggetti a brusche interruzioni). In seguito avremo modo di approfondire quella che è poi diventata la questione centrale, e cioè come un tempo predeterminato diventi la questione teorica attorno alla quale si orienta in modo del tutto peculiare il corso del trattamento, dal materiale portato in seduta al lavoro del terapeuta, ed è qui che si connette il tema della 'separazione'.

In principio si era pensato che l'indicazione minima necessaria perché un paziente potesse sostenere un trattamento *time-limited* fosse la presenza nella sua storia di un evento luttuoso reale, che si potesse ritenere o all'origine o punta di un iceberg della sofferenza riferita e con la quale il paziente giungeva a consultazione. In questo senso si pensava che l'occasione di elaborare in un setting psicoterapico un lutto non elaborato – non ritenuto d'altra parte dal paziente fonte dei suoi disturbi – accompagnando questa esperienza 'catartica' con un attento lavoro di interpretazione, fornisse a questo tipo di persone un aiuto significativo all'alleviarsi della loro sofferenza. Poi scoprivamo che tutto ciò può avvenire proprio grazie al riproporsi in qualche modo 'concreto' nell'*hic et nunc* di un nuovo evento di perdita, che è quello insito nel termine annunciato del trattamento, ovvero la perdita del terapeuta al termine della cura. Questo rinnovarsi del lutto e della perdita, in vista della separazione finale, avviene però all'interno di un setting contenitivo e stabile, che, proprio per questo, ne favorisce una più adeguata elaborazione, comprensione e superamento. Ecco perché il terzo elemento teorico fondamentale attorno a cui ruota la nostra esperienza clinica non poteva che essere una riflessione sull'interpretazione classica, in particolare su quella di transfert e su quelle che evidenziassero contenuti legati alla separazione; essenziale strumento dunque, l'interpretazione, per creare quel ponte così necessario a qualsiasi cura che prenda linfa dalla psicoanalisi tra presente, passato e futuro.

Questi elementi (tempo, separazione, interpretazione e, non ulti-

mo, il controtransfert) verranno, proprio per la loro importanza, presi in considerazione all'inizio di questo libro.

Negli anni poi, acquisita maggiore dimestichezza con questa tecnica particolare, ci siamo accorti che forse si poteva pensare che non solo pazienti con eventi reali luttuosi potevano essere indicati per questo trattamento, ma che essendo centrale il tema più complesso dell'angoscia di separazione, si prestavano ad un lavoro simile anche persone che, dopo aver escluso come negli altri casi tutte le eventuali alternative, presentassero nella propria storia come centrale il timore, o l'angoscia vera e propria, nei riguardi di eventi più ampiamente riferibili alle dinamiche di *separazione dall'oggetto*. Tra questi includiamo innanzitutto alcuni pazienti che, come i primi, presentano disturbi somatoformi, in connessione non tanto con un evento luttuoso concreto ma 'simbolico', vale a dire una perdita non reale. Altri che presentano un quadro clinico di 'attacchi di panico', altri con situazioni depressive più o meno profonde, casi in cui, per definizione, si percepisce di essere depressi, ma non si è in grado di risalire ad un evento di perdita che possa aver originato questo stato. In tutti questi casi, in modo naturalmente variabile, si assiste nelle dinamiche interne del paziente a una sorta di difficoltà, fino ad un'incapacità, di separarsi dall'oggetto. In particolare, dal punto di vista sintomatologico, al di là della diagnosi effettuata secondo i criteri del DSM IV, si è spesso di fronte a una sofferenza più somatizzata che psichica, una sorta di *continuum* isterico, fino alla somatizzazione dell'angoscia in forma di panico, o alle somatizzazioni depressive. In questi casi la separazione, non ben avvenuta, riguarda il doppio versante dei confini corpo/mente, e Sé/altro, per cui la difficoltà di vivere il *dolore psichico* dovuto al paventarsi delle situazioni interne/esterne di separazione dall'oggetto si traduce spesso in dolore somatico. Evidentemente però, parallelamente a queste caratteristiche, dovrebbe essere anche ricercata la presenza di altre aree in cui, almeno una volta, sia stato possibile vivere una qualche separazione; dove cioè sia rintracciabile qualche cosa di psichico, nella forma di una difficoltà o di una mancanza 'psichica' di separazione/differenziazione rispetto al mondo interno; è il caso di quei 'tardo-adolescenti' alle prese con la riedizione del processo di separazione-individuazione al momento del distacco dalla famiglia, o dall'istituzione universitaria al momento della laurea, e di tutte quelle difficoltà che insorgono nelle tappe cruciali della vita (matrimonio, figli, pensionamento) che funzionano proprio come momenti di crisi, in quanto impongono un movimento interno di

'separazione' da un'immagine di sé precedentemente acquisita.

Ultima ambizione di questo libro è quella di mettere l'esperienza descritta a confronto con il problema dell'efficacia della psicoterapia e della necessità di una **validazione**. A questo proposito, il nostro punto di partenza sono state le esperienze di Luborsky e di Mergenthaler e Kachele, i quali hanno affrontato il problema della validazione inaugurando un modello di ricerca che è stato definito sul 'processo psicoanalitico'. Come vedremo più ampiamente nella sezione dedicatavi, questo tipo di ricerca si propone di rendere quantitativamente osservabile e analizzabile ciò che di per sé possiede una variabilità qualitativa non facilmente registrabile, come è il caso dell'esperienza psicoterapeutica, indicando parametri e metodologie atte ad avvicinare fattori così differenti, quali il lavoro psicoterapico di derivazione psicoanalitica, che è classicamente qualitativo, da un lato, con fattori di ordine quantitativo, attraverso l'ausilio di metodi informatizzati.