

Studi

Mente e cervello: equivoci epistemologici e clinici a proposito della cosiddetta “integrazione” tra farmaci e psicoterapia

Paolo Migone

Ricevuto il 23 giugno 2013, accettato il 28 luglio 2013

Riassunto Gli psicoanalisti o terapeuti psicodinamici che pongono il problema della cosiddetta “integrazione” o “associazione” tra farmaci e psicoterapia smascherano una teoria della tecnica stereotipata, che può portare a errori anche in una terapia *senza farmaci*. Infatti il dato clinico non viene interpretato ma preso per il valore di facciata, per cui la prescrizione farmacologica viene concepita come avulsa dagli interventi “psicologici”, i quali soli sarebbero da comprendere. Può trattarsi di una cultura *anti-psicoanalitica*, basata su una sorta di teoria delle etichette. Non si capisce perché il farmaco non debba appartenere alla stessa categoria logica di tutti gli altri interventi o fatti che accadono nella relazione. I trattamenti farmacologici sono sempre associati, combinati o integrati con quelli non farmacologici, per cui la vera alternativa non è tra psicoterapia e farmaci ma tra “interventi psicologici” e “interventi psicologici associati a sostanze ritenute psicoattive”.

PAROLE CHIAVE: Integrazione tra farmaci e psicoterapia; Terapie combinate; Problema mente/corpo; Teoria della tecnica psicoterapeutica; Epistemologia.

Abstract *Mind and Brain: Epistemological and Clinical Misunderstandings on the so-called “Integration” of Medication with Psychotherapy* – Psychoanalysts or psychodynamic therapists who consider the so-called “integration” or “combination” of psychotherapy and medication to be problematic reveal a stereotyped theory of technique that may lead to errors even in therapies without drugs. In fact, the happenings within the therapeutic situation are not interpreted but taken at face value: drugs are seen as “something else”, separated from the so-called “psychological” intervention (i.e., only the latter should be interpreted or understood). This approach seems to be anti-psychoanalytic, being based on a sort of labeling theory. It is not clear why medication should not belong to the same conceptual category as any other intervention or fact within the psychotherapeutic situation. Pharmacological interventions are always associated or combined with non-pharmacological interventions, so that the true alternative is not between psychotherapy and medication, but between “psychological interventions” and “psychological interventions associated with medication believed to be psychoactive”.

KEYWORDS: Integration of Medication with Psychotherapy; Combined Treatment; Mind/Body Problem; Theory of Psychotherapeutic Technique; Epistemology.

P. Migone - Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it) (✉)
E-mail: migone@unipr.it



IN CONVEGNI E RIVISTE SPESSO SI DISCUTE della cosiddetta “integrazione” o “associazione” tra farmaci e psicoterapia, con la evidente implicazione che essa rappresenti un problema. In questo lavoro si intende argomentare che il vero problema non sia se, come o quando associare farmaci e psicoterapia, ma il fatto stesso che esso venga posto, cioè che vi siano ancora colleghi che sentono l’esigenza di porlo, per cui è in un certo senso di interesse sociologico.

La posizione che qui si cercherà di sostenere (e che è stata esposta anche in lavori precedenti, qui in parte ripresi)¹ è che già il solo porre questo problema smaschera una sottostante cultura psicoterapeutica che porta a errori tecnici anche nella psicoterapia *senza farmaci*.

■ In che senso la psicoterapia e i farmaci sono “cose diverse”?

Il problema della associazione tra psicoterapia e farmaci spesso viene posto nei termini della legittimità o meno di prescrivere farmaci da parte dello psicoterapeuta, in quanto la loro prescrizione si scontrerebbe con la logica della psicoterapia: ad esempio in psicoanalisi, e nelle psicologie interpretative in generale, vi è chi ritiene che, se il compito del terapeuta è quello di interpretare il significato di determinati comportamenti o della relazione interpersonale, la somministrazione di farmaci rappresenterebbe un atto incoerente, possibilmente un fattore distruttivo della terapia, o un “agito” – un *acting out*, anzi un *acting in*, cioè un agito all’interno della terapia – quindi una difesa del terapeuta (che “agisce invece di comprendere”).

Secondo questi colleghi i farmaci non dovrebbero mai essere prescritti durante una psicoanalisi, e, se proprio devono essere prescritti, può essere opportuno farli prescrivere da un altro operatore (ci si può chiedere peraltro quale possa essere la differenza, in termini di “agiti”, tra prescriverli o farli prescrivere).

Se questi colleghi sono degli psicoanalisti (e colpisce notare quanti pongono questo problema), essi rivelano una concezione che si può definire squisitamente *antipsicoanalitica* del modo di fare terapia, e questa concezione, co-

me si è detto, non può che ripercuotersi anche sul modo stesso di condurre le terapie *senza farmaci*, perché riguarda la teoria della tecnica (per la questione della identità della psicoanalisi e della differenza tra psicoanalisi e psicoterapia, che qui è centrale, si rimanda ad altri lavori).²

Questi colleghi infatti intendono la prescrizione farmacologica come un intervento a parte, “somatico” o “biologico”, avulso dagli altri interventi che sarebbero puramente “psicologici”. Quindi gli interventi farmacologici (o i loro effetti) non andrebbero interpretati, capiti, discussi, ma presi per il loro valore di facciata, mentre solo gli interventi cosiddetti “psicologici” sarebbero legittimamente interpretabili, il cui significato cioè andrebbe approfondito.

Quello che non è chiaro è con quale criterio il farmaco non dovrebbe appartenere alla stessa categoria logica di tutti gli altri interventi o fatti che accadono nella relazione.

La concezione sottostante alla pratica di coloro che ritengono che i farmaci in psicoanalisi siano un problema è quella secondo la quale i significati degli eventi che accadono in terapia (compresi gli effetti e il senso della prescrizione farmacologica) non devono essere scoperti o compresi durante la terapia stessa, ma sono già aprioristicamente conosciuti, per cui la terapia non sarebbe altro che un applicare etichette precostituite.

In altre parole, un terapeuta può ritenere che un farmaco antidepressivo abbia sempre un determinato effetto a lui già noto, e non un altro effetto che eventualmente scopre in seguito e che è determinato anche dal modo con cui il paziente lo vive. Per fare un esempio, un terapeuta può ritenere che il paziente³ viva la prescrizione farmacologica in modo stereotipato, secondo il ben noto *cliché* secondo il quale essa rappresenterebbe sempre un “attacco alla terapia”, una sfiducia nel lavoro che si sta facendo, mentre invece – alla luce del modo con cui il paziente vede le cose, cioè del suo transfert, o della particolare situazione clinica che si è venuta a creare – potrebbe essere vissuta esattamente al contrario, cioè come un aiuto, il paziente potrebbe sentirsi maggiormente capito dal terapeuta, e così via.

A livello teorico, in un sistema di aspettative che prevede, tra le scelte possibili, la prescrizione farmacologica, prescrivere farmaci è una operazione identica al *non prescriberli*: entrambi sono interventi dotati di significato rispetto alla prestazione attesa. Un paziente senza farmaci, ma che ne ha bisogno perché si suppone sia privo di una determinata sostanza, riceve lo stesso *input* “biologico” di un paziente che li riceve. Il farmaco è un *input* nell’organismo che, come ogni altro *input*, ha effetti sia “biologici” che “psicologici” (effetto placebo, non placebo, *nocebo*, ecc.).

Forse che lo psicoanalista dovrebbe rifiutare di analizzare un paziente che ha l’abitudine di prendere un caffè al mattino? Il caffè è un farmaco con effetti specifici e, anche se nell’immaginario collettivo non è considerato un farmaco, esso può essere consapevolmente assunto allo scopo di ottenere gli stessi effetti (per esempio stimolanti) prodotti da sostanze etichettate come farmaci (il caffè, peraltro, viene a volte impiegato in medicina come medicamento).

L’assunzione del caffè potrebbe cioè essere un’operazione psicologica identica alla assunzione di un farmaco, con le medesime implicazioni conscie e inconscie e gli stessi effetti in termini di eventuali effetti placebo: il soggetto, o “paziente”, potrebbe certamente viverci come passivo rispetto al cambiamento, ma sappiamo che vi possono essere modi diversi di sentirsi “passivi” o “attivi” di fronte alla assunzione di una sostanza psicoattiva, per cui anche qui può non essere appropriato generalizzare perché si perderebbero informazioni preziose sullo specifico modo di sentirsi più o meno passivo o attivo da parte di un determinato paziente.

Inoltre, come è noto, le stesse sostanze ritenute “farmaci” in determinate culture o sottoculture non lo sono in altre, così come avviene per alcune sostanze cosiddette “illecite”, e in una certa misura non vi è un confine netto tra sostanze ritenute “farmaci” e “non farmaci”. Per fare un semplice esempio clinico, lo psicoanalista dovrebbe interpretare la stimolazione psichica ricevuta dal paziente a causa del caffè come dovuta al transfert? Solo al transfert? In parte al transfert e in parte al farmaco caffè?

Solo al caffè? Ma non sono questi i problemi quotidiani dello psicoanalista e più in generale del terapeuta che segue una psicologia interpretativa? E che dire della paziente in tensione premestruale e possibilmente depressa e tesa? È influenzata dal transfert? Essendo affetta da una condizione “organica”, dovrebbe allora interrompere subito l’analisi e inviarla a uno specialista? E così via.

La “divisione del lavoro” tra psicoterapeuta e psicofarmacologo

Si può obiettare che gli *input* forniti dallo psicoanalista siano diversi da quelli forniti da altri colleghi, come se vi fosse una sorta di “divisione del lavoro” tra psicoanalista e psicofarmacologo, caldeggiata da quei terapeuti che, per fare un lavoro “pulito”, preferiscono far prescrivere i farmaci da un altro professionista.

Anche questo ragionamento però potrebbe rivelare la stessa concezione sottostante, che qui è stata definita antipsicoanalitica: ritenere che l’interpretazione sia già data, iscritta nel dato comportamentale come in una sorta di psicologia comportamentistica. È una psicologia di tutto rispetto, ma non è psicoanalitica, rientra in una “teoria delle etichette”.

Perché mai l’effetto di un farmaco dato da un altro collega – al quale, peraltro, il paziente può essere stato inviato dal terapeuta stesso – non sarebbe interpretabile, come se avesse un significato *a priori*, o necessariamente diverso dall’effetto dello stesso farmaco dato dal terapeuta? Sicuramente l’effetto placebo può essere diverso a seconda del modo con cui il farmaco viene somministrato e dei modi con cui avviene l’invio.

Perché uno o più di questi aspetti dovrebbe essere eliminato dal campo interpretativo? Perché non potrebbe essere arricchente analizzare anche gli effetti (eventualmente anche transferali) di un farmaco dato dallo psicoanalista? O, se è per questo, analizzare la reazione ai farmaci dati da un altro collega?

L’invio del paziente a uno psicofarmacologo per una prescrizione farmacologica può essere giustificato solo dal fatto che il terapeuta non

possa dare farmaci (ad esempio nel caso sia uno psicologo) o non si ritenga abbastanza aggiornato.

Vi è chi argomenta che fare le due cose insieme sia più difficile: questo a prima vista sembrerebbe un ragionamento convincente, ma in realtà rivela la illusione che la “terapia normale” sia facile, “pulita”, che tratti dati “psicologici puri” (questa idea ricorda il mito della “psicoanalisi classica”, dove si rispetterebbe sempre il setting – come hanno fatto notare vari autori, un certo tipo di tecnica classica, mai praticata da Freud ma solo dai “freudiani”, è esistita solo sulla carta, cioè nella letteratura delle riviste “classiche”, non nella realtà clinica concreta).⁴

Anche dietro a questa posizione vi è una concezione antipsicoanalitica: il dato psicologico (o, se è per questo, somatico) non viene così scoperto o interpretato, ma è conosciuto *a priori* tramite un pregiudizio, e l’analisi è solo una razionalizzazione di idee preconcepite dell’analista come se fosse portatore di una malcelata cultura behavioristica (in realtà, dietro vi potrebbe essere una precisa concezione del rapporto mente-corpo, secondo la quale solo i dati “psicologici” sono interpretabili, mentre quelli somatici sarebbero leggibili in quanto tali, secondo una sorta di realismo ingenuo).

Come si è detto, quello che non si riesce a capire è come mai il farmaco dovrebbe appartenere a una categoria logica diversa da quella di qualunque altro intervento o evento (stringere la mano al paziente, tossire, ridere, essere depressi o felici, *non dare un farmaco* invece di darlo, avere una poltrona comoda o scomoda, avere il mal di testa per il fumo del sigaro dell’analista, o invece amare quel fumo, e così via).

Alcuni di quei terapeuti che, pur avendo una preparazione psicofarmacologica, preferiscono non dare farmaci e farli prescrivere da un collega affermano però che anche qui vi sono dei rischi, perché due terapeuti possono non essere sintonizzati e dare al paziente messaggi diversi. Anche questo modo di ragionare può nascondere una concezione che si rivela errata nella misura in cui può condurre a compiere errori tecnici. Non siamo mai “terapeuti unici”:

la moglie del paziente, gelosa, può dirgli che sbagliamo in una determinata cosa, il paziente parla con un amico che è anche lui in psicoterapia e “gli fa dire” che il suo terapeuta si sarebbe comportato in un modo diverso da noi, e così via.

Certo, un’altra figura professionale è più autorevole di una figura non professionale (come la moglie o un amico), ma, se si tratta di una psicoanalisi, sappiamo che l’autorevolezza è proprio quella che andrebbe analizzata e smitizzata, cioè non è la logica dell’autorità quella che vogliamo trasmettere, anzi, la psicoanalisi funziona esattamente al contrario (e può ben essere che la moglie del nostro paziente veda le cose meglio di noi, e non si capisce perché dovremmo rifiutarci di conoscere opinioni diverse e trarne vantaggio). Si intende dire questo: se il nostro paziente va a farsi dare i farmaci da un altro medico, e se questo medico ha una linea diversa dalla nostra, o se addirittura ci si mette contro (magari colludendo con una tendenza scissionale del paziente), questo sarebbe un problema come un altro, da affrontare tranquillamente in terapia. Cosa c’è di più bello che due opinioni diverse?

Vediamo quale può esser la migliore, discutiamone. Magari ha ragione il farmacologo, e avremmo un arricchimento. Il terapeuta analizza dal suo punto di vista, e tutti i dati, compresi i comportamenti dell’altro collega (che sono comunque anche “oggetti interni” del paziente), rientrano nel processo interpretativo o, più in generale, nel nostro processo di comprensione del paziente: questi comportamenti potrebbero essere “usati” dal paziente, oppure potrebbero rappresentare una possibile interpretazione diversa dei dati, che noi vaglieremo e, come facciamo sempre, cercheremo di capire cosa è meglio fare.

Vi sono qui ottime occasioni per mostrare al paziente come lavoriamo (per esempio rispettando l’opinione degli altri e non mettendoci in competizione – cosa che rivelerebbe una nostra insicurezza, e il paziente potrebbe coglierla subito, anche inconsciamente). Insomma vi sono infiniti test potenzialmente terapeutici se sappiamo superarli, al punto che addirittura potrebbe essere una felice opportunità questo

“problema”, che peraltro è un modello di problema come tanti il paziente deve affrontare nella vita, e non c’è niente di meglio per lui che vedere come lo affrontiamo.⁵

Si può obiettare che questo approccio sia più adatto a pazienti più maturi che sanno tollerare aree di conflitto e riflettere su di esse, mentre altri pazienti riceverebbero uno squilibrio da una situazione da loro percepita come confusiva, in cui più figure di riferimento (un altro professionista, oppure la moglie o un amico) “dicono al paziente quello che deve fare”. Questo è scontato, ma l’argomentazione era solo volta a criticare un modo di ragionare che passa sopra ai possibili significati della relazione terapeutica, assegnando a essi un significato *a priori*.

Supponiamo per esempio che un paziente, a causa di una determinata psicopatologia, abbia una forte dipendenza dal terapeuta e che riesca a funzionare solo se si appoggia acriticamente a una sola figura di riferimento da lui vissuta come autorevole, senza riuscire minimamente a riflettere su se stesso (o, in termini psicoanalitici, ad analizzare questo tipo di transfert): è ovvio che questo paziente tolleri solo pochi messaggi chiari e da parte di un solo terapeuta, e che rischi di entrare in confusione con più figure di riferimento, per cui, fintanto che non si riesca ad analizzare questa problematica, è indicato un terapeuta unico (che, se il paziente ha bisogno di farmaci, deve per forza essere un medico).

Un altro paziente invece potrebbe venire arricchito da una diversa esperienza, o per lo meno non verrebbe arricchito da un terapeuta che non tollera il conflitto tra punti di vista diversi (si vedano a questo proposito anche le riflessioni sulla utilità della co-terapia, cioè della presenza simultanea di più terapeuti, nei pazienti gravi⁶).

■ La questione a monte: il rapporto mente-corpo

Per finire, è necessario fare alcuni commenti sul retroterra filosofico, più o meno consapevole, di chi vede come problematica l’associazione

tra farmaci e psicoterapia. La questione centrale riguarda la definizione che diamo a interventi “psicologici” e interventi “biologici”, e più in generale cosa si intende per psicoterapia. In genere col termine “psicoterapia” si intende tutta una serie di pratiche terapeutiche in cui viene privilegiato l’uso della parola e non l’uso dei farmaci (questa definizione peraltro non risolve tutti i risvolti epistemologici, perché va ricordato che anche le terapie corporee vengono considerate “psicoterapie”, come pure, ad esempio, il *bio-feedback*, una tecnica che richiede una determinata strumentazione).

E tuttavia, dato che il “solo uso dei farmaci” non esiste, essendo sempre inserito all’interno di una relazione interpersonale (quindi psicoterapeutica in senso lato), potremmo dire che per psicoterapia in senso stretto si intende quella pratica in cui non si utilizzano *anche* farmaci. Volendo andare oltre a questa definizione e provare a definire la psicoterapia in modo positivo e più preciso, ci troviamo in compagnia degli innumerevoli autori che si sono cimentati a definirla nel corso di più di un secolo, quindi un primo pericolo è quello di scivolare in una serie di affermazioni che lasciano il tempo che trovano.⁷

Ricordo di essermi imbattuto in un testo che addirittura definiva il termine “psicoterapia” in senso letterale, come “terapia della psiche”, includendovi quindi anche le terapie somatiche, e differenziandovi al suo interno i vari metodi (con farmaci, con le parole, ecc.). Questa definizione apparentemente bizzarra ha però il vantaggio di farci riflettere sullo statuto epistemologico delle professioni di aiuto.

Se è vero che col termine psicoterapia si può intendere una pratica in cui viene privilegiato l’uso della parola, va sottolineato (oltre alle osservazioni fatte prima sulla “inevitabilità della psicoterapia” anche quando si danno farmaci, e sui complessi problemi epistemologici sottostanti alla definizione di psicoterapia) che l’obiettivo dell’intervento è sempre lo stesso: nella pratica di quasi tutte le scuole sia di psichiatria sia di psicoterapia lo scopo dell’intervento è quello di aiutare un individuo a modificare il suo mondo interiore, la sua rete di significati, le sue emozioni –

in sostanza, operare dei cambiamenti (senza questa premessa, si incrinerebbe il significato stesso dei termini “psichiatria” e “psicoterapia”).

Il problema del rapporto mente-corpo è complesso e ha una lunga storia, e non può certo essere affrontato in questa sede, però si può affermare che, a meno che non si voglia prendere una posizione dualista (posizione che oggi viene quasi unanimemente considerata superata), ogni intervento teso a modificare un individuo produce effetti cosiddetti sia “psicologici” che “biologici”, gli uni essendo inseparabili dagli altri. L'intervento farmacologico provoca alterazioni biologiche che, nella speranza dello psichiatra, inducono modificazioni psicologiche, cioè del vissuto soggettivo del paziente.

Viceversa, l'intervento psicoterapeutico provoca cambiamenti psicologici che vanno di pari passo con precise modificazioni biologiche, più o meno evidenziabili a seconda delle metodologie di indagine attualmente a disposizione, altrimenti essi semplicemente non esisterebbero (ormai sono tanti i lavori che documentano le modificazioni anatomico-strutturali e di espressione genica indotte da interventi psicologici: tra i tanti si vedano gli autorevoli contributi di Eric Kandel,⁸ a cui è stato assegnato il premio Nobel per la Medicina).

Si può quindi affermare che, a questo livello, la psicoterapia non si collochi su un piano diverso dalla psicofarmacologia o da altri interventi “psichiatrici” o “biologici”. Certamente ogni intervento ha una sua specificità in termini di meccanismo di azione, “organo bersaglio”, tipo e stabilità di cambiamenti ottenibili e misurabili con diversi strumenti di valutazione. Due farmaci che hanno meccanismi di azione totalmente diversi provocano modificazioni soggettive diverse.

Ad esempio, un farmaco antidepressivo tricyclico produce dei cambiamenti sensibilmente diversi da un MAOI o da un SSRI (e questo al di là degli effetti collaterali), così come la Clozapina, come è noto, produce uno stato psicologico diverso da quello prodotto dagli altri neurolettici, e allo psicoterapeuta dovrebbe essere stato insegnato a tenerne conto.

E se due farmaci, anche della stessa classe

(ad esempio due antidepressivi) possono avere meccanismi di azione ed effetti diversi, è verosimile che a maggior ragione un intervento psicoterapeutico produca cambiamenti, sia biologici che psicologici, diversi da qualunque farmaco, in termini di qualità e stabilità del cambiamento. Del resto sappiamo che la ricerca in psicoterapia⁹ è volta proprio a misurare gli effetti comparati dei vari interventi, con *rating scales* sempre più sofisticate.

A questo proposito, ad esempio, è un dato sempre più consolidato dalla ricerca sul trattamento della depressione che se i farmaci e la psicoterapia hanno entrambi una certa efficacia, gli effetti della psicoterapia sono ben più duraturi dei farmaci, per cui si può dire che nel trattamento della depressione la psicoterapia sia “superiore” ai farmaci (e per di più va tenuto conto che un dato altrettanto consolidato, emerso dalle ricerche in doppio cieco, è che l'effetto dei farmaci antidepressivi è minimo, solo di poco superiore al placebo).¹⁰

Quello però che va sottolineato è che, alla luce delle considerazioni fatte prima, non è corretto contrapporre interventi “psicologici” a interventi “biologici”, come se fossero operazioni separate: gli interventi “biologici” concettualmente non esistono allo stato puro, ma sono sempre fonte di variabili psicologiche che fanno parte del processo terapeutico complessivo, e quindi con l'aspetto semantico di quella che possiamo chiamare psicoterapia in senso lato. A voler essere precisi, dunque, l'alternativa non è tra interventi psicologici e interventi biologici, ma tra “interventi psicologici” e “interventi psicologici associati a sostanze ritenute psicoattive”.

Note

¹ P. MIGONE (a cura di), *Dibattito su “Farmaci e psicoterapia”*, 1999, URL://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/farm+psi.htm; P. MIGONE, *Psicoterapia e servizi di salute mentale*, in: «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXXIII, n. 4, 1999, pp. 219-232; P. MIGONE, *Le patologie mentali e le terapie semantiche e non semantiche: riflessioni sulla cosiddetta “integrazione” tra farmaci e psicoterapia*, in: «Edizione. Rivista della Sezione Friuli-Venezia Giulia della

Società Filosofica Italiana», vol. XI, n. 21, 2000, pp. 75-81; P. MIGONE, *L'associazione tra psicoterapia e farmaci: perché discuterne ancora?*, in: «Il Ruolo Terapeutico», n. 86, 2001, pp. 80-86; P. MIGONE, *L'associazione tra psicoterapia e farmaci: una inutile querelle*, in: «Psichiatri Oggi», vol. III, n. 1, 2001, pp. 58-59; P. MIGONE, *Il trattamento farmacologico all'interno della relazione psicoterapeutica* (Relazione al convegno "Interazioni ed integrazioni tra trattamenti farmacologici e non farmacologici delle psicosi" organizzato da Dipartimento di Neuroscienze della Università degli Studi di Napoli "Federico II", 27 ottobre 2006); P. MIGONE, *Equivoci epistemologici e clinici a proposito della cosiddetta "integrazione" tra farmaci e psicoterapia*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XLVII, n. 1, 2013, pp. 55-62. Questo testo inoltre è stato presentato al Convegno Scientifico Internazionale di Neuroetica "Le neuroscienze tra spiegazione della vita e cura della mente", Incontri su neuroscienze e società, IV Edizione, Università di Padova, 9-11 maggio 2012.

² P. MIGONE, *La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton M. Gill*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XXV, n. 4, 1991, pp. 35-65; P. MIGONE, *Psicoterapie ad indirizzo psicoanalitico*, in: P. PANCHERI, G.B. CASSANO et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano 1992, vol. III, cap. 82, pp. 2601-2612 (prima edizione); 1999, vol. III, cap. 108, pp. 3545-3555 (seconda edizione); P. MIGONE, *Terapia psicoanalitica. Seminari. Nuova edizione aggiornata*, Franco Angeli, Milano 2010, cap. 4.

³ Il termine "paziente" qui viene sempre usato per il suo valore descrittivo, cioè per indicare una persona che chiede aiuto a un professionista, e non vuole assolutamente alludere ad altri significati, come quelli che alcuni ad esempio ritengono siano legati a una cultura medica nella quale il paziente ha un ruolo "passivo" (molti peraltro confondono una cattiva pratica medica con una corretta cultura medica, nella quale il paziente non viene assolutamente concepito come passivo bensì come un collaboratore consapevole e attivo).

⁴ P.F. GALLI, *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica* (1992), Franco Angeli, Milano 2002; P.F. GALLI, *Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno*, in: «Psicoterapia e Scienze Umane»,

vol. XL, n. 2, 2006, pp. 153-164; P. MIGONE, *Terapia psicoanalitica. Seminari*, cit., p. 15.

⁵ Sul concetto di "test transferale" si rimanda a P. MIGONE, *Terapia psicoanalitica. Seminari*, cit., pp. 227-228; P. MIGONE, *Terapeuti "brevi" o terapeuti "bravi"? Una critica al concetto di terapia breve*, in: «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XXXIX, n. 3, pp. 361-365; P. MIGONE, *Psicoterapia e ricerca "scientifica"*, in: «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XLIII, n. 1, 2009, pp. 77-94.

⁶ G. LIOTTI, B. FARINA, A. RAINONE, *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*, Laterza, Bari 2005.

⁷ Per un tentativo di definizione della psicoterapia, vedi: P. MIGONE, *Una breve storia della psicoterapia*, in: «Il Ruolo Terapeutico», n. 96, 2004, pp. 69-76, URL: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt96-04.htm; P. MIGONE, *La psicoanalisi, la legge, il pubblico* (Intervento alla tavola rotonda "Psychoanalysis and the law. A Round Table discussion", organizzata dal *Journal of European Psychoanalysis* alla Società Gruppo-Analitica Italiana [SGAI] di Milano, 14 marzo 2004), URL: www.psychomedia.it/pm/indther/psan/migone.htm.

⁸ E.R. KANDEL, *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, American Psychiatric Publishing, New York 2005 (trad. it. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, a cura di D. SARRACINO, Raffaello Cortina, Milano 2007).

⁹ N. DAZZI, V. LINGIARDI, A. COLLI (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano 2006; P. MIGONE, *La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo*, in: «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXX, n. 2, 1996, pp. 182-238, URL: <http://www.psychomedia.it/sprit/artdoc/migone96.htm>; P. MIGONE, *Psicoterapia e ricerca "scientifica"*, cit.

¹⁰ J. SHEDLER, *L'efficacia della terapia psicodinamica*, in: «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XLIV, n. 1, 2010, pp. 14-15 e 19; P. MIGONE, *Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale*, in: «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XXXIX, n. 3, 2005, pp. 312-322; I. KIRSCH, *The Emperor's New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth*, Random House, New York 2009 (trad. it. *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*, traduzione di P. RUSTICHELLI STIRGWOLT, F. BOTTACCIOLI, Tecniche Nuove, Milano 2012).