

ARTICOLI

ALFIO ALLÒ*

PSICOANALISI: UNA VALUTAZIONE DEI PRINCIPI TEORICI E METODOLOGICI

1. Introduzione

Una critica *a priori* del colloquio terapeutico ha delineato incognite sistemiche (relative al sistema-individuo) e relazionali (relative al canale di comunicazione che si apre fra differenti individui), a prescindere dalla particolare teoria e prassi terapeutica¹. Si è dunque osservato un metodo che *non può controllare*: (i) la posizione in cui si pone il terapeuta con le proprie possibilità di spiegazione, (ii) il nesso causale agito da tale posizione, (iii) l'interpretazione definita con le connessioni causali poste, (iv) il punto d'inizio del percorso terapeutico, inizializzato dal terapeuta sulla base delle precedenti premesse, tali da porre un risultato non controllabile intersoggettivamente e non riproducibile, (v) la delimitazione del terapeuta rispetto al metodo, non risultando decidibile quanto il punto di partenza e il percorso di ricerca siano riconducibili al terapeuta o al metodo, (vi) la limitazione imposta dal paziente nell'influenza sul terapeuta, (vii) la possibilità di 'spiegare' più il terapeuta che il paziente, (viii) l'influenza reciproca del sistema terapeuta-paziente. Così non è affatto casuale che «ci siano notevoli differenze fra l'uno e l'altro analista» e anche se «non manca una certa positiva correlazione fra l'essere brillante e il riuscire a curare i pazienti, tuttavia non mancano le eccezioni e queste devono essere spiegate»². Del resto i terapeuti non dovrebbero considerare «la terapia come nient'altro che un'applicazione di concetti»³ e, se è vero che, anche in relazione a quello che può essere uno schema diagnostico, come ha sottolineato Jaspers⁴, «in qualsiasi modo facciamo lo schema [...] classifichiamo in modo provvisorio [...] per cui ricercatori differenti possono costruire schemi diversi»,

* Laboratorio di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Genova.

Desidero ringraziare il Referee anonimo per l'interesse e l'attenzione mostrati nei preziosi commenti.

¹ A. ALLÒ, *Valore epistemologico del colloquio terapeutico*, «Epistemologia», 37 (2014), 2, pp. 289-302.

² A.H. MASLOW, *Motivation and personality*, Harper & Row, New York 1954; tr. it. di E. Rivero, *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 2002, pp. 382-383.

³ ID., *Toward a psychology of being*, D. Van Nostrand Company, New York 1962; tr. it. di R. Pedio, *Verso una psicologia dell'essere*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1971, p. 134.

⁴ K. JASPERS, *Allgemeine Psychopathologie*, Springer Verlag, Berlin, 1959; tr. it. di R. Priori, *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964, p. 649.

si pone un'azione che dobbiamo considerare sempre soggetta a determinate incognite, per differenze che Roth e Fonagy⁵ rilevano riguardo a «personalità, competenze, motivazioni, e capacità di comprendere i problemi dei pazienti e applicare il trattamento». «L'efficacia terapeutica», non a caso, «sembra [...] basarsi su qualcosa di più di una ristretta competenza tecnica»⁶. Infatti «alcuni studi suggeriscono che i terapeuti variano notevolmente per il loro livello di fedeltà ai protocolli terapeutici»⁷. Una «variabilità» presente «anche con trattamenti relativamente omogenei» e che «non può essere spiegata sulla base di peculiarità del cliente o della tecnica di trattamento, ma sembra associata, almeno in parte, a caratteristiche personali di alcuni terapeuti»⁸. Del resto «la psicoterapia è efficace al di là del modello teorico scelto»⁹. Diciamo che, come osserva Laing¹⁰, «punti di vista diversi» possono sempre dare origine a «descrizioni completamente diverse [...] a [...] teorie completamente diverse [...] ad altrettanto diversi modi di agire» e diciamo che, all'interno di tale azione, non è possibile operare nette delimitazioni. Rimane dunque lecito riflettere sul fatto che «la ricerca [...] ha dimostrato ripetutamente che una consistente parte della variabilità degli esiti terapeutici non è spiegata né dalle differenze tra procedure terapeutiche formalmente definite né dalle differenze tra gruppi di clienti né [...] dall'interazione tra questi due fattori»¹¹. Questo significa che non deve interessarci la bassa rilevanza epistemologica di differenti interpretazioni fra i diversi orientamenti teorici, come rilevato da Kagan¹² e dai Griffith¹³, bensì che tali orientamenti ammettono al loro interno differenze non decidibili fra i differenti terapeuti. L'esame critico va pertanto portato all'interno delle singole prospettive, ma solo per ricercare quanto può accomunarle. Allora, seguendo Talvitie¹⁴, attualmente «nobody is able to single out the curative factors of psychotherapy, and the theories of all branches of psychotherapy are probably more or less misled»; inoltre, ammettendo che la psicoanalisi «should be set not just in the context of psychiatry but also in the context of the psychoterapies» e ammettendo di non poter asserire che «one or several schools of psychoterapy are scientific»¹⁵, peraltro ammettendo le incognite suddette, ecco che non risulta possibile distaccare nettamente le problematiche date fra le differenti forme di terapia. Pur concentrandoci, per brevità d'esposizione, sul metodo psicoanalitico, verrà quindi suggerito quanto *non può essere escluso* dal rapporto terapeutico, anche al di là della psicoanalisi, quin-

⁵ A. ROTH - P. FONAGY, *What works for Whom? A critical review of psychotherapy research*, The Guilford Press, New York 1996; tr. it. di F. Ortu, *Psicoterapie e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997, p. 12.

⁶ *Ibi*, p. 41.

⁷ *Ibi*, p. 340.

⁸ *Ibi*, p. 348.

⁹ E. GIUSTI - C. MONTANARI - E. SPALLETTA, *La supervisione clinica integrata*, Masson, Milano 2000, p. 209.

¹⁰ R.D. LAING, *The divided self*, Tavistock Publications Limited, London 1959, tr. it. di D. Mezzacapa, *L'io diviso*, Einaudi, Torino 2001, pp. 8-9.

¹¹ ROTH - FONAGY, *Psicoterapie e prove di efficacia*, p. 335.

¹² J. KAGAN, *Three seductive ideas*, Harvard University Press, Cambridge - London 1998; tr. it. di S. Falchero, *Tre idee che ci hanno sedotto*, il Mulino, Bologna 2001.

¹³ J.L. GRIFFITH - M.E. GRIFFITH, *The body speaks*, Basic Books, New York 1994; tr. it. di A. Menzio, *Se il corpo parlasse*, Astrolabio, Roma 1996.

¹⁴ S. BOAG - L.A.W. BRAKEL - V. TALVITIE (eds.), *Philosophy, science, and psychoanalysis*, Karnac Books, London 2015, p. 73.

¹⁵ *Ibi*, p. 84.

di suggerendo la direzione da seguire per variare l'approccio al sistema terapeuta-paziente. Iniziare in effetti a chiarire i termini del problema in maniera maggiormente comprensiva significa darsi la possibilità di risposte adeguate, per un livello di analisi sovraordinato rispetto a quanto il paradigma odierno è abituato a decifrare.

2. Premesse alla critica al metodo

Nel valutare le ipotesi di lavoro *inquinate* dalle incognite citate si ritiene inutile una verifica del metodo, si voglia utilizzare un metodo sperimentale basato sulle scienze naturali (ivi comprese le neuroscienze) o si voglia utilizzare un approccio basato sulla ricerca clinica. La critica a determinate istanze è dunque portata non perché non possano avere una valenza a livello descrittivo, ma perché non ce l'hanno una volta trascinate all'interno del colloquio terapeutico, per quanto consegue fra livello teorico e metodologico. Vale a dire, una validità descrittiva non necessariamente presuppone una *validità esecutiva*. La psicoanalisi, risultando centrata sulla descrizione dell'apparato psichico, è stata presa ad esempio paradigmatico. Un «experimental study»¹⁶ dovrebbe in effetti valutare ipotesi adatte a controllare quanto il metodo dovrebbe escludere a livello metodologico, eventualmente per ridefinire l'impianto teorico. Nel porsi di determinate relazioni causali si nega quindi che pensare «in terms of interrelationships, rather than single relationships in the explanation of psychological phenomena»¹⁷, possa rendere l'interpretazione meno indeterminata in riferimento all'apparato metodologico. Del resto il riferirsi a «specific occurrences or chains of events to specific constellations in the adults»¹⁸, per osservazioni da agirsi longitudinalmente, non può risolvere la causalità clinica. Così, per fare un esempio, nel voler evitare una ricorsione teorica passivamente riflessa sull'impianto metodologico non si prende posizione rispetto al dibattito curato da Levine¹⁹. Questo nell'intenzione di partire dalle possibilità di un sistema che compie osservazioni limitate, basate su un principio di causalità limitato, con il quale si formano associazioni, inferenze, deduzioni e induzioni (processi d'azione), in maniera da ri-definire le mancanze del metodo. Diciamo per una «impossibilità di principio», per «problemi della clinica [...] non facilmente risolvibili entro gli assunti metodologici e le tecniche di convalida» attuali²⁰. Nel tentativo di rispondere alla domanda su «come fare correttamente scienza di un 'oggetto' che, a differenza dell'oggetto naturale, è un soggetto dialogante»²¹, si è quindi posta una possibile soluzione, *non distaccata dal meccanismo volto a giustificare le differenze fra i terapeuti*. Questo senza agire «un'integrazione fra clinica e ricerca empirica», per quella che potrebbe essere una «“ibridazione”» tra i due differenti approcci²², non volendo fare propri gli oggetti e le modalità delle scienze naturali, piuttosto nell'intenzione di oltrepassare «dicotomie obsolete»²³. Si è quindi mostra-

¹⁶ E.R. HILGARD - L.S. KUBIE - E. PUMPIAN-MINDLIN, *Psychoanalysis as science*, Stanford University Press, Stanford 1952, p. 13.

¹⁷ *Ibi*, p. 154.

¹⁸ *Ibi*, p. 156.

¹⁹ M.P. LEVINE, *The Analytic Freud: Philosophy and Psychoanalysis*, Routledge, London 2000.

²⁰ M. FORNARO, *Perché la ricerca in psicoterapia non può esaurire le peculiarità della clinica. Per un'integrazione epistemologica*, «Psicoterapia e scienze umane», 43 (2009), 2, pp. 191-214, qui p. 204.

²¹ *Ibi*, p. 205.

²² *Ibi*, p. 207.

²³ *Ibi*, p. 210.

to il concetto di causa, sottostante al concetto di inferenza o di deduzione e induzione, inescludibile nelle giustificazioni degli autori citati, da essi esplicitamente utilizzato. Si è inoltre tenuto conto delle implicazioni soggiacenti al principio di causalità, al di là dell'utilizzo che è possibile farne in maniera esplicita. Infine si è mostrato il nesso causa/effetto partecipare concretamente del percorso terapeutico. Dunque una «riflessione epistemologica» da non intendere «come una visione aprioristica di ciò che è o dovrebbe essere universalmente scienza, da calare poi sull'oggetto di studio, ma [...] da intersecarsi con la natura [...] dell'oggetto di cui si tratta»²⁴. Potremmo dire, nel conservarsi delle incognite citate, nella «coniugazione di regolarità accreditate e di specificità individuale»²⁵. Il «problema chiave» non è però «di come comprovare che l'interpretazione o spiegazione relativa al concreto analizzando è plausibile»²⁶, ma di come la si possa ricondurre alle regole del metodo. Non a caso l'interpretazione potrebbe anche *mostrarsi* plausibile, essere anche *apparentemente* riconducibile al metodo, in realtà nella possibilità di continuare a porsi al di là di quanto il terapeuta, insieme al metodo, può controllare. La plausibilità della spiegazione non può essere in effetti fondata nelle regole che il terapeuta crede attuare. Il cambio di prospettiva va dunque attuato *non centrandoci* sulle mancanze di percorsi più o meno plausibili, bensì sulle mancanze che permangono al di là di un processo che potrebbe anche mostrarsi potenzialmente plausibile. La plausibilità va dunque giudicata *dopo* aver dimostrato di poter estromettere le incognite citate. Infatti anche «il *successo terapeutico*» non «è dirimente: il soggetto può essere migliorato per ragioni diverse dalla validità delle interpretazioni offertegli»²⁷. Non è quindi importante che il terapeuta ci abbia «“azzeccato”»²⁸ perché è sempre possibile una soluzione del percorso terapeutico, piuttosto va rilevato che tale percorso non è riconducibile a regole controllabili. Un'adeguata critica all'approccio clinico non può quindi risultare *distaccata* da una critica epistemologica, nella definizione delle caratteristiche del sistema-individuo calato all'interno del sistema-metodo. Ciò significa agire al di là del dibattito curato da Frisch²⁹, legato ad aspetti particolari nella contrapposizione fra «psychoanalysis» e «psychoanalytic psychotherapy». In effetti un livello di analisi sovraordinato deve basarsi non su determinate differenze, bensì su quelle che sono determinate *similitudini*, quindi un livello *condiviso* al di là delle differenze agite fra le diverse metodologie (e teorie). Anche il discorso portato avanti da Mills³⁰ deve interessarci relativamente, essendo centrato su un apparato teorico che non prende in considerazione, e non prova a risolvere, le incognite implementate all'interno dell'impianto metodologico. Come dobbiamo dunque intendere il fatto, sottolineato dalla Cavell³¹, che «both believers share roughly the same methodology»? Dobbiamo intenderlo nell'agire, da parte di terapeuta e paziente, processi d'azione basati su una causalità inescludibile, in questo senso intendendo che agiscono una stessa metodologia. Deve essere

²⁴ M. FORNARO, *L'intuizione nella clinica psicoterapeutica. Disamina della sua validità sotto il profilo epistemologico*, «Psicoterapia e scienze umane», 45 (2011), 1, pp. 23-48, qui p. 24.

²⁵ *Ibi*, p. 31.

²⁶ *Id.*, *Come validare le interpretazioni e le spiegazioni in clinica senza ricorrere alla ricerca empirica*, «Psicoterapia e scienze umane», 47 (2013), 4, pp. 601-620, qui p. 614.

²⁷ *Ibi*, p. 617.

²⁸ *Ibi*, p. 614.

²⁹ S. FRISCH, *Psychoanalysis and psychotherapy*, Karnac Books, London 2001.

³⁰ J. MILLS (ed.), *Psychoanalysis at the limit*, State University of New York Press, Albany 2004.

³¹ M. CAVELL, *Truth, mind and objectivity*, in MILLS, *Psychoanalysis at the limit*, p. 67.

inoltre rilevato che «the question of analytic ‘objectivity’ is not without its clinical implications»³². È poi ovvio che ognuno «constructs a picture of reality»³³, ma l’oggettività non va ritrovata in una condivisione intersoggettiva di significato, per soggetti situati in un mondo di significati, bensì al livello sottostante, per il nesso causale che forma opinioni, quindi credenze, altrimenti risulta quantomeno difficile uscire dal circolo vizioso dei significati particolari (significati che ammettono tutte le incognite citate). Quanto dunque asserisce Grünbaum³⁴, nel «misconstrual of so-called meaning connections between mental states in their bearing on causal connections between such states», deve essere trascinato dall’apparato teorico ad una metodologia non esile (il rapporto causale terapeuta-paziente permane al di là dell’istanza teorica che si vorrebbe giustificare). Vanno allora interrogate le implicazioni soggiacenti a un «potentially infinite range of credible accounts which can be reached only through personal insight or empathic imagination»³⁵, ma al di là del discorso portato avanti dalla Gomez, nuovamente centrato più sulle differenze che sulle affinità del processo terapeutico. Sulla base di tali premesse non possiamo quindi accettare la linea tratteggiata da Haynal³⁶. Nella presenza di una «psychoanalytic communication»³⁷ deve porsi la consapevolezza che il canale di comunicazione si rappresenta con le caratteristiche della comunicazione umana, prima ancora che con le caratteristiche che il metodo vorrebbe imporre. Del resto, se la neutralità dell’analista «is an asymptotic position»³⁸, come si può ritenere che il metodo controlli un’empatia che (dovrebbe) «enables the situation to be understood through a trial identification» o quelli che sono «our own instruments of internal perception and sensitivity» o, ancora, la presenza dell’analista, «his state of awareness, a certain interest [...] the tone of his voice, its rise and fall» oppure «the dampness of the hand, the pallor of the face, scratching, the position on the couch, smell, and many other signs»³⁹. Se il metodo non controlla tutto ciò, di cosa dobbiamo discutere? È vero, il linguaggio «is one of the most important determinants of our way of thinking, then changing [...] our language, is also a start in changing the possibilities [...] of understanding ourselves»⁴⁰, ma tale linguaggio può essere lasciato indipendente dal metodo? Perché è di questo che si tratta, nel lasciarlo libero di centrarsi sulle possibilità potenzialmente inadeguate del terapeuta (e del paziente). Anche una semplice frase, pronunciata da una paziente, «it is my unconscious that is talking»⁴¹, deve essere osservata per l’influenza di principi teorici che, trascinati nella seduta terapeutica, rappresentano un punto di vista già prefissato da determinati schemi. Tralasciando un concetto di schema che non permette di fare alcuna distinzione plausibile, non essendoci «una realtà delle cose in grado di determinare qua-

³² *Ibi*, p. 70.

³³ *Ibidem*.

³⁴ A. GRÜNBAUM, *The hermeneutic versus the scientific conception of psychoanalysis*, in MILLS, *Psychoanalysis at the limit*, p. 139.

³⁵ L. GOMEZ, *The Freud Wars. An introduction to the philosophy of psychoanalysis*, Routledge, London - New York 2005, p. 28.

³⁶ A. HAYNAL, *Psychoanalysis and the sciences: Epistemology? History*, The University of California Press, Berkeley 1993.

³⁷ *Ibi*, p. 48.

³⁸ *Ibi*, p. 51.

³⁹ *Ibi*, pp. 56-57.

⁴⁰ *Ibi*, p. 75.

⁴¹ *Ibi*, p. 103.

le schema concettuale, tra quelli che ci sono così utili», possa risultare «“realmente vero”»⁴², che sia o non sia il proprio inconscio a parlare, non possiamo però tralasciare la seguente questione: può il metodo, dopo aver provocato tali dinamiche, riuscire a controllarle nelle implicazioni della seduta terapeutica? Ora, come vuole la Cavell⁴³, appare evidente che la situazione terapeutica è costruita sulle (limitate) possibilità di spiegazione dei sistemi agenti, al contempo nella condivisione (limitata) di significati dati nella mediazione di un mondo, per quanto i soggetti possono osservare non solo di se stessi, ma anche dell'altro-da-sé. In pratica, terapeuta e paziente possono ri-conoscersi nonostante agiscano punti di vista differenti, trovando un sostrato semantico potenzialmente utile a una personale crescita. Potenzialmente utile nel senso che non necessariamente una verità “oggettivamente” riconosciuta dai soggetti deve condurre a un risultato terapeutico. Inoltre, una riflessione adeguata dovrebbe comprendere l'importanza di un nesso causale *condiviso* dai sistemi agenti a *prescindere* dal sostrato semantico che si vuole porre e a prescindere dal voler o meno ricercare le cause di un tale sostrato. Per riuscire dunque a riferire l'azione a determinate variabili, utili a valutare il metodo, bisogna *prima* risolvere le incognite veicolate dal principio di causalità, altrimenti si continuerà nell'impossibilità di dimostrare se una (adeguata o inadeguata) condivisione di significato sarà basata più sulle possibilità del metodo o più su quelle del terapeuta (o del paziente). Quella che dovrebbe dunque essere una «empirical evidence», posta a sostenere «the opinion of the individual or the group of recognised experts», come decifrato da Erwin⁴⁴, dovrebbe essere valutata *dopo* un controllo del metodo, sempre per una valenza empirica da calare all'interno del colloquio terapeutico, non astratta da esso. È questo il *setting* ultimo da sottoporre a prova, altrimenti non dovremmo neppure discutere di «expert clinical opinion»⁴⁵. La questione non è dunque nell'assumere, con Talvitie⁴⁶, «the distinction between schools of therapy that take seriously the viewpoints of science and humanities and those that do not» perché la psicoterapia è minata alla base dalle proprie preclusioni teoriche. Infatti, un confronto interno alla psicoterapia non può offrire un giudizio decidibile rispetto a un prodotto terapeutico ‘scientificamente’ valido. Non a caso lo stato delle cose «is far from gratifying»⁴⁷. D'altronde, se «psychotherapy schools should create models on how and why psychotherapy works»⁴⁸ e se «the models are in the current state of knowledge doomed to be imperfect»⁴⁹, una soluzione deve essere ricercata, ma non perché «is never possible to prove [...] that clients' disorders are caused by certain matters»⁵⁰, piuttosto perché non è possibile ricondurre la terapia al metodo (o al terapeuta). Può essere dunque vero che, nonostante «the diversity of psychoanalytic and other psychotherapeutic schools, psychotherapy in

⁴² H. PUTNAM, *Realism with a Human Face*, Harvard University Press, Cambridge 1990; tr. it. di E. Sacchi, *Realismo dal volto umano*, il Mulino, Bologna 1995, p. 229.

⁴³ M. CAVELL, *Becoming a Subject*, Oxford University Press, New York 2007.

⁴⁴ E. ERWIN, *Psychoanalysis and philosophy of science: basic evidence*, in BOAG - BRAKEL - TALVITIE, *Philosophy, science, and psychoanalysis*, p. 58.

⁴⁵ *Ibi*, p. 54.

⁴⁶ V. TALVITIE, *From scientific explanations to micropsychology: what should psychoanalytic theories be like?*, in BOAG - BRAKEL - TALVITIE, *Philosophy, science, and psychoanalysis*, p. 73.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibi*, p. 87.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ibidem*.

general is a very effective form of cure»⁵¹, a prescindere dall'individuazione delle cause della patologia o dei fattori che effettivamente provocano la guarigione, ma tale efficacia si pone come il prodotto di un processo *casuale*, quindi nell'impossibilità di essere sfruttata sia per ottimizzare il metodo sia per *formare* i terapeuti. Infatti «the talking cure may be successful for many different reason»⁵². Una dinamica che la «micropsychology», nell'interesse «in individual, unreapeatable cases»⁵³, non sembra in grado di risolvere. Nel riconoscere «a circular relationship between clinical theories and the techniques of psychotherapy», appare in effetti improbabile il fatto che le teorie «should increase therapist's sensitivity recognising the topics and kinds of interaction that may be crucial for the therapy»⁵⁴. Questo senza neanche discutere sulla possibilità di definire la sensibilità di ognuno. Allora, tornando a riferirci ad Erwin⁵⁵, è ovvio che una «inference» venga sempre fatta e dovrebbe essere naturale chiedersi «what is the basis for the inference», se si postulano come non osservabili «repression, unconscious motives, or unconscious conflicts», ma un problema sarebbe presente anche fosse possibile osservare determinate istanze e determinate dinamiche. Interessiamoci piuttosto del fatto che, come sottolineato dalla Petocz⁵⁶, «is plenty of evidence to show that mainstream psychology is indeed shot through with misconceptions of science and is thus *scientistic* rather than genuinely scientific». Interessiamoci inoltre alle parole della Dreher⁵⁷, rilevando che possono esserci questioni «that may be far from clinical practice, sometimes even far from research practice», eppure avere «immense consequences on [...] clinical research». Certo, una ricerca adeguata dovrebbe trovare un'oggettività specifica per la psicoterapia, confrontabile con altre discipline scientifiche, ma non nell'assumerne rigidamente i parametri di riferimento. Questo non solo per quanto definito da Bersani⁵⁸, ad esempio per una riproducibilità limitata o per protocolli non scevri da dubbi, visto che non si vuole «rendere la psicologia una scienza sperimentale, sull'esempio della fisica»⁵⁹. Ecco allora che appare necessario, nell'osservare il sistema metodo-terapeuta-paziente, rilevare quanto il terapeuta, sulla base del proprio sistema di possibilità, può sempre sovrascrivere del metodo. Ossia, il terapeuta può sovrascrivere i significati che, sulla base del metodo, dovrebbero essere riconducibili al paziente. Sovrascrivere significa che il terapeuta può implementare nel percorso terapeutico significati che in realtà appartengono principalmente al terapeuta, quindi non direttamente riconducibili né al metodo né al paziente, pur nella possibilità di riferirsi sia al metodo che al paziente. In effetti il terapeuta può *credere* che i significati adottati derivino dalle regole del metodo e/o dalle regole del paziente. Inoltre, ammettendo un'influenza non controllata del

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ibi*, pp. 87-88.

⁵³ *Ibi*, p. 90.

⁵⁴ *Ibi*, p. 92.

⁵⁵ E. ERWIN, *Psychoanalysis and philosophy of science: reply to Brakel and Talvitie*, in BOAG - BRAKEL - TALVITIE, *Philosophy, science, and psychoanalysis*, p. 116.

⁵⁶ A. PETOCZ, *The scientific status of psychoanalysis revisited*, in BOAG - BRAKEL - TALVITIE, *Philosophy, science, and psychoanalysis*, p. 149.

⁵⁷ A.U. DREHER, *Psychoanalytic research with or without the psyche? Some remarks on the intricacies of clinical research*, in BOAG - BRAKEL - TALVITIE, *Philosophy, science, and psychoanalysis*, p. 220.

⁵⁸ F. BERSANI, *La riproducibilità nella scienza: mito o realtà?*, «Psicoterapia e scienze umane», 43 (2009), 1, pp. 59-76.

⁵⁹ *Ibi*, p. 72.

paziente sul terapeuta, non potendo il metodo controllare il terapeuta e, tramite questo, il paziente, dobbiamo ammettere la possibilità che anche il paziente possa sovrascrivere i significati del terapeuta. In tal senso, ponendosi il paziente nella possibilità di *oltrepassare* il terapeuta, possiamo ammetterlo sovrascrivere le stesse regole del metodo (per un sistema di possibilità più vincolante di quello del terapeuta e del metodo). Un'azione basata sulle *caratteristiche individuali*, agendo l'individuo un principio di causalità limitato, posto a formare processi d'azione altrettanto limitati. Inoltre un'azione basata sulle *caratteristiche personali*. Ossia, data una struttura individuale e comune, nell'osservazione di una determinata causalità e nell'apporsi delle susseguenti forme che definiscono i processi d'azione, ognuno può compiere inferenze differenti, ponendo un contenuto differente all'interno delle forme date. Sarà chiaro che quando si parla di un principio di causalità, posto alla base di determinate forme, ad esempio semplici inferenze (del tipo 'Se $p \rightarrow q$ '), come alla base delle possibili induzioni o deduzioni, si sta trattando di quanto è possibile (limitatamente) osservare del ragionamento, non lo si sta interrogando nei meccanismi che potrebbero fondarlo in quanto tale. Meccanismi ad esempio investigati da Johnson-Laird⁶⁰ con la teoria dei modelli mentali. Un livello d'analisi che non deve interessarci, essendo rilevante la possibilità di una *differenziazione* dell'elaborazione, non ciò che potrebbe fondarla in quanto tale. In tutto ciò un dato deve quindi rimanere vincolato all'osservazione più concreta, nel porsi alla base del fare ipotesi, se è vero che l'individuo è attivo «in un mondo in cui percepisce un flusso causale»⁶¹, perché è *tale nesso causale che in definitiva sfruttiamo per il nostro ragionare*. Peraltro un «nesso causale [che] tende ad imporsi anche contro la logica voluta da un corretto svolgimento del compito assegnato»⁶². Infatti gli autori sottolineano la «crescente disillusione rispetto alla posizione inizialmente assunta»⁶³. In pratica, ritrovando un concetto di causalità da riallacciare a una determinata idea di razionalità, Wason e Johnson-Laird si ritrovano in contrasto rispetto all'idea di razionalità che inizialmente li caratterizzava, così affermando che la maggior «parte del pensiero dell'individuo si svolge [...] al di fuori di una qualunque branca consolidata della logica formale, dato che coinvolge questioni di causalità»⁶⁴. Un principio di causalità dunque soggiacente all'azione dell'individuo, al di là di quanto psicoanalisi e analista possono apporre nelle proprie relazioni, ad esempio nel senso del Boston Change Process Study Group⁶⁵, per una co-creazione posta a definire qualcosa di psicologicamente nuovo. In effetti non deve interessarci quanto può co-crearsi o co-costruirsi della relazione terapeutica, non risultando comunque controllabile. Questo nel rappresentarsi di un principio di causalità che dal processo creativo non può essere escluso, come da un qualsiasi altro processo.

⁶⁰ P.N. JOHNSON-LAIRD, *Mental models. Towards a cognitive science of language, inference, and consciousness*, Cambridge University Press, Cambridge 1983; tr. it. di A. Mazzocco, *Modelli mentali*, il Mulino, Bologna 1988.

⁶¹ P.C. WASON - P.N. JOHNSON-LAIRD, *Psychology of reasoning*, B.T. Batsford, London 1972; tr. it. di A. Mazzocco, *Psicologia del ragionamento*, Martello-Giunti, Firenze 1977, p. 104.

⁶² *Ibi*, p. 291.

⁶³ *Ibi*, p. 107.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (BCPSG): N. BRUSCHWEILER-STERN - A.M. HARRISON - K. LYONS-RUTH - A.C. MORGAN - J.P. NAHUM - L.W. SANDLER - D.N. STERN - E.Z. TRONICK, *The "something more" than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter*, «Journal of the American Psychoanalytic Association», 53 (2005), 3, pp. 693-729.

Infatti, al contrario del lavoro del BCPSG, quanto si pensa qui rilevante non è un processo creativo, bensì un principio di causalità che fonda e rappresenta il tipo di ragionamento effettuato, *in maniera non mediata dal metodo*. Il livello che si vuole dunque centrare è posto e celato sotto un qualsiasi sostrato semantico. L'indeterminazione, per quanto inteso dal Boston Group, non va quindi rintracciata nelle asserzioni del paziente o del terapeuta, piuttosto per quanto già decide di ciò che è indeterminato nell'osservazione di cause ed effetti. Anche l'imprevedibilità del terapeuta, o quella che può sembrare tale, non dovrebbe essere osservata *in sé*, nei significati che sembrano delimitarla, piuttosto per quanto già la determina come tale, quel processo causale che ha posto proprio *quella* imprevedibilità, per quanto caratterizza il terapeuta nel porsi di un ragionamento basato su determinate inferenze (inferenze necessarie se non per quanto definito dal particolare terapeuta). La soluzione (del percorso terapeutico) non è dunque da intendere, per quanto posto dal BCPSG, nelle possibili nuove interpretazioni che possono fuoriuscire da un livello semantico implicito o esplicito, che sia espresso o meno sulla base della negoziazione di intenzioni o direzioni. Non è in effetti possibile accettare la soluzione posta dal lavoro del BCPSG sulla base di ricorrenze e ridondanze perché il livello dei significati particolari non può essere controllato. Questo nel porsi di una soggettività che non può essere controllata nelle possibili alternative d'azione, non potendosi controllare la causalità espressa sulla base delle caratteristiche individuali e personali del terapeuta. Un'azione arbitraria non perché non possano essere giustificate le scelte dell'analista dal punto di vista terapeutico, ma perché tali scelte rimangono opache sia al terapeuta che al metodo. Se il terapeuta non può controllare ciò che rappresenta di se stesso e del paziente – la propria posizione – e se il metodo non può controllare quanto rappresentano terapeuta e paziente o, si potrebbe dire, se il terapeuta non può controllare, tramite il metodo, se stesso e il paziente, non si pongono forse le premesse per rendere più ardua la potenziale ottimizzazione del percorso terapeutico? Quindi del metodo? In tale (mancata) ottimizzazione va naturalmente inserita la difficoltà a giustificare l'effettiva plausibilità delle scelte del terapeuta, delle sue capacità, come delle sue incapacità.

Nell'osservare la diade terapeuta-paziente alla luce del metodo (sistema metodo-terapeuta-paziente) siamo dunque partiti dalle caratteristiche del sistema-individuo, ponendo un principio di causalità e processi d'azione condivisi nella forma (ad esempio la forma 'Se $p \rightarrow q$ ' rimane valida per ogni individuo), ma non necessariamente nel contenuto (ammettendo due o più individui osservare le stesse cause, l'inferenza può variare nel significato). Un contenuto che può porsi in maniera arbitraria perché non controllabile dalle ipotesi del metodo. Si possono allora anche criticare determinati principi teorici, ma li si critica per quanto effettivamente sono capaci di escludere delle incognite soggettive? L'analista può anche porre una critica sulla limitatezza dell'interpretazione, ma se poi nello spiegarsi, e nello spiegare il paziente, continua ad utilizzare concetti quali *dedurre* o *inferire*, senza avere presenti le problematiche insite a quanto mette in atto, non si pone forse un problema da affrontare? Una causalità che, sulla base delle ipotesi gestite in psicoanalisi, quindi sulla base del metodo applicato, non può in effetti *contrastare l'individualità del terapeuta e del paziente*, nel senso che non è possibile dimostrare il percorso terapeutico come valido sulla base dei significati esplicitamente applicati, quindi sulla base di quelle che si vorrebbero le regole determinate dal metodo. Un metodo che d'altronde *non può escludere* il principio di causalità, quale sia l'approccio applicato in psicoanalisi.

3. Condizioni limitanti il colloquio terapeutico

Un'interpretazione inquinata dall'incognita soggettiva, posta a definire la posizione del sistema terapeuta-paziente, da delimitare per quanto Freud⁶⁶ ha asserito nella necessità di «applicare ai sogni il metodo di interpretazione che era stato elaborato per i sintomi», a partire dall'«autosservazione» che il paziente deve compiere su se stesso. Tralasciamo che in realtà «si tratta [...] con i ricordi relativi ai sogni; quanto poi questi ricordi siano completi e rassomiglianti ai sogni effettivi, è un problema insolubile»⁶⁷. Tralasciamo inoltre che, in base alla teoria del campo, l'osservatore è incluso nella situazione, quindi «non potrà “conoscere se stesso” che in modo incompleto»⁶⁸. Non possiamo ad ogni modo tralasciare quanto il paziente *dovrebbe* agire nella pretesa del terapeuta che l'«autosservatore» debba «reprimere la sua facoltà critica»⁶⁹. Quanto è possibile pensare senza «idee intenzionali», di essere «trasportati lungo una corrente di idee senza scopo»⁷⁰? Anche nel volersi liberi da un'intenzione legata alla particolare associazione non si rimane comunque vincolati ad una situazione che l'associazione non può escludere? Non potendo ad esempio il paziente distaccarsi da quanto crede delle intenzioni del terapeuta o da quanto crede delle proprie motivazioni? Può il metodo controllare tali presupposti nelle relazioni causali che li definiscono? Può quindi il metodo controllare il margine d'azione che viene a crearsi per il terapeuta e il paziente? Tralasciamo anche tali questioni, ma come escludere la capacità critica applicata *in seguito*, per un'interpretazione implementata su quanto si è venuto ad associare? Un'interpretazione ovviamente basata su determinati nessi causali. Inoltre, un'associazione qualsiasi non deve essere causata da significati che si pongono in maniera implicita all'associazione? In maniera implicita alla stessa interpretazione? Può il metodo controllare tali significati? Non per decidere dell'*univocità* o della *plausibilità* dell'interpretazione, piuttosto chiedendoci quanto l'interpretazione sia *riconducibile alle regole del metodo*. Nulla cambia nel prendere in considerazione l'analisi che Freud ha compiuto su se stesso, se non *il tipo di capacità critica* (e di intenzionalità). Una capacità che l'autore affina tramite i propri sogni, con essi ponendosi nella possibilità di *affinare il proprio ragionamento*. Deve e può farlo per un metodo costruito a misura del proprio personale esperire, potremmo dire nell'importanza «dell'equazione personale nella formazione della teoria»⁷¹. D'altronde una teoria spiega semplicemente le possibilità di chi la agisce e per questo, pur senza rilevare determinate implicazioni, Freud poteva asserire: «mi rifiuto [...] di permettere che qualsiasi cosa disturbi il mio sonno, accade molto raramente che delle cause di stimolo esterne si inseriscano nei miei sogni; mentre i motivi psichici ovviamente mi fanno sognare con grande facilità»⁷². A parte la questione di una causalità sempre pre-

⁶⁶ S. FREUD, *L'interpretazione dei sogni* (1899), in *Opere 1886-1905*, tr. it. di A. Ravazzolo, Newton Compton, Roma 1995, p. 493.

⁶⁷ H.S. SULLIVAN, *The interpersonal theory of psychiatry*, W.W. Norton & Company, New York 1953; tr. it. di E.D. Mezzacapa, *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975, p. 372.

⁶⁸ *Ibi*, p. 410.

⁶⁹ FREUD, *L'interpretazione dei sogni*, p. 493.

⁷⁰ *Ibi*, p. 739.

⁷¹ P.D. SPENCE, *The rhetorical voice of psychoanalysis*, President and Fellows of Harvard College, Cambridge 1994; tr. it. di M. Innamorati, *La voce retorica della psicoanalisi*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 1999, p. 13.

⁷² FREUD, *L'interpretazione dei sogni*, p. 567.

sente, utilizzata da Freud per giustificare il proprio ragionamento (con distinzioni non plausibili fra cause e motivi psichici), dobbiamo rilevare un metodo costruito sul sistema di possibilità di Freud, per quanto l'autore poteva osservare di determinate cause e determinati effetti. Non deve quindi interessarci determinare come 'vera' una qualsiasi delle interpretazioni di Freud, piuttosto nella necessità di chiederci quanto sia riconducibile alle regole del metodo e non alla personalità freudiana. Un altro analista avrebbe ritrovato gli stessi nessi causali? Compiuto lo stesso percorso? Ottenuto lo stesso risultato terapeutico? Ad esempio così si esprime Freud⁷³ in relazione ad una paziente: «potei darle la corretta interpretazione del sogno, che in seguito lei stessa confermò». L'interpretazione sarebbe stata la stessa se agita da un altro terapeuta? Inoltre, può il terapeuta influire e ottenere una risposta a prescindere dalle regole del metodo? Insomma, nei porsì del «modo artefatto in cui Freud da un lato condizionava la storia, e dall'altro sottaceva il suo ruolo nella sua produzione»⁷⁴, si pone un metodo incapace di controllare l'incognita soggettiva, quindi la possibile arbitrarietà fra i differenti terapeuti. Dovremmo quindi chiederci se il terapeuta è nelle condizioni di attenuare un margine di errore *che potrebbe risiedere nella propria soggettività e non nel metodo*. Certo, per quanto il metodo non può controllare, ma non semplicemente per quanto *appare* del percorso terapeutico. Ossia, il metodo continuerebbe a non controllare le interpretazioni, anche queste si mostrassero esenti da un'analisi critica centrata sul sostrato semantico da esse delimitato. Ad esempio, ipotizzando le interpretazioni come plausibili, il terapeuta potrebbe continuare ad influenzare il paziente al di là di quanto il metodo *sembrerebbe* predisporre nel 'regolare' il *setting* terapeutico. Non solo. Il metodo potrebbe non controllare quanto il paziente percepisce a livello personale dei principi teorici e metodologici. D'altronde, se lo stesso Freud riferisce «che non è mai possibile essere davvero sicuri di aver interpretato completamente un sogno», restando «sempre la possibilità che il sogno abbia un altro significato»⁷⁵, non si apre forse il campo all'arbitrio di possibili alternative, dettate dal terapeuta, nel momento in cui gli si offre un margine d'azione non controllabile dal metodo? Non a caso il campo semantico delimitato da tali interpretazioni non deve interessarci *in sé*, come non deve interessarci la possibilità di falsificarlo o verificarlo, non se prima non lo si dimostra immune dall'incognita soggettiva. Un'incognita presente nei porsì a osservare cause che il metodo non è in grado di giustificare, per una giustificazione che ricade quindi sul terapeuta, su quanto sa osservare a prescindere dal metodo. In tal modo non si pongono le premesse per *non* validare la procedura attuata? Nel sostenere di Freud⁷⁶ che nell'esperienza del piccolo Hans «non esisteva nulla di simile» alla vagina, non deve dunque interessarci la spiegazione *in sé*, ma la libertà che il metodo consente, per interpretazioni potenzialmente sempre differenti, anche fra differenti terapeuti. Per di più nell'impossibilità di controllare le implicazioni che il terapeuta può trarre dalle proprie affermazioni. Quando Freud⁷⁷ asserisce, relativamente a una descrizione fatta da Schreber su determinati uccelli, che nel «leggere questa descrizione non possiamo fare a meno di pensare che debba riferirsi alle giova-

⁷³ *Ibi*, p. 523.

⁷⁴ SPENCE, *La voce retorica della psicoanalisi*, p. 93.

⁷⁵ FREUD, *L'interpretazione dei sogni*, p. 596.

⁷⁶ S. FREUD, *Il caso del piccolo Hans* (1909), in *Opere 1905-1921*, tr. it. di C. Balducci, Newton Compton, Roma 1992, p. 271.

⁷⁷ *Id.*, *Il caso di Schreber* (1911), in *Opere 1905-1921*, p. 486.

ni donne», deve allora interessarci, più che la plausibilità dell'interpretazione, che questa non può essere controllata dal metodo, non escludendosi un margine d'errore riconducibile al terapeuta. Peraltro tale interpretazione non esclude l'influenza del terapeuta sul paziente, nel richiedere Freud determinate conferme. Deve quindi interessarci che Schreber «conferma, quasi certamente»⁷⁸ l'interpretazione, ma non deve interessarci la possibilità che il paziente sbagli nel confermare l'interpretazione (Schreber in effetti *sembra* confermare) e nemmeno deve interessarci che lo stesso Freud dubita della particolare interpretazione, piuttosto interessandoci del dubbio nascosto dietro ad un *quasi certamente* che rivela la *tendenza generale* di Freud ad aggiustare le proprie spiegazioni. Una tendenza permessa dal metodo adottato. Ecco quindi riproporsi un'incognita *causale* (nel collegarsi dei differenti significati) non mediata dal metodo (pertanto da rilevare come un'incognita *casuale* rispetto alle regole del metodo). Un'incognita in questo caso da osservare come intersoggettiva, ossia non principalmente legata al sistema-terapeuta, bensì relativa al canale di comunicazione che viene ad aprirsi fra i due differenti sistemi (terapeuta-paziente). Naturalmente per quanto il metodo predispose come campo semantico, al contempo per quanto si trova impreparato a escludere del terapeuta e del paziente sulla base delle proprie regole. In sostanza, l'approccio alla situazione clinica, e l'interpretazione, potrebbero anche essere validi sulla base delle regole del metodo, ma non è possibile dimostrarlo perché approccio e interpretazione rimangono inquinati dall'incognita soggettiva, non controllata dal metodo. Allo stesso modo l'interpretazione del terapeuta potrebbe anche essere valida al di là delle regole del metodo, ma non è possibile dimostrarlo perché non è possibile compiere nette delimitazioni fra terapeuta e metodo. Ciò significa che la debolezza (o la plausibilità) delle interpretazioni non può essere provata nell'essere riconducibile al metodo o al terapeuta.

Quanto dunque definito da Popper⁷⁹ nell'asserire che la forza di una teoria non consiste nella possibilità di portare sempre nuove prove a sostegno del fatto osservato, nell'essere sempre possibili nuove interpretazioni senza in realtà nulla fondare, deve assumere un valore relativo. È vero, esistono principi teorici che possono scoprirsi sempre validi, quale sia l'evento esaminato, e il fatto che le teorie possano venire sempre confermate nella possibilità di porsi di fronte a un qualsiasi evento, trovando così spiegazioni sempre 'valide', magari alternative fra una teoria e l'altra, può dimostrare la debolezza di determinati metodi (in particolare Popper riferendosi ai metodi di Freud e di Adler). Il problema è che tutto ciò deve essere subordinato all'esclusione delle incognite soggettive e interpersonali. Vale a dire, le teorie cliniche non possono essere equiparate ad altre teorie scientifiche, perlomeno in riferimento al colloquio terapeutico, quindi non possono essere sottoposte agli stessi parametri di valutazione. Questo potrà essere fatto solo una volta che il colloquio verrà *ripulito* dalle incognite date. Solo allora si potrà giudicare dell'effettivo valore di una determinata teoria, giudicandola seguendo parametri oggettivi.

Nella condivisione delle incognite suddette vengono così a porsi problematiche da ritrovare non solo rispetto all'opera di Freud, bensì rispetto a quanto rappresentato dai

⁷⁸ *Ibi*, p. 487.

⁷⁹ K.R. POPPER, *Conjectures and refutations*, Harper Torchbooks, New York 1963; tr. it. di G. Pancaldi, *Congetture e confutazioni*, Fabbri Editori, Milano 1996.

suoi epigoni come *corpus* non monolitico, come si evince dal lavoro di Eagle⁸⁰. Dobbiamo dunque chiederci se all'interno del colloquio terapeutico venga a mancare una validità epistemologica non nell'essere le inferenze del terapeuta già viziate dai propri concetti teorici – concetti che consentono inferenze che altrimenti non verrebbero agite «sulla base di ciò che riferiscono i pazienti»⁸¹ – piuttosto ponendosi inferenze influenzate dai soggetti agenti a prescindere dai concetti teorici utilizzati, quindi aprendosi un canale di comunicazione con mancanze che i concetti teorici non possono risolvere (anche in un ambito scientifico valido le inferenze risultano viziate dai concetti teorici utilizzati). Il metodo dunque non risolve dinamiche che uniscono l'impianto 'scientifico' a quanto è semplicemente possibile rappresentare in un normale quotidiano, per processi d'azione che si conservano incontrollati. In effetti, che si voglia l'individuo agire all'interno del proprio quotidiano, all'interno di un ambito scientifico o all'interno di un colloquio terapeutico, continuerà ad osservare determinate cause e determinati effetti, con ciò ponendo i propri – individuali e personali – processi d'azione. Una questione che implica ritrovare una *continuità d'azione* fra i differenti ambiti. Ciò che varia, ponendosi a definire un ambito scientifico valido, sono le ipotesi di lavoro applicate, quindi quanto si rappresenta nelle regole dei principi teorici e metodologici. Possiamo dunque essere d'accordo con Eagle per il supporto che può essere dato da prove longitudinali, ma trovare determinate prove sperimentali al di fuori del contesto terapeutico, se può significare eliminare, o perlomeno modificare, determinati assunti teorici, non necessariamente significa risolvere la metodologia del colloquio terapeutico. Possiamo quindi augurarci di trovare la soluzione a qualche «affermazione causale»⁸², ma ciò non necessariamente significa risolvere il problema determinato dal principio di causalità *all'interno* del colloquio terapeutico. Anche si volesse giustificare la psicoanalisi come «disciplina ermeneutica», nel voler intendere le «interpretazioni terapeutiche [...] interessate più a decifrare significati nascosti che allo stabilire leggi empiriche»⁸³, ciò non significherebbe aver risolto il sistema terapeuta-paziente. L'approccio ermeneutico non esclude il principio di causalità che fuoriesce dal sistema di possibilità del terapeuta in maniera non controllata dal metodo, quindi sempre nella possibilità di percorsi diversi fra differenti terapeuti, pur ammettendo identiche condizioni iniziali. Questo significa non poter validare il metodo, se prima non si è in grado di controllare l'incognita soggettiva. Il «livello esplicativo più profondo» di cui parla Eagle⁸⁴ non può quindi ricercarsi nel porre una distinzione fra empatia e causalità, fra empatia e determinate inferenze, dimostrando che formulazioni e concetti teorici «non possono in alcun modo basarsi prevalentemente sull'empatia» o per inferenze che nulla hanno «a che vedere con l'empatia»⁸⁵. In primo luogo la possibilità del terapeuta di agire sulla base di una determinata empatia, che voglia o meno a essa esplicitamente vincolarsi, non verrebbe eliminata dal rapporto terapeutico, ponendosi come una incognita implicita, *quale sia l'orientamento teorico di riferimento*, anche nell'intenzione di basarsi su inferenze 'empiriche'. Del

⁸⁰ M.N. EAGLE, *Recent developments in psychoanalysis. A critical evaluation*, McGraw-Hill Book Company, New York 1984; tr. it. di S. Maddaloni, *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Roma - Bari 1997.

⁸¹ *Ibi*, p. 125.

⁸² *Ibi*, p. 152.

⁸³ *Ibi*, p. 160.

⁸⁴ *Ibi*, p. 162.

⁸⁵ *Ibi*, p. 164.

resto è lo stesso Eagle⁸⁶ ad affermare che «qualsiasi approccio terapeutico [...] assegna un elevato valore all'empatia del terapeuta nei confronti del paziente nel corso del trattamento». Non è quindi sufficiente porre una distinzione «nel lavoro clinico» fra empatia o «termini vicini all'esperienza» e quanto si dovrebbe invece elevare «al rango di principi metodologici ed epistemologici»⁸⁷, come non è sufficiente chiarire che un linguaggio esperienziale deve essere verificato «attraverso dati empirici»⁸⁸. Dovrebbe allora essere evidente come porre la domanda nel chiederci «ciò che il terapeuta fa effettivamente in una data seduta, e la natura esatta dell'interazione paziente-terapeuta»⁸⁹, per una domanda che non può eludere i presupposti definiti da Allò⁹⁰. Una domanda volta a definire il tipo di risposta, quindi rilevante nel far assumere una «posizione» in funzione di un «modello di terapia» la cui importanza è ben chiara a Eagle⁹¹. Al contrario dell'autore⁹² non dobbiamo però credere che il problema debba porsi fra «interpretazioni più esatte», con «maggiore probabilità di essere efficaci», e interpretazioni non esatte nel non coincidere con la realtà dei fatti, visto che la terapia può funzionare anche attraverso interpretazioni false o attraverso un approccio ermeneutico. Piuttosto va esaminato un risultato che presenta sempre determinate incognite, a maggior ragione se lo stesso Eagle⁹³ predilige una interpretazione da non svincolare «dall'atteggiamento e dallo stile del terapeuta – ovvero da fattori quali la sua capacità di ascoltare [...] di esprimere autentico interesse e preoccupazione», per di più pensando di poter mantenere «una neutralità tecnica»⁹⁴ capace di non fare schierare il terapeuta. Una neutralità da mantenere nonostante l'autore⁹⁵ sia consapevole che in terapia comunichiamo «tramite ciò che diciamo», ma anche «mediante ciò che siamo», anzi, è proprio tale distinzione a condurlo in errore, non rilevando le problematiche epistemologiche soggiacenti a quanto afferma. In pratica, Eagle sostiene che a un (supposto) procedere empirico può accompagnarsi un procedere non empirico, ma ciò solleva incognite da interrogare e le solleva non tanto nel chiederci se un metodo funziona o meno, piuttosto nel chiederci *come poter dimostrare un determinato funzionamento*, quindi come dimostrare un'efficacia che, sulla base di determinati principi (teorici e metodologici) si pone all'interno di un processo incapace di controllare un'incognita soggettiva comunque presente. Una questione di non poco conto perché se non è possibile dimostrare il percorso terapeutico *fondato su determinate regole*, non potendo essere controllato dal metodo, non è nemmeno possibile pensare di poterlo *migliorare*, non in maniera adeguata. In pratica, non è tanto importante che si ottenga un determinato risultato, ma che il terapeuta possa credere di averlo ottenuto sulla base di regole determinate dal metodo quando ciò può rivelarsi falso. Risulta quindi un falso problema ammettere o non ammettere l'atteggiamento e lo stile del terapeuta, visto che comunque una determinata soggettività risulta inescludibile, come risulta un falso problema ammettere o non ammettere una determinata empa-

⁸⁶ *Ibi*, p. 165.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ *Ibi*, pp. 78-79.

⁹⁰ ALLÒ, *Valore epistemologico del colloquio terapeutico*.

⁹¹ EAGLE, *La psicoanalisi contemporanea*, p. 91.

⁹² *Ibi*, p. 182.

⁹³ *Ibi*, p. 183.

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ *Ibidem*.

tia, visto che in realtà *non è possibile fare nette distinzioni fra un approccio empirico o ermeneutico nel permanere di determinate incognite*. Non a caso una determinata empatia, una determinata pre-comprensione, una determinata consapevolezza pre-conscia, non viene mai esclusa, *quale sia il metodo attuato*, come non viene escluso il principio di causalità che permette al sistema di possibilità del terapeuta di fare determinate osservazioni, *a prescindere dalle regole del metodo*. Vale a dire, il metodo, quale esso sia, non può controllare la causalità espressa sulla base di determinate ipotesi di lavoro. Appare quindi ingannevole chiedersi se fondare il colloquio terapeutico su un metodo assolutamente empirico (nel voler rintracciare determinati nessi causali) o su un metodo ermeneutico (nel voler escludere determinati nessi causali), perché entrambi gli approcci includono all'interno del percorso terapeutico un nesso causale, per quanto agito dal sistema terapeuta-paziente, non potendo quindi essere controllati. In definitiva il problema consiste non tanto nell'ottenere un risultato con un metodo (che si vorrebbe) prettamente empirico o (che si vorrebbe) prettamente ermeneutico, ma che *non è possibile validare né un metodo né l'altro*, ovviamente in funzione di un'ottimizzazione dell'efficacia terapeutica. Questo ricordando che entrambi gli approcci possono funzionare, li si voglia *supporre* empirici nell'illusione di distaccarsi da una qualche empatia o li si voglia *supporre* ermeneutici nell'illusione di distaccarsi da una giustificazione causale, comunque agendo incognite che pongono il prodotto terapeutico come *casuale*. Ad esempio, l'intenzione di Spence⁹⁶ di trovare una «co-occorrenza di certi pronomi», per vincolarsi a un procedere maggiormente probatorio, non esclude le incognite sistemiche e relazionali. Una problematica, come appena accennato, non esclusa da chi vorrebbe un metodo basato sull'empatia, con ciò illudendosi di poter sorvolare su determinate questioni, visto che «quando l'analista ascolta con empatia, dev'esser chiaro che va pur sempre formando una serie ininterrotta di interpretazioni»⁹⁷. Semmai alcune incognite possono rafforzarsi rispetto a un approccio empirico, per quella che dovrebbe essere «la più evoluta capacità di discriminare tra la propria e l'altrui mente»⁹⁸. Una capacità da valutare anche in relazione a *differenti terapeuti*, a maggior ragione se prevale «nell'itinerario terapeutico una spiegazione, o interpretazione, intesa in certo modo come costruzione di pensieri, la quale funge poi da linguaggio comune tra i due soggetti»⁹⁹. Non a caso ci siamo posti nell'intenzione di proporre una soluzione atta a «sciogliere [...] la compresenza di [...] due diversi archetipi gnoseologici [...] in una superiore unità»¹⁰⁰. Escludendo quindi la «unicità o esaustività della "ricostruzione"»¹⁰¹, bisognerebbe ricordarsi che il terapeuta non può escludere ciò che rappresenta al di là del metodo utilizzato, tanto è vero che terapeuti differenti possono costruire percorsi più o meno validi, pur nell'assumere gli stessi principi teorici. Le distinzioni poste da Eagle non possiedono dunque *in sé* i mezzi per risolvere le problematiche date, come non li possiedono i principi della psicoanalisi. Infatti anche il concetto «di interpretazione "sufficientemente

⁹⁶ SPENCE, *La voce retorica della psicoanalisi*, p. 201.

⁹⁷ ID., *Narrative truth and historical truth*, W.W. Norton & Co., New York 1982; tr. it. di G. Noferi, *Verità narrativa e verità storica*, Martinelli, Firenze 1987, pp. 94-95.

⁹⁸ FORNARO, *L'intuizione nella clinica psicoterapeutica*, p. 38.

⁹⁹ *Ibi*, p. 42.

¹⁰⁰ *Ibi*, p. 45.

¹⁰¹ EAGLE, *La psicoanalisi contemporanea*, p. 183.

buona”», da vincolare a «una verifica empirica» esterna alla «situazione clinica»¹⁰², non può escludere le problematiche *interne* al colloquio terapeutico. In effetti l’interpretazione non è da considerarsi semplicemente meno valida nell’aver «più a che vedere col terapeuta»¹⁰³ che col paziente, nel vincolarsi a concetti teorici inadeguati, utilizzati per decifrare la situazione, ponendo quindi una costruzione che potrebbe non esistere come tale nella realtà dei fatti. In realtà, se l’interpretazione dipende dal terapeuta sulla base dei concetti teorici utilizzati, è anche vero che tale interpretazione sussiste per quanto il terapeuta già rappresenta come sistema di possibilità. Un sistema che non viene risolto dai concetti teorici e metodologici utilizzati, quali essi siano, nel supportarli adeguati o inadeguati. Ossia, il terapeuta può continuare a porre interpretazioni inadeguate a prescindere dalla teoria e dalla prassi di riferimento. Ciò significa che, accogliendo teoria e prassi sulla base delle caratteristiche individuali e personali, può sempre sovrascrivere il tutto inconsapevolmente, rendendo il proprio sistema di riferimento maggiormente rilevante rispetto al metodo. Il concetto di adeguatezza (teorica e metodologica) andrebbe dunque valutato in funzione di tali parametri. Ma non è tutto qui. Il (particolare) paziente, nell’atto di non poter essere escluso dalla relazione diadica col terapeuta, nasconde problematiche epistemologiche (date dall’influenza reciproca dei sistemi, quindi da quanto viene a formarsi come sistema terapeuta-paziente) che non possono venire cancellate dalla tendenza del terapeuta a centrarsi (o meno) sui principi teorici del proprio metodo. Tralasciando il fatto che tali principi possono comunque venire sovrascritti, quale sia la tendenza consapevolmente data, si pone ad ogni modo una tendenza non decidibile, cioè non quantificabile, nell’impossibilità di definire il terapeuta come maggiormente centrato su determinati principi teorici o su quanto rappresenta più in generale come sistema di possibilità al di là delle regole del metodo. È per questo che l’agire «al di fuori della stanza di consultazione»¹⁰⁴, se può apparire giustificato nell’assumere una funzione di controllo dell’esito terapeutico o di modifica di taluni principi teorici, può non risolvere ciò che *effettivamente non viene escluso dal rapporto terapeutico*. Una questione non solo di principio, visto che *concretamente* le incognite date influenzano il trattamento terapeutico e lo fanno al di là di ogni possibile controllo.

Tutto ciò per una causalità implicita al processo interpretativo, visto che se «un’interpretazione [...] è seguita da un nuovo ricordo, si assume che il secondo sia causato dalla prima»¹⁰⁵, naturalmente per una interpretazione già basata su determinati nessi causali. Del resto un principio di causalità già presente all’interno di una semplice associazione, visto che «se il pensiero B segue dal pensiero A durante una catena di associazioni, allora A sarà la causa di B»¹⁰⁶. Allora, mostrandosi un principio di causalità sempre presente, al terapeuta dovrebbe interessare il fatto che se (un qualche) analista «fosse partito da altre scelte [...] sarebbe giunto a interpretazioni del tutto differenti»¹⁰⁷, per problematiche sollevate da Allò¹⁰⁸ sulla posizione determinata dal terapeuta col proprio sistema di possibilità. Una posizione comprensiva dell’influenza reciproca dei sistemi,

¹⁰² *Ibi*, p. 184.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Ibi*, p. 190.

¹⁰⁵ SPENCE, *La voce retorica della psicoanalisi*, p. 61.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ *Ibi*, p. 66.

¹⁰⁸ ALLÒ, *Valore epistemologico del colloquio terapeutico*.

già posta ad influire sull'inizio del percorso terapeutico. Non a caso il successo di un'interpretazione «potrebbe dipendere da tutta la serie delle circostanze contingenti [...] che potrebbe includere la sensazione del paziente di essere capito» oppure «la convinzione dell'analista [...] di essere nel giusto»¹⁰⁹. Dinamiche che nascondono altre incognite nel momento stesso in cui Spence¹¹⁰ asserisce che determinate associazioni sarebbero «verosimilmente differenti se un altro analista si occupasse del caso e potrebbero essere comunque differenti se le stesse circostanze si verificassero (con lo stesso paziente e lo stesso analista) in un momento diverso del trattamento». Del resto «tutti sappiamo che analisti diversi ascoltano in modi diversi e, partendo dal medesimo materiale clinico, spesso arrivano a diverse conclusioni»¹¹¹, così riproponendosi l'incognita di una soggettività che il metodo *non è in grado di controllare*. Possiamo dunque accettare che la «spiegazione univoca è divenuta qualcosa che ci si aspetta, nella nostra tradizione clinica», per dialoghi clinici «quasi sempre presentati come se l'interpretazione proposta fosse la sola interpretazione possibile», con un «osservatore/terapeuta [...] sempre separato dall'osservato/paziente»¹¹², ma dobbiamo anche conciliare tutto ciò con una «realtà clinica [...] piuttosto ambigua nel suo accadere e polivocamente determinata», nella consapevolezza «che molti di questi cosiddetti “fatti” sono creati da noi stessi», per un'analista, e un'analisi, posti da una determinata «prospettiva», con una interpretazione che, una volta privata di tale prospettiva, potrebbe variare o «scompare»¹¹³. Tali considerazioni devono allora condurci a osservare quei «problemi di soggettività che incontriamo ogni giorno tanto nei nostri pazienti che in noi stessi»¹¹⁴. Se «ad oggi, la professione non ha trovato modo di eliminare questo tipo di contaminazione»¹¹⁵, possiamo anche essere d'accordo con Spence¹¹⁶ sul fatto che in generale gli analisti non possono provare i loro risultati nei porsì di «variabili che possiamo non avere ancora modo di misurare (come il contesto costituito dalla coscienza dell'analista in un particolare momento o le impressioni cliniche lasciate dai precedenti pazienti)», ma dobbiamo anche essere consapevoli dei meccanismi che provocano tutto ciò, inoltre nella consapevolezza che tali variabili (in realtà incognite) devono accentrare la ricerca, non subordinandole ad altre considerazioni teoriche o metodologiche, ivi comprese le co-occorrenze poste da Spence. Del resto si pongono problematiche che permangono al di là di quanto Spence distingue fra una costruzione o una ricostruzione del passato o fra un'interpretazione volontaria o involontaria. Insomma, tali distinzioni non eliminano il fatto che all'interno del colloquio terapeutico continuamente si crea lo spazio per ulteriori interpretazioni, in maniera non controllata dal metodo. Interpretazioni quindi non ottimizzabili in funzione del prodotto terapeutico, non potendo essere probanti sulla base delle regole del metodo. Infatti il problema non si pone nel voler definire da parte di terzi «come l'analista ha capito quello che veniva detto»¹¹⁷ perché l'analista *non può comun-*

¹⁰⁹ SPENCE, *La voce retorica della psicoanalisi*, p. 69.

¹¹⁰ *Ibi*, p. 71.

¹¹¹ *Ibi*, p. 125.

¹¹² *Ibi*, p. 127.

¹¹³ *Ibi*, pp. 127-128.

¹¹⁴ *Ibi*, p. 210.

¹¹⁵ *Ibi*, p. 211.

¹¹⁶ *Ibi*, p. 216.

¹¹⁷ *Ibi*, p. 179.

que essere trasparente rispetto a se stesso. Il terapeuta in effetti assume una posizione limitata da possibilità limitate e ciò che crede del percorso terapeutico *può non coincidere con quanto il percorso ha messo, o mette, effettivamente in atto*¹¹⁸. Un percorso che tantomeno può rendersi trasparente a osservatori esterni (difficilmente possiamo considerare ciò che appare venire a coincidere con quanto effettivamente agito), a meno di non pensare che il terapeuta possa verbalizzare sulla continua influenza dei sistemi o che osservatori esterni possano decifrare ogni sfaccettatura (ogni incognita) del colloquio terapeutico. Per incognite, ricordiamolo, che non nascono e non si esauriscono nel particolare percorso terapeutico, ad esempio ponendosi il terapeuta (come il paziente) in una posizione determinata da quanto *già rappresenta* al di là del particolare caso clinico. Se dunque «il controtransfert è sempre presente», per un «ascolto [...] necessariamente soggettivo», peraltro per una «intuizione che fa luce nel materiale [...] all'improvviso», con «l'analista [che] generalmente ha chiaro quello di cui il paziente sta parlando (non quello che intende dire)»¹¹⁹, se un «ragionamento» occupa «di solito molto più posto dei dati», se «un nuovo concetto» dipende «di solito più dalla sua rispondenza narrativa che dalle prove di fatto», se si pone una «costruzione [...] ridefinita come un dato di fatto»¹²⁰, se un concetto acquisisce «significati multipli, con ciascuno degli autori che vi legge quello che vuole trovarci»¹²¹, nella possibilità che i «fondamenti probatori» del concetto diventino meno rilevanti rispetto a quanto «posto dall'esperienza privata di ogni analista»¹²², ebbene, se accade tutto ciò, non ha importanza che l'analista provi nell'immediatezza della seduta terapeutica a controllare il proprio mondo privato – «competenza privilegiata»¹²³ – nell'influenza che ha sulla terapia, perché tale mondo gli rimane comunque inaccessibile nella completezza di ciò che rappresenta e comunque rimane non controllato dalle regole del metodo. Questo, a priori, per la limitazione intrinseca alle proprie possibilità di spiegazione, sia individuali (nel basarsi sul principio di causalità e sulle forme che ne derivano) sia personali (nella possibilità di porre un contenuto differente all'interno delle forme condivise dall'individuo), per una limitazione che, a posteriori, rimane non mediata – controllata – dalle possibilità del metodo. Spence, nel prospettare un mondo privato e un mondo pubblico, pur consapevole di un problema dell'interpretazione, non sembra perfettamente consapevole della limitazione che l'analista deve volgere a se stesso, *per quanto il metodo gli consente*. Del resto, in funzione di una ottimizzazione del metodo, appare anche inutile definire una verità storica e una verità narrativa, per problematiche comuni a entrambe le verità, non potendosi escludere un'interpretazione basata su una causalità non controllabile. In effetti, che si voglia l'una o l'altra, e che si voglia un metodo piuttosto che un altro, il terapeuta rimane comunque *opaco* rispetto a se stesso, come lo rimane rispetto al paziente e rispetto al metodo. Per quanto un determinato materiale possa dunque essere (ipoteticamente) «naturalizzato»¹²⁴, il problema non si centra su chi legge tale materiale e nemmeno su chi lo pone in essere, ma su quanto il metodo non può consentire *a partire dalle caratte-*

¹¹⁸ ALLÒ, *Valore epistemologico del colloquio terapeutico*.

¹¹⁹ SPENCE, *Verità narrativa e verità storica*, p. 183.

¹²⁰ *Ibi*, p. 185.

¹²¹ *Ibi*, p. 195.

¹²² *Ibi*, p. 197.

¹²³ *Ibi*, p. 212.

¹²⁴ *Ibi*, p. 215.

ristiche dell'individuo. Delimitare tali problematiche, iniziando a pensare a come risolvere incognite apparentemente non risolvibili sulla base del paradigma vigente, significa far sì che la «ricerca clinica» possa «essere vincolante rispetto alla pratica clinica», risolvendo le difficoltà fra «competenza normativa» e «competenza privilegiata»¹²⁵. Ciò non significa dover necessariamente trovare una «forma» attendibile «per dedurre rapporti di causa ed effetto»¹²⁶, certo nella necessità di oltrepassare quel metodo che si vorrebbe «risalire sistematicamente dall'effetto alla causa»¹²⁷. Un metodo in cui Spence giustamente non crede, sfuggendo però il problema in maniera inadeguata, rifugiandosi nella «costruzione» a scapito della «ricostruzione», considerando «l'interpretazione come una dichiarazione pragmatica che non ha alcun referente necessario»¹²⁸, quindi ricercando «un'interpretazione creativa»¹²⁹. In tutto ciò non rilevando però, «dell'incontro originale fra analista e paziente»¹³⁰, tutte le incognite che conducono alla casualità, non ottimizzabile, dell'evento terapeutico.

Si pone in effetti nuovamente il problema di come ottimizzare il metodo, se non si risponde a determinate domande, per «ridurre i rischi»¹³¹ presenti nella relazione terapeutica. Altrimenti come pensare di poter *davvero* «fornire dati probanti al ricercatore psicoanalitico»¹³²? Com'è possibile valutare determinate «prestazioni, nei limiti in cui sono immuni dall'influenza dello psicoanalista e dagli stessi preconcetti dell'analizzando»¹³³? È *davvero* possibile, dando per scontati determinati assunti teorici, come la «nevrosi di transfert», porre distinzioni nella esclusione della «consueta vita mentale cosciente dell'analizzando, o delle qualità osservabili dell'analista, o dell'attuale realtà oggettiva della situazione analitica»¹³⁴, quando non è possibile delimitare *adeguatamente* né vita mentale né qualità dell'analista né una qualche realtà oggettiva? Ma *davvero* è possibile pensare che l'analista possa distinguere (e in che misura) un'associazione «deliberatamente o involontariamente controllata [...] dall'analizzando» o piuttosto posta nella mancanza «di selezioni tendenziose, giudizi censori o finalità coscienti»¹³⁵? Come distinguere «dati 'contaminati' da un certo tipo di influenza (l'atteggiamento selettivo del paziente) da dati relativamente immuni»¹³⁶, quando i dati sono già contaminati nel fare parte di una relazione terapeutica e, prima ancora, dei sistemi di possibilità dei soggetti agenti? Che valore dare a dati *relativamente* immuni? O sono immuni o non lo sono e, se *appaiono* relativamente immuni, dovremmo chiederci se è possibile definire *quanto* sono immuni e sulla base di *quali* meccanismi, tornando a centrarci su tutta una serie di problematiche. Ciò implica che anche «l'abilità dello psicoanalista

¹²⁵ *Ibi*, p. 216.

¹²⁶ *Ibi*, p. 250.

¹²⁷ *Ibi*, p. 270.

¹²⁸ *Ibi*, p. 271.

¹²⁹ *Ibi*, p. 272.

¹³⁰ *Ibi*, p. 279.

¹³¹ M. EDELSON, *Hypothesis and evidence in psychoanalysis*, The University of Chicago Press, Chicago 1984; tr. it. di D. Ferreri, *Ipotesi e prova nella psicoanalisi*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1986, p. 158.

¹³² *Ibidem*.

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ *Ibi*, p. 159.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ibi*, p. 160.

di discernere, accettare o riflettere su piccoli indizi»¹³⁷ andrebbe attentamente valutata, per un ambito d'azione che, nella propria rilevanza, dovrebbe decadere nei presupposti sottolineati da Edelson. Al di là di quanto in effetti l'autore vuole come dominio della psicoanalisi, al di là del considerarla «a psychology of mind, and not, for example, a psychology of behavior, or a psychology of interpersonal interactions or relations», quindi nel considerarla come «an intentional psychology»¹³⁸, nell'interesse volto alla natura e alle interrelazioni causali di desideri e credenze, comunque l'autore non si sottrae a determinate problematiche. Edelson peraltro non rileva che non è in discussione l'esistenza dei processi causali, ma la loro rilevanza epistemica, non sembrando in effetti pienamente consapevole di cosa implica l'atto di vincolarsi a desideri e credenze e a determinate relazioni causali, nel discutere di «causal inferences and [...] causal explanations»¹³⁹. Appare ovvio che la scienza, come ben sa Edelson, sia sempre limitata, quale sia il campo d'applicazione, meno ovvio è *non trovare in ciò una giustificazione* per quanto la psicoanalisi dovrebbe delimitare e variare dei propri principi. Il problema non si rappresenta nella limitazione del particolare metodo, bensì *nella possibilità di ottimizzarlo*. Una distinzione fra «external reality and psychic reality», posta a rappresentare «an essential part of the conceptual foundation of psychoanalysis»¹⁴⁰, nasconde e ripropone non poche problematiche, la si voglia definita su basi empiriche, ermeneutiche, genetiche, storiche o vincolata a un (qualche) particolare e differente dominio d'intervento (relativo o meno ad un singolo soggetto), nella «symbolic representation of the patient's conception of his inner world (his psychic reality)»¹⁴¹. Che dunque il metodo delle associazioni libere «is not done to "prove" that something is the cause of something, or because it leads unerringly to the right answers, but to make accessible mental contents that might otherwise remain inaccessible»¹⁴² ha ben poca importanza, perché un nesso causale viene comunque posto, con tutte le incognite che implica sulla base delle ipotesi utilizzate e dei sistemi che le utilizzano. Una casualità che peraltro si ripercuote sul prodotto terapeutico, nel senso che quest'ultimo può mostrarsi non funzionale al credere del terapeuta. In effetti, se il percorso non può essere validato a causa delle incognite date, allo stesso modo non è possibile validare il prodotto terapeutico. In pratica il prodotto terapeutico potrebbe essere utile non per ciò che crede il terapeuta, bensì *per quanto venuto a definirsi, in maniera non controllata, nel percorso effettuato*. Non a caso, nel margine d'azione che il paziente ha a disposizione sulla base delle proprie caratteristiche individuali e personali, a prescindere dalle capacità del terapeuta e dalle possibilità del metodo, può trovarsi la soluzione fra una terapia riuscita e una non riuscita. Il problema è che tutto ciò risponde ancora una volta a un procedere casuale, non certo sistematizzato da una precisa metodologia. In pratica il nesso causale, che corrisponda o meno a uno stato di fatto, può essere sfruttato *casualmente* (in relazione al sostrato semantico che delimita esplicitamente il percorso terapeutico) per porsi entro un movimento adeguato. Un movimento non definito esattamente, in maniera del tutto consapevole, nelle proprie regole e nei propri significati.

¹³⁷ *Ibi*, p. 162.

¹³⁸ M. EDELSON, *Psychoanalysis: a theory in crisis*, The University of Chicago Press, Chicago 1988, p. XXIII.

¹³⁹ *Ibi*, p. XXVIII.

¹⁴⁰ *Ibi*, p. 10.

¹⁴¹ *Ibi*, p. 19.

¹⁴² *Ibi*, p. 162.

Appare dunque evidente come non sia possibile accettare quanto definito da Schaffer¹⁴³ nel porsi di un linguaggio dell'azione da contrapporre alla metapsicologia della psicoanalisi. Il terapeuta può costruire «semplicemente una storia di un certo tipo», costituendo «i dati analitici ponendo certe domande, seguendo certi metodi e definendo solo certi contesti di significato», ma con tutte le incognite che comporta lavorare all'interno di un «cerchio interpretativo o ermeneutico»¹⁴⁴. Considerare la «storia della vita» del paziente come non «lineare o direzionale», piuttosto intendendola come «circolare, perché l'interpretazione psicoanalitica è circolare» nell'essere fondata «tanto sulla comunicazione presente quanto sulla conoscenza generale dei passati possibili e probabili»¹⁴⁵, non può risultare rilevante. Se dobbiamo «capire l'analizzando come un auto-osservatore difettoso»¹⁴⁶, dobbiamo allo stesso modo considerare l'analista, e la relazione terapeutica, come difettosi. Non deve in effetti darsi come scontato che lo «psicoanalista non interpreta l'esperienza grezza, ma interpreta delle interpretazioni»¹⁴⁷. Non a caso possiamo parlare di una co-costruzione del percorso terapeutico¹⁴⁸, per una questione da osservare nelle esatte implicazioni. Il problema non si pone nella mera co-costruzione, nella collaborazione fra due sistemi di possibilità, piuttosto per quanto rimane non controllato nel canale di comunicazione che viene ad aprirsi. Dovremmo dunque fare attenzione alle parole che utilizziamo, dovremmo osservare cosa implica il fatto che l'analista «deduce» o «cerca di inferire»¹⁴⁹. Al di là delle questioni riconducibili al *dedurre* e all'*inferire* (per inferenze basate sul principio di causalità, a partire dalle possibilità del sistema), vanno comunque colte le implicazioni vincolate al fatto che l'«associare nella situazione analitica è necessariamente un'attività di relazione» e che la psicoanalisi non è una «impresa distaccata e impersonale»¹⁵⁰. Ha quindi ragione Schaffer¹⁵¹ nel considerare l'associazione come non «puramente libera né puramente associazione», ma che l'associazione venga agita all'interno di una situazione analitica, definita da tale situazione, limitandosi a ragionare sul tipo di associazione, non può risultare rilevante perché si pone *una situazione non controllabile già a priori*. Appare dunque ovvio che l'«associazione libera è [...] un'azione regolata»¹⁵², ma lo è sulla base di regole che non possono essere definite perché il metodo non è in grado di controllare il sostrato semantico della suddetta situazione¹⁵³. Ossia, Schaffer non prende in considerazione quanto agito dal terapeuta insieme al metodo con determinati processi d'azione. Una questione da sottolineare non in relazione alla *verità* o all'*unicità* addotte, ma per una *contaminazione* soggiacente alla relazione terapeutica. Attenzione, nel mancare una validità epi-

¹⁴³ R. SCHAFFER, *Language and insight*, Yale University Press, New Haven - London 1978; tr. it. di A. Menzio, *Linguaggio e insight*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1979.

¹⁴⁴ *Ibi*, pp. 15-18.

¹⁴⁵ *Ibi*, p. 18.

¹⁴⁶ *Ibi*, p. 20.

¹⁴⁷ *Ibi*, p. 25.

¹⁴⁸ M. MALAGOLI TOGLIATTI - U. TELFENER (a cura di), *Dall'individuo al sistema*, Bollati Boringhieri, Torino 1991.

¹⁴⁹ SCHAFFER, *Linguaggio e insight*, pp. 30-31.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ *Ibi*, p. 34.

¹⁵² *Ibi*, p. 41.

¹⁵³ ALLÒ, *Valore epistemologico del colloquio terapeutico*.

stemologica può essere data una validità terapeutica, ma *senza validità epistemologica non è possibile validare il risultato terapeutico*. Di nuovo, il terapeuta dovrebbe riflettere sui termini che utilizza, ad esempio sul fatto che «avanza delle congetture sulle regole che l'analizzando sta utilizzando»¹⁵⁴, dove l'accento andrebbe posto su *congetture* e su *regole*. È allora possibile pensare che «la genialità del metodo delle associazioni libere» consista «nel rendere manifeste le regole insite nell'associare dell'analizzando»¹⁵⁵? Tali regole non dovrebbero essere ricondotte al principio di causalità dei sistemi implicati? Quindi alle regole che definiscono il terapeuta e il paziente? Ovviamente insieme alle regole di un metodo che non può controllare né terapeuta né paziente, dunque la causalità che essi agiscono? Nel porre allora «un modo di affrontare il problema storicamente, non in una prospettiva causale»¹⁵⁶, non si fa altro che rappresentare di nuovo un falso problema, perché un rapporto causale non può essere escluso dal percorso terapeutico, al di là di quanto è possibile intendere o meno come causalmente rilevante nel porsi, o non porsi, di motivi, ragioni, desideri o qualunque altro termine si voglia utilizzare nel tentativo di cancellare, rinviare o sostituire il concetto di causa. È dunque possibile non volere ricostruire una determinata causa, è possibile non volersi vincolare a una spiegazione causale, che la si voglia determinata da un sostrato biologico oppure da un evento passato o presente, ma nell'atto stesso di porre un ragionamento, quindi determinate opinioni nel collegarsi di determinati concetti, non si potrà comunque escludere un nesso causale. Anche volessimo escluderlo da una determinata associazione, comunque dovremmo applicarlo in seguito nel tentativo di spiegare l'associazione, cioè un'intenzione determinata verrebbe applicata nel prosieguo dell'azione, senza con ciò voler necessariamente «stabilirne la forza causale»¹⁵⁷. Che dunque una determinata concezione ermeneutica possa centrarsi sul fatto che nel colloquio terapeutico venga agita un'interpretazione, nell'intenzione di deflettere l'attenzione da quelle che sono determinate cause a favore di determinate 'ragioni', volendo porsi più su una realtà soggettiva e non oggettiva, appare quantomeno ingenuo. Una spiegazione causale non può essere esclusa perché intrinseca all'interpretazione stessa, la si voglia centrata su determinate cause o su determinate ragioni. Il problema non è quindi nell'interpretare – un'interpretazione è sempre presente –, del resto il problema non risiede nemmeno in un principio di causalità che semplicemente non può essere escluso e che fonda l'interpretazione stessa. Così anche la questione di una realtà soggettiva appare quantomeno un falso problema, se con ciò si vuole distinguere fra un significato vincolato a una sfera psicologica o a un determinato 'fatto', se si vuole distinguere fra una 'narrazione' e una 'storia' o una verità 'oggettiva'. Vale a dire: le informazioni rimangono colte da un punto di vista che, nel porre un *fatto*, una *narrazione*, una *verità*, che si voglia soggettiva od oggettiva, non fa altro che porre delle ipotesi, non fa altro che interpretare, non fa altro che porre un rapporto di causalità. Volenti o nolenti gli individui – il terapeuta, il paziente, lo scienziato e l'uomo comune – non fanno altro che osservare delle cause (ciò che gli sembra essere una causa) e degli effetti (quanto gli appare come un determinato effetto),

¹⁵⁴ SCHAFFER, *Linguaggio e insight*, p. 42.

¹⁵⁵ *Ibi*, p. 43.

¹⁵⁶ *Ibi*, p. 44.

¹⁵⁷ *Ibi*, p. 68.

ponendo il tal modo i mattoncini primi del proprio ragionare nel collegarsi dei concetti con cui identificano l'informazione e la situazione vissuta, con ciò ponendo associazioni e inferenze. Pretendere di distaccare l'interpretazione da un principio di causalità comunque presente, pretendere di porre ipotesi *soggettive*, con ciò pensando di ritagliarsi una campo di analisi privilegiato a scapito di quelle che è possibile intendere come ipotesi *oggettive*, significa non solo porre una delimitazione in realtà non giustificabile, ma significa inibirsi nel ragionamento che ci si dovrebbe concedere. Insomma, non interrogando *quanto di comune può esserci fra una sfera cosiddetta soggettiva e una sfera cosiddetta oggettiva*. Appare quindi inadeguato definire che «una prestazione [...] segue delle regole»¹⁵⁸, con ciò ponendo «un'azione [...] suscettibile di interpretazione»¹⁵⁹, non avendo chiaro che l'interpretazione si mostra debole proprio nell'impossibilità di avere chiare le regole di riferimento (al di là di quanto è possibile *supporre, congetturare, ipotizzare*). In pratica l'interpretazione non rimane altro che un'ipotesi, un agire per ipotesi, un ragionare per ipotesi. Va ribadito, per un meccanismo sempre presente, quale sia il metodo applicato, in ogni caso mostrandosi tale meccanismo maggiormente rilevante in riferimento a una applicazione terapeutica. La questione non è allora che vengano a porsi delle regole, non è data dal fatto che tali regole siano perfettibili, non è data dall'essere consapevoli di un'interpretazione limitata, non è data dal margine d'azione che un'interpretazione può sempre consentire nell'essere sostituita da un'altra. Diciamo che il metodo può sempre fare vedere nuove alternative d'azione, ma non nella risoluzione del fatto (nelle implicazioni date) che «non si può smettere d'essere umani»¹⁶⁰. Il problema non viene dunque risolto dalla consapevolezza o meno di poter o non poter «sospendere una regola qualsiasi»¹⁶¹, magari immaginando di poter associare senza regole, piuttosto dovrebbe essere risolto nella necessità di trovare una risposta al fatto che (sembra) non ci sia «scampo da se stessi»¹⁶², cioè da un sistema di possibilità limitato, *che viene a basarsi su un sostrato semantico che lo limita ancor più*. È vero, «la psicoanalisi è un insieme di regole per interpretare l'azione umana secondo certe linee in un certo contesto: quello dato nella situazione analitica»¹⁶³. Peccato che tale contesto (nelle regole supposte a delimitarlo) sia errato, non fosse altro per una situazione analitica che non può essere separata nettamente da quanto l'individuo rappresenta nei propri processi d'azione. L'attenzione di Schafer¹⁶⁴, per i termini utilizzati nell'analisi (sulla base di determinati principi teorici) e per i termini che dovrebbero venire utilizzati (sulla base di un determinato linguaggio dell'azione), non appare dunque funzionale ad evitare il problema, a maggior ragione nel pensare che gli analisti «differ among themselves in their life histories, their talents and training», peraltro per un'applicazione terapeutica dove l'analista è implicato «in a great variety of highly individuals variables»¹⁶⁵. «Each analyst's sensitivities, interests, and cultural scope are bound to influence the exploration»

¹⁵⁸ *Ibi*, p. 47.

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ *Ibi*, p. 50.

¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ *Ibi*, p. 130.

¹⁶⁴ R. SCHAFER, *A new language for psycho-analysis*, Yale University Press, New Haven - London 1976.

¹⁶⁵ *Ibi*, p. 48.

e «there is no way of measuring the resulting differences among analyses»¹⁶⁶. Riflettiamo su queste considerazioni e poi chiediamoci se possono essere *davvero* risolte, nelle incognite poste, da quanto vorrebbe definire il linguaggio dell'azione di Schafer. Il fatto che l'analisi rappresenti «a joint product of analyst and analysand»¹⁶⁷ in effetti deve essere osservato considerando una questione non totalmente oscura a Schafer: le dinamiche appartenenti all'individuo (e alle relazioni quotidiane) sono passibili di essere ritrovate nel paziente (e nella relazione terapeutica). Ossia, è possibile continuare a osservare il paziente per quanto rappresenta come individuo, cioè per quanto si pone di condiviso fra un *normale* contesto e una determinata patologia. Questo nel porsi di un campo semantico basato su una determinata causalità e su determinati processi d'azione, per una *soluzione di continuità* presente nella forma che tali processi conservano e con cui si rappresentano, pur nel differenziarsi delle informazioni che permettono di elaborare. Semplificando: che si sia 'normali' o segnati da qualche patologia, comunque *non è possibile non agire sulla base di determinati processi d'azione, in definitiva ponendo non altro che determinate cause e determinati effetti*. Ciò significa che non è possibile non agire induzioni, deduzioni, inferenze o associazioni, il tutto nel collegarsi dell'osservazione causale. Insomma, insieme a una causalità inesccludibile vengono agite delle forme altrettanto inesccludibili, per quanto limitate esse siano. Una questione che vale sempre, al di là del considerare la psicoanalisi «an interpretive discipline, not a natural science»¹⁶⁸.

Ecco dunque porsi una ricorsione (teorica e metodologica) che continuamente si rinnova, per difficoltà riconducibili agli esordi della psicoanalisi, altrimenti Ellis¹⁶⁹ non avrebbe sottolineato che Freud «stava brillantemente *creando* interpretazioni cliniche per adattare alle sue drastiche teorie edipiche enormemente unilaterali» o Rogers¹⁷⁰ non avrebbe rimarcato le interpretazioni preconette di Freud. Anche Grünbaum¹⁷¹ ha sottolineato la limitazione delle interpretazioni di Freud, affermando che «(i) la situazione analitica si rivela incapace di fornire prove a sostegno dell'inferenza che P sia causa di N, e (ii) i metodi retrospettivi non possono verificare neanche che P è avvenuto», dove P rappresenta l'esperienza patologica e N la nevrosi. Una limitazione già rilevata da Grünbaum¹⁷² nel chiedersi se il percorso terapeutico, in riferimento al metodo delle associazioni, possa formarsi in modo «*causalmente incontaminato*» rispetto all'influenza dell'analista o alle «credenze previe» dei pazienti. Un'influenza a parere di Grünbaum¹⁷³ «insolubile» e «inestirpabile» entro un «livello *intraclinico*», mentre una soluzione si ritiene qui possibile, peraltro ribadendo che agire sulla base

¹⁶⁶ *Ibidem.*

¹⁶⁷ *Ibi*, p. 49.

¹⁶⁸ *Ibi*, p. 362.

¹⁶⁹ A. ELLIS, *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Secaucus (New Jersey) 1962; tr. it. di A.M. Greci, *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1989, p. 15.

¹⁷⁰ C.R. ROGERS, *Counseling and psychotherapy*, Houghton Mifflin, Boston 1942; tr. it. di J. Sanders, *Psicoterapia di consultazione*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1971.

¹⁷¹ A. GRÜNBAUM, *Reflections on the Foundations of Psychoanalysis*, «The Behavioral and Brain Sciences», 9 (1986), 2, pp. 217-284; tr. it. di F. Coniglione, *Psicoanalisi: obiezioni e risposte*, Armando, Roma 1988, p. 53.

¹⁷² *Id.*, *The foundations of psychoanalysis*, University of California Press, Berkeley 1984; tr. it. di S. Stefani, *I fondamenti della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano 1988, p. 272.

¹⁷³ *Ibi*, p. 341.

di «scoperte *extracliniche*»¹⁷⁴ non può rivelarsi la soluzione del problema, a meno che non risolvano la causalità agita all'interno del particolare percorso terapeutico. Ciò significa risolvere i processi d'azione dei sistemi agenti, vincolati al sostrato semantico dei significati particolari, quindi significa che un livello sovraordinato di analisi deve essere ricercato, ma rispetto al livello dei significati particolari gestiti nel rapporto terapeuta-paziente, non nell'essere sovraordinato a tale rapporto. In effetti, rispetto a Grünbaum, siamo partiti da un punto d'attacco differente, cioè dal problema delle caratteristiche dell'individuo (quindi del terapeuta) e dalle differenze soggettive fra i terapeuti. Abbiamo quindi trattato della valutazione oggettiva del terapeuta, del paziente e del metodo. Questo interrogando i processi d'azione dell'individuo, ponendo una soluzione di continuità fra quotidiano e patologia. Tutto ciò nei processi di un'interpretazione debole nelle ipotesi utilizzate in psicoanalisi, che si voglia un approccio falsificazionista o verificazionista, empirico o ermeneutico, non a caso ponendosi una critica riconducibile a altre teorie cliniche. Una limitazione in effetti da considerare non per quanto esplicitamente appare, piuttosto per quanto soggiace all'interpretazione, quale essa sia, tanto che non deve interessarci se il principio di causalità non può dimostrare una spiegazione univoca, piuttosto interessandoci del fatto che *non permette di escludere le incognite soggettive prima ancora di poter giudicare della plausibilità della spiegazione*. Infatti, se non si escludono tali incognite, non è possibile *giudicare oggettivamente le ipotesi date*. Quindi un principio di causalità che non rappresenta un problema *in sé*, comunque presente nelle osservazioni limitate dell'individuo, piuttosto diventando un problema in base alle ipotesi utilizzate, incapaci di mediare la causalità espressa perché incapaci di escludere una presenza soggettiva non controllabile e che va ad inquinare i significati del processo terapeutico. Il tutto va dunque posto in relazione alle differenze che possono agire i terapeuti all'interno di uno stesso metodo, oltre che fra i differenti metodi. Cosa deve allora interessarci del fatto che Grünbaum¹⁷⁵ sostiene, a proposito del lapsus freudiano dell'*aliquis*, che «non v'è alcuna giustificazione per istituire una connessione *causale* tra paura della gravidanza ed errore di memoria solo sulla base della connessione *tematica* tra il contenuto del desiderio rimosso e quello della frase latina»? Cosa derivare dal fatto che non è possibile «ritenere [...] che questo "significato" era costituito da un atto di aggressione inconscia verso il padre?»¹⁷⁶. Cosa dedurre dal fatto che «anche nel caso di un comportamento motivato *consciamente*, l'agente non gode di un accesso epistemico privilegiato alla comprensione dei motivi»¹⁷⁷ e cosa dal fatto che «il soggetto, esattamente come gli osservatori esterni, ha un accesso unicamente *inferenziale* [...] a quei nessi causali che collegano realmente alcuni dei suoi stati psichici»¹⁷⁸? Dobbiamo rilevare non la limitazione del nesso causale in riferimento a determinati valori teorici, non la mancata univocità dell'interpretazione, nemmeno interessandoci se l'interpretazione dovesse eventualmente mostrarsi scevra da dubbi. Infatti dobbiamo osservare un meccanismo sempre presente, con ciò osservando le problematiche metodologiche prima ancora che teoriche. Problematiche vincolate alle

¹⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁷⁵ *Id.*, *Psicoanalisi: obiezioni e risposte*, p. 47.

¹⁷⁶ GRÜNBAUM, *I fondamenti della psicoanalisi*, p. 79.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ *Ibi*, p. 194.

scelte del singolo individuo, ma anche a quanto viene condiviso fra i differenti individui. Dobbiamo quindi osservare quanto si pone in maniera *implicita* all'azione data, per quanto il nesso causale forma del livello semantico nel sottostare alla base delle nostre scelte, a esse soggiacendo, senza necessariamente fuoriuscire a caratterizzare la nostra azione. Una premessa necessaria per iniziare a comprendere come ripulire il processo dalle incognite date, quindi una premessa necessaria per valutare *in seguito* oggettivamente il metodo, che sia sulla base delle valutazioni di Grünbaum o di altri.

4. Conclusioni

Un determinato percorso, e un determinato risultato, rientrano nella logica delle regole del metodo? La validità del trattamento terapeutico non può dipendere *più dal terapeuta che dalle regole a cui egli crede riferirsi?* O dipendere dalla soggettività del paziente? È in effetti possibile credere di aver ottenuto un risultato attraverso un determinato procedimento quando ciò può risultare falso, per regole non funzionali allo scopo, con un risultato che può prodursi non solo da esse. Ciò significa inibire la possibilità di migliorare il procedimento. In pratica *la valutazione terapeutica viene assunta come scontata in riferimento al tipo di conoscenza con cui si attua*, con un prodotto terapeutico posto in maniera *casuale* rispetto alle regole che si crede applicare. Tutto ciò deve condurci non a interrogarci sul fatto che forse «non solo la patogenesi, ma anche la psicopatologia può essere unitaria»¹⁷⁹, piuttosto interrogando *un metodo di intervento unitario sull'individuo*, nel centrare problematiche condivise dal sistema, quindi rintracciando una *soluzione di continuità* fra normalità e patologia, per quanto Sullivan¹⁸⁰ ha definito, partendo dai propri presupposti, nel ritenere «non esistano caratteristiche manifestate solo dagli ammalati, ma che le uniche differenze stiano nel grado, cioè nell'intensità e nella durata, di ciò che è comune a tutti». Bisogna allora considerare una *soluzione condivisa*, con ipotesi di lavoro *non* dipendenti dalla *verità* delle singole interpretazioni, così inibendo determinate incognite. Si potrebbe dire nell'intenzione di diminuire l'importanza di quel contenuto di cui hanno parlato, sulla base delle proprie linee guida, Watzlawick e coll.¹⁸¹. Del resto, se lo «spazio analitico» è «interpersonale»¹⁸², se il paziente fa «una supposizione su ciò che l'analista vuole ascoltare», scegliendo «un contenuto e un linguaggio» attinenti a tale scelta, se quanto suppone il paziente interagisce «con un secondo insieme [...] supposto dall'analista», per «scelte [...] operate da due diversi ventagli di possibilità»¹⁸³, si pongono *supposizioni* che le ipotesi di lavoro non possono controllare. Trattare la «caratteristica peculiare dell'interazione umana»¹⁸⁴ significa allora rappresentare *una linea di demarcazione non accettabile fra terapeuta e metodo*, ponendosi un metodo che lascia al terapeuta non tanto un margine d'azione maggiore rispetto ad altre discipline scientifiche, piuttosto un margine non controllabile. Ciò significa che le caratteristiche

¹⁷⁹ MASLOW, *Motivazione e personalità*, p. 199.

¹⁸⁰ SULLIVAN, *Teoria interpersonale della psichiatria*, p. 342.

¹⁸¹ P. WATZLAWICK - J.H. BEAVIN - D.D. JACKSON, *Pragmatics of human communication*, W.W. Norton & Co., New York 1967; tr. it. di M. Ferretti, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1971.

¹⁸² SPENCE, *Verità narrativa e verità storica*, p. 115.

¹⁸³ *Ibi*, pp. 121-122.

¹⁸⁴ EAGLE, *La psicoanalisi contemporanea*, p. 174.

individuali – le forme agite dall'individuo, dunque dal terapeuta e dal paziente – non risultano centrate su ipotesi capaci di controllare il contenuto di tali forme, quindi di controllare il percorso terapeutico. Il metodo non è quindi in grado di controllare quanto ognuno può agire di personale e potenzialmente di arbitrario. In psicoanalisi la linea di demarcazione fra terapeuta e metodo non è valida perché il terapeuta non può giustificare né il percorso né il prodotto terapeutico sulla base del metodo, né d'altronde può giustificarsi sulla base di quanto direttamente rappresenta, per quanto determinati significati *sembrano* predisporre. Valutare dunque le caratteristiche individuali (causalità e forme condivise dagli individui, del tipo 'Se $p \rightarrow q$ ') e le caratteristiche personali (contenuti differenti per stesse forme), significa spiegare il perché di determinate incognite, non solo descrivendole, al contempo valutando un sistema non mediato dalle ipotesi del metodo, quindi un principio di causalità *più limitato del dovuto* sulla base delle differenze personali (contenuto) che possono innestarsi sui processi individuali (forme). Una dinamica che implica non poter avere la stessa oggettività di altre discipline scientifiche, dove è possibile un maggiore controllo intersoggettivo nella possibilità di capire se si stanno rispettando le regole del metodo *o se si sta fuoriuscendo, magari in maniera giustificata, da quanto esse vogliono definire*. Va quindi ribadita l'importanza di una funzione esecutiva (data nel colloquio terapeutico) rispetto a quella che può essere una mera funzione descrittiva (posta da determinate istanze teoriche), come va ribadito il concetto di *linea di demarcazione terapeuta/metodo*. Infatti, se le regole del metodo non controllano le regole del terapeuta, allora si pongono nell'incapacità di controllare le regole del paziente, quindi non escludendo che una efficacia/inefficacia sia dovuta più al terapeuta, o alle caratteristiche del paziente, che al metodo, senza però la possibilità di dimostrarlo, ponendosi differenze soggettive che non possono essere valutate. Ciò implica la difficoltà a valutare *oggettivamente* sia il metodo che il terapeuta, soprattutto in funzione di una ottimizzazione dei processi coinvolti. Ripulire il metodo da determinate incognite è quindi la *premessa necessaria* per valutare l'impianto teorico e metodologico. Non ritenendo però tale compito assolvibile all'interno del paradigma odierno, dobbiamo osservare verso cosa può essere funzionale il nesso causale, a prescindere dalle 'verità' che con esso si vorrebbero definire. Dobbiamo pertanto porci alcune domande: non è forse possibile migliorare il proprio ragionamento attraverso significati che possono in seguito rivelarsi falsi? Cosa può essere funzionale a un affinarsi del ragionamento e cosa può invece inibirlo sulla scorta, ad esempio, di un mero nozionismo? Perché determinati percorsi terapeutici possono casualmente consentire di ragionare meglio? Perché sviluppano (casualmente) la capacità di osservare cause ed effetti. Un'azione da non ricondurre alle particolari informazioni, altrimenti bisognerebbe supporre le regole che delimitano una determinata capacità di scelta ogni volta de-costruirsi e ri-costruirsi insieme all'informazione sulla quale si implementano. Del resto «ogni persona ha una serie di regole generali che guidano la sua reazione alle situazioni specifiche. Tali regole [...] guidano [...] le sue specifiche interpretazioni, le sue aspettative, e le istruzioni interne»¹⁸⁵. Allo stesso modo potremmo dire che la «premessa maggiore (la regola)» del paziente non può che far «parte della sua organizzazione cognitiva» ed essere «applicata alle circo-

¹⁸⁵ A.T. BECK, *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press, New York 1976; tr. it. di G. Sacco, *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio-Ubal dini, Roma 1984, p. 35.

stanze presenti»¹⁸⁶. Questo significa che abbiamo «un punto di vista (teoria, sistema di riferimento, cosmo, modo di rappresentazione) i cui elementi (concetti, “fatti”, raffigurazioni) sono combinati in accordo con certi principi di costruzione [...] ci sono cose che non si possono dire, o “scoprire”, senza violare i principi (il che *non* significa contraddirli)»¹⁸⁷. Se poi «ciò che dà senso e valore alle nostre osservazioni è proprio il “pregiudizio” teorico»¹⁸⁸ e se «il modo iniziale di vedere una cosa [...] determina tutte le nostre azioni successive nei suoi confronti»¹⁸⁹, ecco porsi un livello sovraordinato alle singole osservazioni, atto a consentire l’osservazione in quanto tale. Insomma, se «una persona ha un programma di regole secondo le quali decifra e valuta le sue esperienze e regola il suo comportamento e quello degli altri»¹⁹⁰, possiamo porre, al di là dei presupposti di Beck, dei principi che definiscono la *qualità* del ragionamento. Se tale qualità influenza le particolari interpretazioni, allora *deve essere vero anche il contrario*. Ossia, abbiamo la possibilità di modificare il *tipo* di ragionamento (dato nell’approccio alla situazione) a partire dall’osservazione dei particolari nessi causali. Un processo rilevante, visto che possiamo variare le interpretazioni senza modificare la qualità del nostro ragionare. In effetti, il modo di ragionare, pre-determinato da parametri di valutazione che decidono dei percorsi concettuali, quindi del contenuto delle forme, può sempre ammettere altre osservazioni che non quelle date. Per questo una modifica semantica *può risultare influente ai fini terapeutici*, se non va ad intaccare un ordine di regole più generale. Mostrandosi tutto collegato è possibile, nell’affinarsi dell’osservazione causale, quindi del contenuto delle forme, giungere a modificare i parametri di valutazione che decidono del contenuto delle forme. Ciò significa modificare l’individuo a un livello maggiormente com-prensivo, inibendo l’importanza delle singole interpretazioni, visto che queste non risulterebbero più funzionali in sé, ma rispetto ad altro-da-sé. Possiamo dire, con Heisenberg¹⁹¹, che cogliere un determinato stato di un sistema non deve far perdere di vista ciò che il sistema può rappresentare sotto un differente stato. Se allora assumiamo che l’insieme dei significati particolari agiti dall’individuo rappresenta un sistema e che l’insieme delle regole che governano tali significati rappresenta un altro sistema, a essi non univocamente riconducibile, visto che determinate regole possono sempre generare altri significati che non quelli dati, possiamo dire che il sistema delle regole viene a porsi su un livello che non potrà mai essere equiparato al sistema dei significati particolari, non importa quanti se ne possano generare. Così, prendendo ad esempio quanto ha delineato il principio d’incompletezza di Gödel¹⁹², possiamo asserire che, non potendo trovare la soluzione di un sistema all’interno del sistema stesso, è comunque possibile osservare che entrambi i sistemi possono usufruire uno dell’altro potenziandosi a vicen-

¹⁸⁶ *Ibi*, p. 77.

¹⁸⁷ P.K. FEYERABEND, *Against Method*, NBL, London 1975; tr. it. di L. Sosio, *Contro il metodo*, Feltrinelli, Milano 2005, p. 223.

¹⁸⁸ P. MASAT LUCCHETTA (a cura di), *Epistemologia e storiografia*, La Scuola, Brescia 1987, p. 25.

¹⁸⁹ LAING, *L’io diviso*, p. 9.

¹⁹⁰ BECK, *Principi di terapia cognitiva*, p. 73.

¹⁹¹ W. HEISENBERG, *Ordnung der Wirklichkeit*, in *Gesammelte Werke*, hrsg. von W. Blum - H.P. Dürr - H. Rechenberg, Bd. CI, Piper, München 1984, pp. 217-306; tr. it. di G. Gregorio - C. Staiti, *Indeterminazione e realtà*, Guida, Napoli 2002.

¹⁹² K. GÖDEL, *Collected Works. Volume I, Publications 1929-1936*, Oxford University Press / Clarendon Press, New York / Oxford 1986; tr. it. di C. Mangione, *Opere. Volume 1, 1929-1936*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

da. Nell'assumere quindi l'esistenza di regole che governano *il tipo di ragionamento* possiamo assumere una qualità che, come può conservarsi intatta al variare dei significati particolari (potremmo assimilare 1.000 o 10.000 nuovi significati senza con ciò variare la qualità del nostro ragionare), può anche con essi modificarsi. La *qualità del ragionamento* rappresenta pertanto un *livello di analisi*, e di intervento, *maggiormente profondo* rispetto al livello semantico definito dai significati particolari, dunque un livello di analisi *maggiormente oggettivo*. Questo nel conservarsi attraverso determinati fatti o ipotesi, al contempo nel fondarsi su quelli che sono *meccanismi comuni* all'individuo, quindi nella possibilità di una *soluzione condivisa*, fra differenti soggetti e problematiche, oltrepassando il livello d'interpretazione dei significati particolari *inibendo* determinate incognite. In pratica, nella qualità delle osservazioni causali, quindi dei processi d'azione, è possibile avere un'immagine delle regole che definiscono il tipo di elaborazione, per una capacità, o un'incapacità, *che non può che rappresentare la qualità del ragionamento*. Bisogna quindi porre le basi di un *training*, trasformando la relazione terapeutica in un mezzo potente per imparare a ragionare. Allora, se «gli esseri umani parlano in modo grammaticalmente corretto prima di aver imparato le regole esplicite della grammatica»¹⁹³, a noi deve interessare che una differenziazione del ragionamento è possibile anche senza decifrare le regole che potrebbero fondarlo, non al di là di quanto si è esposto. D'altronde, se in «un contesto di relazioni interpersonali»¹⁹⁴ le «persone formulano continuamente ipotesi e compiono inferenze», applicando «delle regole (formule, equazioni, premesse)» che, se usate in maniera inadeguata, possono condurre ad «ansia, depressione, fobia, mania, stato paranoide, ossessione»¹⁹⁵, risulta utile modificare quanto si pone alla base della capacità di fare ipotesi e inferenze, differenziando le regole dell'osservazione causale. Certo, un metodo da non basare su «un mero cambiamento di credenze»¹⁹⁶. Nel porre un pensiero strategico e non procedurale possiamo quindi considerare un procedere necessario perché, come ci ricorda Kuhn¹⁹⁷, «l'acquisizione cumulativa di novità è non solo rara di fatto, ma anche teoricamente improbabile».

Riassumendo: le regole del ragionamento definiscono le *forme* (associazioni e semplici inferenze del tipo 'Se $p \rightarrow q$ ', sulla base delle quali vengono costruite induzioni e deduzioni, nella forma delle regole che le definiscono in quanto tali) e l'*applicazione delle forme*, che deriva dalla conoscenza pregressa (parametri di valutazione). Nel modificarsi della conoscenza può variare il *contenuto* del processo d'azione, sempre nel definirsi del principio causale. Un principio che generalmente lavora in maniera implicita (in tal modo automatizzato), quindi nella necessità di essere portato in superficie per essere allenato. Ovvio, una determinata comprensione può ottimizzarsi tramite il livello semantico, indirettamente affinando i processi a esso sottostanti, ma rivolgersi direttamente al processo causale significa sistematizzare la procedura rendendola non casuale. Fatto questo anche il susseguente sostrato semantico si porrà in maniera maggiormente adeguata. Al contrario, *agire sul livello semantico non necessariamente implica la*

¹⁹³ BECK, *Principi di terapia cognitiva*, p. 37.

¹⁹⁴ *Ibi*, p. 180.

¹⁹⁵ *Ibi*, pp. 178-179.

¹⁹⁶ P.N. JOHNSON-LAIRD, *Human and machine thinking*, Erlbaum, Hillsdale (NJ) 1993; tr. it. di M. Riccucci, *Deduzione induzione creatività*, il Mulino, Bologna 1994, p. 211.

¹⁹⁷ T.S. KUHN, *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago Press, Chicago 1962; tr. it. di A. Carugo, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1995, p. 124.

possibilità di migliorare la capacità di osservare cause ed effetti. Non a caso, quando all'interno del percorso terapeutico si implementa un tale potenziamento, si viene a definire un movimento *casuale* in relazione ai dettami del metodo. Una procedura che viene dunque a delimitare un campo semantico concreto, comunque non potendosi escludere, chi agisce, da un preciso *campo causale*. In pratica «l'intera questione potrebbe consistere nel richiamare alla mente che la causalità, che "esista realmente" o meno, certamente esiste in quello che è il nostro "mondo della vita". Ciò che la rende "reale" [...] è la possibilità di chiedere "È davvero quella la causa?" [...] la possibilità di *controllare* le asserzioni causali»¹⁹⁸. In questo senso possiamo dunque interpretare le parole di Kuhn¹⁹⁹: «Se impareremo a sostituire l'evoluzione verso ciò che vogliamo conoscere con l'evoluzione a partire da ciò che conosciamo [...] un gran numero di problemi inquietanti può dissolversi. In mezzo a questi problemi può ad esempio trovarsi quello dell'induzione» e, va qui aggiunto, quello del principio di causalità. Una causalità non a caso presente in ogni ambito di ricerca, basta pensare all'uso che ne fa Simon²⁰⁰ in relazione a tematiche economiche, peraltro sottolineando la centralità dell'individuo. Del resto, nella citazione di Thomas Nagel operata dalla Gomez²⁰¹, è possibile ritrovare un'interpretazione che «reveals causation because that's the kind of system a human being is». Quanto si definisce come «causal process» non deve essere però subordinato a «desire, belief and intention», piuttosto definendo «the practical bedrock of human subjectivity»²⁰². Ciò significa, ritrovando le parole di Donald Davidson nel lavoro della Gomez²⁰³, che dobbiamo dare rilievo a una causalità «vehicle of explanation», al contempo dovendo però agire al di là delle intenzioni di Davidson, non nascondendo tale causalità sotto la spiegazione stessa. Allora, se è «pretendere troppo pensare di guarire il paziente rendendogli noto quello che si è appreso»²⁰⁴, si pone una questione non esile, anche rispetto ai limiti della stessa psicoanalisi, visto che fare «risalire i sintomi all'infanzia, o spiegare come tali sintomi possano alleviare intollerabili situazioni vitali, può avere sulla terapia o nessun effetto o addirittura un effetto negativo se il paziente non è in grado di accettare queste interpretazioni»²⁰⁵. Non a caso «il tentativo di imporre interpretazioni preconcepite ritarda, anziché affrettare, la conclusione della terapia»²⁰⁶. Appare dunque maggiormente economico ed efficace modificare l'approccio alla situazione, per un approccio *top-down*, dove la modifica della qualità del ragionamento implica la modifica di regole che definiscono l'azione al di là di un compito specifico, per processi d'azione che, quale sia la situazione vissuta, vanno ad implementarsi sull'informazione particolare. Insomma, viene a porsi un approccio indiretto al problema, in realtà diretto verso il vero problema, il tipo di elaborazione che definisce il problema in quanto tale. Dando allora per scontato che il ragionamento possa affinarsi, dobbiamo solo comprendere l'utilità di tale procedere in ambito terapeutico. Un nesso causale viene sempre

¹⁹⁸ PUTNAM, *Realismo dal volto umano*, p. 219.

¹⁹⁹ KUHN, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, p. 205.

²⁰⁰ H.A. SIMON, *Causalità, razionalità, organizzazione*, il Mulino, Bologna 1985.

²⁰¹ GOMEZ, *The Freud Wars*, p. 58.

²⁰² *Ibi*, p. 93.

²⁰³ *Ibi*, p. 176.

²⁰⁴ FREUD, *Il caso del piccolo Hans*, p. 264.

²⁰⁵ ROGERS, *Psicoterapia di consultazione*, p. 30.

²⁰⁶ *Ibi*, p. 231.

posto, ma dobbiamo pensare a una qualità del ragionamento da non vincolare alla quantità di fatti che un determinato punto di vista può riuscire ad osservare. In effetti, se è vero che l'elaborazione deve basarsi su dei fatti, *non è detto che i fatti siano funzionali a un'elaborazione adeguata*. Ciò significa che è possibile prescindere da determinati fatti, ma significa anche che bisogna ricercare determinati percorsi concettuali. I significati vanno dunque osservati nell'utile che possono assumere nell'affinare l'osservazione causale, non viceversa. Sia chiaro, è possibile interrogarsi su cause passate (o presenti) e sui possibili effetti, comunque rimanendo centrati su quanto il livello semantico viene a definire con un determinato livello di *verità*, mentre si dovrebbero interrogare le *verità* in funzione di una modifica del ragionamento.

Concludendo, si è delineato un sistema con quella necessità citata da Feyerabend²⁰⁷: *«si deve imparare ad argomentare con termini non spiegati e a usare frasi per le quali non sono ancora disponibili regole d'uso chiare»*. Questo nel pensare che quanto *«qui conta non è la precisione, bensì la fecondità dei concetti»*²⁰⁸. Una precisione limitata che l'autore lega al linguaggio scientifico, a maggior ragione da porre in tal senso nel linguaggio terapeutico, visto che la *«danza verbale fra il clinico e il paziente è semplicemente troppo mutevole e polimorfa perché si possa stabilire una qualsiasi routine standardizzata»*²⁰⁹.

Abstract

Scopo del presente lavoro è proporre una critica dei principi teorici e metodologici della psicoanalisi, mostrando il percorso terapeuta-paziente vincolato ad incognite sistemiche-relazionali non escludibili da determinate ipotesi di lavoro. La limitazione imposta dalle caratteristiche personali del terapeuta e dal principio di causalità, sulla base delle ipotesi applicate, rende in effetti l'interpretazione dei significati particolari non passibile di un controllo adeguato. Una dinamica che impedisce di validare il sistema metodo-terapeuta-paziente, quindi di validare il colloquio terapeutico, anche in funzione di una ottimizzazione del metodo. In pratica non viene a porsi una linea di demarcazione valida fra terapeuta e metodo. Una conclusione che deve spingere verso una radicale variazione di paradigma.

Parole chiave: incognite, causalità, sistema, demarcazione, paradigma

The purpose of this paper is to offer a critical analysis of the theoretical and methodological principles used in psychoanalysis, showing how the path therapist-patient is limited by systemic-relational unknowns which cannot be left out from certain working hypothesis. The limitation imposed by the therapist's personal characteristics and by the principle of causality, on the base of the assumptions applied, makes indeed the interpretation of particular meanings not subject to a proper control. A dynamic which prevents a validation of the system method-therapist-patient and, consequently, a validation of the therapeutic interview, also as a function of an optimization of the method. In practice there cannot be a valid demarcation line between therapist and method. A conclusion that should lead towards a radical paradigm shift.

Keywords: unknowns, causality, system, demarcation, paradigm

²⁰⁷ FEYERABEND, *Contro il metodo*, p. 213.

²⁰⁸ HEISENBERG, *Indeterminazione e realtà*, p. 92.

²⁰⁹ GRIFFITH - GRIFFITH, *Se il corpo parlasse*, p. 174.