

PREFAZIONE

di Alberto Spagnoli

Negli anni recenti due fatti hanno spinto la psicoanalisi a ri-considerare i confini con le *neuroscienze* e con la *filosofia*. Primo fatto: la ricerca biomedica ha prodotto nuove informazioni sui processi biologici che sottendono le interazioni tra geni, ambiente e cervello, in particolare sull'espressione genica e sulla plasticità neurale. Le *neuroscienze cognitive* hanno inoltre indagato con nuove tecniche le basi neurali di fenomeni mentali complessi, per esempio le forme di apprendimento e ricordo che rimangono inconsapevoli (memoria implicita) e la comprensione empatica della mente dell'altro (neuroni specchio).

Il secondo fatto riguarda la domanda documentativa posta dal mondo medico alla psicoanalisi. Esistono *evidenze* – ovvero prove empiriche ottenute attraverso esperimenti clinici controllati sull'efficacia della terapia psicoanalitica? Nella letteratura analitica questo campo d'indagine viene denominato *research in psychotherapy* e un capitolo importante riguarda la *therapeutic action*, il tema del libro di Jonathan Lear, ovvero lo studio delle variabili che determinano l'effetto terapeutico.

Tuttavia la ricerca biomedica, ponendo alla psicoanalisi il problema delle prove di efficacia, sembra non vedere che oltre agli *interrogativi empirici* esistono *interrogativi concettuali* (o logici) che riguardano (a) la chiarezza dei concetti che usiamo per formulare teorie e interrogativi empirici (per esempio concetti come efficacia, azione terapeutica, esiti) e (b) la distinzione tra campi concettuali che descrivono proprietà diverse della materia vivente, per esempio il campo psicologico e il campo neurale. Di solito il progresso scientifico non si fonda *primaria-*

mente sulle nuove evidenze, bensì sui nuovi territori concettuali che si aprono e che fanno emergere nuove domande empiriche dalle quali, successivamente, possono derivare nuove evidenze.

Le ricerche in neuroscienze hanno seguito il paradigma riduzionista secondo cui le cause dei fenomeni psicologici (*higher-level*) vanno cercate a livello neurofisiologico (*lower-level*) e ricostruite dal “basso verso l’alto” (*upwards*). Ma non è sempre vero e i rapporti tra geni, ambiente ed espressione genica a livello cerebrale costituiscono una confutazione dirompente. I limiti concettuali dell’approccio riduzionista sono stati spesso trascurati e colmati dalla spettacolarizzazione delle evidenze empiriche, favorita da una cattiva divulgazione, che “tira” le evidenze ben oltre il dovuto, fino a propagandare la scoperta dei geni (o neurotrasmettitori, o aree cerebrali) della moralità, della timidezza, della soggettività. Tutto ciò pone seri *interrogativi concettuali*.

In realtà il livello ottimale di descrizione e spiegazione dei fatti psicologici richiede l’utilizzo di concetti e metodi che non coincidono con quelli della neurofisiologia. Stiamo parlando di intenzioni, progetti, significati attribuiti alla realtà, propositi, valori. Tali fenomeni hanno necessariamente dei presupposti neurali, spesso misurabili (per esempio con le moderne tecniche d’immagine), che tuttavia non sono sufficienti e nemmeno particolarmente interessanti per spiegare lo psichico. La confusione concettuale sta nel presentare i *presupposti* come *cause*, *spiegazioni*. Così, per esempio, per innalzare la psicoanalisi allo *status* di scienza naturale, a volte dimentichiamo che l’essere umano, con lo sviluppo dopo la nascita, acquista una seconda “natura” che ha matrici culturali e produce quelle proprietà emergenti che ci consentono di organizzare, decifrare e trasformare il mondo interno ed esterno.

Perciò le neuroscienze possono offrire allo psicoanalista informazioni utili sui funzionamenti mentali e sull’origine di alcuni disturbi, ma la dimensione psicoterapeutica si propone come specifico *livello di osservazione*, sotto il profilo dei concetti e dei metodi. E la psicoanalisi, ci ricorda anche Lear nel suo libro, non deve commettere l’errore – prima di tutto concettuale – di usare sbrigativamente e difensivamente le ultime scoperte delle

neuroscienze (per esempio sulla memoria implicita o sui neuro-ni specchio) per legittimare scientificamente le proprie teorie. In questo modo legittima in realtà l'approccio riduzionista. Deve invece progettarsi come trattamento orientato a "curare" la *vulnerabilità* psicologica del paziente, attraverso la comprensione e la trasformazione del mondo interno (le rappresentazioni psichiche a sfondo cognitivo-emotivo di sé e dell'"oggetto", tendenzialmente inconse) e dell'espressività attitudinale e relazionale nelle varie aree esistenziali, anche evitando di confondersi con le terapie sintomatiche dei singoli disturbi. Queste ultime – per esempio i farmaci antidepressivi – possono essere molto utili e proficuamente associabili alla terapia psicoanalitica, ma da essa vanno tenute distinte. In caso contrario perché mai le neuroscienze e i farmaci psicotropi non dovrebbero col tempo sostituire la psicoanalisi rendendola obsoleta?

Più controverso appare l'apporto che la filosofia può dare al lavoro terapeutico. Il "bisogno di filosofia" è il tema che fa da cornice al libro di Lear e che Karl Jaspers (1913-1959) ha trattato in modo esemplare nella Parte Sesta "L'essere umano come un tutto" della sua *Psicopatologia Generale*. La filosofia, sostiene Jaspers, non è una disciplina che pone un oggetto specifico e su esso formula ipotesi e teorie, è bensì, prima di tutto, un "infinito processo di chiarificazione" dell'esistenza e delle varie forme di conoscenza. Si tratta di un "atteggiamento fondamentale", di uno sguardo lucido sulle possibilità e sui limiti di ciascuna disciplina. È la consapevolezza del rischio di cadere in confusioni concettuali o in banalizzazioni, tanto più rischiose in quanto le scoperte delle neuroscienze hanno forti implicazioni sociali. La filosofia, facendosi carico degli interrogativi concettuali, può colmare i limiti della domanda documentativa rivolta dalla medicina alla psicoanalisi, configurandosi non tanto come professionalità a tempo pieno, bensì come atteggiamento, assetto mentale, tensione e impegno, da spendere nelle varie professioni, un processo di chiarificazione mai risolto, che non per questo produce impotenza ma, al contrario, aumenta il gusto per la sfida, per il confronto e, nel caso della psicoterapia anali-

tica, sviluppa il piacere mentale di riprendere in mano parole e concetti familiari per ripensarli come fossero inesplorati, se necessario risignificandoli, alla ricerca di nuove coerenze da utilizzare nella pratica terapeutica.

Ma torniamo al tema dell'azione terapeutica. La domanda ha tre snodi e il libro di Lear esplora il terzo. Gli effetti positivi di una lunga analisi sono documentati? Quando presenti, sono dovuti alla terapia stessa oppure all'esistenza, ovvero all'alternarsi di contingenze negative e positive, di fatti che consolidano o frammentano la personalità? E se la psicoanalisi funziona meglio dell'esistenza, da dove nasce la trasformazione? Il veicolo dell'azione terapeutica va rintracciato nella *relazione* o nella *comprensione*? In altre parole: il buon esito di un'analisi poggia sulla costruzione di una *relazione* calda, di una "situazione analitica" di reciproca fiducia tra paziente e analista, un'"alleanza terapeutica", un "qui e ora" che per il paziente si configura come "costruzione" di un'esperienza emotiva correttiva rispetto alle vicende del passato, come una relazione genitore-figlio più gratificante? Sentirsi ascoltati, valorizzati, assimilare inconsciamente alcune capacità mentali che l'analista mette in atto ripetutamente. Sentirsi al sicuro, protetti, mentre si esplora la propria psiche in presenza di un altro. Sul livello intrapsichico (il "mondo interno" del paziente) ciò equivale alla costruzione di una solida rappresentazione dell'"oggetto buono", all'interiorizzazione di un Super-io "più analitico" che il terapeuta offre al paziente, alla ristrutturazione dei rapporti tra Super-io e Io. Quest'ultimo acquista maggiore capacità di entrare in contatto con le emozioni e di contenerle per elaborarle.

Oppure il fattore terapeutico preminente è la lucida *comprensione* da parte del paziente dei propri conflitti e delle difese, la "ricostruzione" consapevole delle paure e delle spinte motivazionali, in precedenza inconse, che condizionano potentemente l'Io? Un nuovo *insight* raggiunto attraverso le interpretazioni e la trasformazione?

Tra gli psicoanalisti non esiste un consenso generale sulla natura e sull'azione dei fattori terapeutici (Gabbard e Westen,

2003), anche perché andrebbero considerate con maggiore attenzione le differenze dovute (a) all'organizzazione della personalità del paziente (per esempio nevrotica, borderline, psicotica), (b) al livello di gravità nell'ambito di tale organizzazione, (c) all'evoluzione del processo analitico durante la terapia. Inoltre, *relazione e comprensione* non devono ritenersi necessariamente fattori terapeutici alternativi. Hans Loewald, della cui vita e opera l'autore del libro è un affezionato conoscitore, sosteneva che l'analista deve rendersi disponibile come "oggetto nuovo", aiutando il paziente a sperimentare consapevolmente un nuovo modo di relazionarsi, rispettoso della quota di originalità e alterità di cui l'altro è portatore, senza che il nuovo sia soffocato da proiezioni o coazioni a ripetere.

Jonathan Lear – filosofo e psicoanalista che, sembra riferirsi all'esperienza terapeutica con pazienti nevrotici, di livello non grave – sottolinea che il dialogo (nell'accezione abituale di conversazione, scambi di idee, discussione) opera a livello interpersonale, verbale, delle rappresentazioni dell'Io. Essa può indurre l'interlocutore a rettificare alcune convinzioni, *alcuni pensieri*, come avviene nei dialoghi socratici, ma non trasforma *il pensiero*. E l'analisi non mira a produrre pensieri nuovi o valori nuovi, ma un nuovo modo di pensare, non approda alla scoperta di "oggetti" nuovi bensì alla nuova scoperta dell'"oggetto". Per ottenere questo risultato la psicoterapia deve agire a livello della "comunicazione intrapsichica" tra Es, Super-io e Io, e un fattore terapeutico decisivo risiede in *come* si comunica, soprattutto nella capacità del terapeuta di acquisire, e mantenere nel tempo, la passione, anzi l'amore, per la ricerca della verità e la capacità di trasmettere questa disposizione al paziente. Il messaggero diventa messaggio. A questo punto la domanda diventa: "Che vuol dire essere uno psicoanalista?", una domanda che l'analista dovrà portare con sé, come fece Kierkegaard, ricorda Lear, con la domanda: "Che vuol dire essere cristiano?". Paradossale: l'esperto scopre di essere portatore di domande prima che di risposte.

Più volte l'autore ripete che lo psicoanalista deve costantemente impegnarsi in un processo di "formazione", intesa come interminabile ri-modellamento, ri-creazione di sé come psicoanalista, un percorso che include certamente l'analisi del proprio *controtransfert* e delle spinte motivazionali inconscie, ma va ben oltre, configurandosi come opzione esistenziale. Un simile atteggiamento di ricerca e di continua interrogazione sul proprio sapere e sul senso del proprio lavoro ci riconduce alla tensione verso l'"infinito processo di chiarificazione" di Jaspers.

All'inizio dell'analisi il paziente presenta un problema strutturale: non è "obiettivo". Il lettore entrerà, pagina dopo pagina, nella complessità di questo termine ("obiettività") apparentemente scontato. Durante il percorso analitico il paziente comprenderà che ciò che sembrava oggettivo, indiscutibile, è invece un punto di vista soggettivo, il *suo* punto di vista, spesso distorto, sbrigativo, difensivo. Durante la terapia, può realizzarsi la riscoperta dell'"oggetto" e di un'inedita "oggettività" intesa come rinnovato ascolto del mondo e dell'altro, come "meraviglia" che apre a modi nuovi e più intimi di relazionarsi agli altri e a sé. Questa riscoperta si avvale della "neutralità" dell'analista, intesa come programmatica rinuncia all'intrusione emotiva, all'"ipnosi" o alla suggestione intenzionale del paziente. Questo "atteggiamento fondamentale", sostiene Lear, costituisce il fattore terapeutico principale (l'assetto mentale dell'analista) e, allo stesso tempo, l'esito atteso della terapia (l'acquisizione fondamentale da parte del paziente). La terapia psicoanalitica si configura perciò come "esperimento analitico" a due, durante il quale la dimensione "relazionale" (il supporto, il *transfert* positivo, anche una quota di inevitabile suggestione) esercita un'azione terapeutica importante, purché venga analizzata e compresa. In questa cornice va collocato e discusso "il quartetto" dei fattori terapeutici proposto da Loewald: neutralità, oggettività, amore, rispetto.

Lear, si interroga: conosciamo veramente ciò di cui stiamo parlando? E riprende alcuni concetti che hanno caratterizzato

fin dai primi anni il dibattito psicoanalitico (soggettività, oggettività, scientificità, neutralità) per rileggerli esercitando quell'atteggiamento interrogante che sfida la perentorietà di ciò che appare ovvio e definitivo. Si tratta di un esercizio di chiarificazione e, a un tempo, di un atteggiamento etico che persegue la coerente traduzione nella prassi psicoanalitica. L'opzione tecnica ed etica proposta da Lear si rifà esplicitamente a Loewald e, prima ancora, a Heidegger: conferisce un significato preminente alla realtà psichica dell'altro, una realtà che non è immediatamente conoscibile dall'interlocutore e dal soggetto stesso e che si configura come il nascosto, il confine, ciò che si annuncia assentandosi. La tensione, l'anelito, l'inesauribilità della domanda – in una sola parola: la filosofia – sono la profonda vocazione dell'essere umano. E la filosofia è ovunque. Questo vale a maggior ragione per lo psicoanalista che lavora immerso nella complessità della psiche e che “si costituisce” per poi crescere come terapeuta soltanto se mantiene la disponibilità a trasformare il metodo d'investigazione, adattandolo alla peculiarità dell'oggetto osservato, un oggetto che si presenta come soggettività (il paziente e i significati che attribuisce alla realtà), una soggettività che chiama in causa la soggettività dell'osservatore (l'analista, le sue idee, le sue emozioni).

Riferimenti bibliografici

Jaspers K., *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.

Gabbard G. e Westen D., “Rethinking therapeutic action” *Int J Psychoanal* 2003, p. 84-841.

