

Epistemologia dello studio del caso clinico: note sul metodo della psicoanalisi

Nicolò Terminio*

nicoloterminio@gmail.com

Se non ci fosse scelta, perché autorizzare un soggetto a rimettere in gioco nell'esperienza analitica la sua propria posizione? A mio avviso, l'analista non riceve casi clinici: siamo noi a trasformarli, per le nostre elaborazioni di sapere, in casi clinici. Lo psicoanalista, se riceve dei casi, riceve casi etici. [...] L'etica concerne l'ex-sistenza, cioè la dimensione impensabile in cui si decide la posizione soggettiva, la scelta.

J.-A. Miller, *Non c'è clinica senza etica*¹

ABSTRACT

The experience that a subject makes of his own unconscious is at the heart of clinical psychoanalysis: psychoanalysis places the subject at the centre of the therapeutic process, following the peculiarity of the singular existence. In this paper, the epistemological basis of a clinical case study and the process of psychoanalytic cure are clarified by referring mainly to Freud's and Lacan's theoretic and clinical perspectives. Particular attention is paid to the methodological basis of the psychoanalytic model and to the fundamental criteria for the study of a clinical case so as to provide a wider and more systematic knowledge of the psychoanalytic experience.

1. CLINICA E RICERCA

Nel più ampio panorama della ricerca psicodinamica e relazionale si parla molto di valutazione e si dice che bisogna dimostrare con i fatti quello che succede in una cura. Gianluca Lo Coco e Girolamo Lo Verso (2007) interrogandosi sui presupposti etici e scientifici della psicoterapia, si fanno promotori della necessità di uno studio sempre più attento al modo in cui la pratica clinica viene concepita, pensata, progettata, messa in atto, e su ciò che in essa avviene tenendo conto delle variabili strutturali e di processo che la costituiscono e che possono essere osservate. A tal proposito Lo Coco e Lo Verso si pronunciano così:

garantire trasparenza ed 'oggettività' alle pratiche psicoterapeutiche rappresenta oggi un valore etico non solo nei confronti della comunità scientifica e professionale, ma anche verso i pazienti che necessitano di psicoterapie meno caratterizzate da una rigida autoreferenzialità e più centrate sui bisogni terapeutici della persona. (Lo Coco & Lo Verso 2007, p. 194)

* Psicoterapeuta, Ph.D. in 'Ricerche e metodologie avanzate in Psicoterapia'. Centro Jonas di Torino (Centro di clinica psicoanalitica per i nuovi sintomi) e Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata di Milano.

¹ Miller J.-A. (1983), *Non c'è clinica senza etica*, cit., p. 275.



La ricerca rappresenta un ambito fondamentale per la riflessione epistemologica sulle caratteristiche e sul funzionamento della psicoterapia, in quanto si propone di garantire i requisiti di base di una professione scientifica.

La storia e il progresso della ricerca in psicoterapia² si sono sviluppati mantenendo in tensione tre vettori principali: 1) lo studio dell'esito del trattamento (*outcome research*); 2) lo studio dell'efficacia della psicoterapia (*efficacy and effectiveness*); e 3) lo studio del processo di cambiamento (*psychotherapy change process research*). Nell'ambito della ricerca in psicoterapia si è andata definendo una sorta di gerarchia delle prove scientifiche mostrate nelle differenti tipologie di studi: quelle che sono risultate più solide fanno riferimento ai *randomized controlled trials*, dove il livello di efficacia delle psicoterapie può poggiare sul rigore degli studi sperimentali (*efficacy*). Tuttavia il *furor misurandi* che ha caratterizzato una certa fase della ricerca in psicoterapia si è rivelato piuttosto inefficace nel tradurre i risultati degli studi sperimentali in contributi che potessero essere davvero utili per la complessità della realtà clinica. Recentemente si è privilegiata una soluzione di compromesso che potesse congiungere il *contesto della verifica* (la ricerca) con il *contesto della scoperta* (clinica), cercando di raggiungere un livello di efficacia (*effectiveness*) sempre più vicino alle problematiche reali della pratica clinica routinaria.

Negli studi sull'efficacia clinica (*effectiveness*) è sottolineata la differenza e la distanza da quelle prospettive che considerano il paradigma sperimentale come il *gold standard* della ricerca. Ciò non vuol dire che venga respinta l'esigenza di verifica e controllo empirico che dovrebbe caratterizzare ogni studio serio sul processo e sull'esito delle psicoterapie. La ricerca si configura infatti come una forma di rigore nell'indagine di quei fattori che effettivamente intervengono in una cura, ossia come un campo metodologico che permette di aggregare validamente le osservazioni e le inferenze dei clinici.

La clinica, tuttavia, sembra conservare la possibilità di attingere a quel campo di fenomeni ("contesto della scoperta") che la ricerca di laboratorio sembra tagliare fuori nel momento stesso in cui si costituisce come contesto della verifica. È in tal senso che si può assumere un atteggiamento critico nei confronti del termine *sperimentale*, mantenendo invece ben chiara la necessità di un ancoraggio *empirico* per ogni riflessione scientifica sulla dimensione clinica. L'esperienza clinica fornisce infatti una base empirica che si sottrae alla replicabilità sperimentale. Gli eventi di una psicoterapia non riescono a soddisfare le richieste di controllabilità delle metodiche di ricerca delle cosiddette scienze "dure". L'oggetto di studio della ricerca in psicoterapia è piuttosto un "viaggio",³ il percorso di un soggetto nell'ambito di una relazione terapeutica. In ambito psicoanalitico lacaniano tale questione viene esplicitata sottolineando che si tratta di una «clinica-sotto-transfert» (Miller 1987, p. 95). Ciò condiziona e definisce le stesse possibilità di conoscenza del processo terapeutico da parte di ogni

² Cfr. Migone 2006.

³ Nell'*Introduzione* al volume *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* i curatori descrivono con la metafora del viaggio il percorso che paziente e psicoterapeuta compiono nell'arco più o meno lungo di una serie di sedute: «Uno degli scopi della ricerca in psicoterapia è studiare se e quando i nostri viaggiatori arriveranno alla meta. È questa la ricerca sull'outcome, che vuole rispondere alla domanda se la psicoterapia *funziona*. Per la verità conosciamo già la risposta, la psicoterapia è un viaggio che raggiunge il suo scopo. Ma questa conoscenza non arresta le nostre domande e più che un traguardo rappresenta ormai una partenza. Come si misura la riuscita di un viaggio? Cosa condiziona la scelta del metodo che adotteremo? Qual è il mezzo migliore per viaggiare? Quale il prezzo? E quali variabili dovremo considerare? [...] E se la 'riuscita' del viaggio dipendesse più dalla qualità della relazione tra i due viaggiatori che dai mezzi impiegati (fattori specifici vs specifici)? Il viaggio è un'esperienza 'unica' o può essere scomposto nelle sue componenti?» (Dazzi et al. 2006, pp. XXVII-XXVIII).



ricercatore, anche del più discreto, che magari non entra mai nella stanza d'analisi se non attraverso un piccolo registratore in grado di afferrare indistintamente tutti i significanti emessi dal paziente durante la seduta.

La funzione dell'analista non consiste soltanto nel conoscere e studiare ciò che avviene in una cura: l'intervento clinico mira soprattutto a produrre nel tempo una trasformazione soggettiva. Si tratta di una questione che pone dei limiti e dei vincoli etici per ogni procedura conoscitiva che viene applicata in psicoterapia. Tuttavia, l'orizzonte del metodo scientifico è sempre necessario affinché il clinico possa seguire e condividere il rigore richiesto dalla struttura e dalla contingenza dell'inconscio.

2. LA PSICOANALISI TRA CLINICA E SCIENZA

La psicoanalisi è un'attività empirica di tipo clinico-terapeutico che si confronta elettivamente con casi individuali o con gruppi e, allo stesso tempo, è una disciplina a carattere scientifico che nell'ambito delle malattie mentali va alla ricerca di regole, concetti generali e strutture invarianti dell'esperienza.

La questione con cui l'esperienza clinica interroga il tipo di conoscenza messa in gioco dalla stessa pratica psicoanalitica riguarda dunque la necessità di individuare dei principi generali che permettano di ascoltare e leggere le manifestazioni della soggettività del paziente e in tal modo di orientare il clinico nella conduzione della cura. A tal fine è innanzitutto necessario individuare quegli elementi – i cosiddetti “significanti *maître*” – che concorrono a strutturare l'esperienza soggettiva del paziente. Si può così ottenere quell'insieme di elementi che consentono un'analogia tra determinate strutture cliniche e gli svolgimenti particolari del progetto di mondo del soggetto. Tale ri-conoscimento non è però assimilabile a un procedimento conoscitivo che si può applicare in modo standard, poiché – come ricorda Bion – c'è sempre uno scarto tra il modello e l'astrazione.

Nel ventunesimo capitolo di *Apprendere dall'esperienza* Bion sottolinea la differenza tra modello e astrazione, riservando

l'impiego del termine “modello” per indicare una costruzione nella quale immagini concrete vengono combinate fra loro; il legame tra le varie immagini dà spesso l'impressione di un racconto tra i cui elementi sussiste un rapporto causale. In altri termini, il modello è costituito di elementi tratti dal passato di una persona, mentre l'astrazione è, per così dire, tutta impregnata di presupposti (*preconception*) relativi al suo futuro. (Bion 1962, p. 118)

L'astrazione, pur somigliando al modello, ne differisce

in ragione della sua maggiore flessibilità ed applicabilità ottenute grazie alla scomparsa di qualsiasi particolare immagine concreta: gli elementi di un'astrazione non sono combinati come in un racconto, ma sono tenuti assieme da un metodo che vuole evidenziare i rapporti anziché gli oggetti in rapporto. (Bion 1962, p. 118)

Quindi il modello ci permette di individuare degli oggetti concreti e di raccorderli secondo leggi note. L'astrazione subentra quando il modello lascia qualcosa di “insaturo”; rimane infatti sempre qualcosa di insaturo che richiede le inferenze del clinico o del ricercatore. Questo è un limite che vincola il ragionamento clinico, ossia il modo di organizzare i dati a disposizione: il ragionamento tenta di istituire un legame tra le formulazioni teoriche del clinico e la soggettività storico-esistenziale di ciascun paziente in analisi.



3. LA CONOSCENZA E IL SUO USO CLINICO

Ogni disciplina che intende entrare nel campo della scienza è confrontata con due tematiche cardine che assumono una valenza filosofica: che cos'è la conoscenza e che cos'è la realtà. «La prima tematica viene affrontata dalla teoria della conoscenza (o gnoseologia o epistemologia), la seconda dalla metafisica o dall'ontologia» (Vassallo 2003, p. 4).

Lo stile di conoscenza che viene privilegiato dal *logos* scientifico fa riferimento a un sapere predittivo e calcolante, ma allo stesso tempo richiede una ragione strategica che è congetturale e qualitativa. Le generalizzazioni e le argomentazioni del *logos* scientifico sono caratterizzate dall'induzione e dalla deduzione. La scienza però si muove a partire da una base instabile che implica un'operazione logica definita da Peirce con il concetto di abduzione.⁴ L'abduzione non si confronta solo con stime dei fenomeni di tipo quantitativo, poiché interpreta indizi e tracce. Si tratta di un tipo di inferenza che consiste nella decodifica di un evento in riferimento a contesti o circostanze non codificate. «Essa serve anche per individuare il codice (o il sottocodice) corretto per un messaggio impreciso» (Eco 2008, p. 186).

Nella scienza la logica dell'abduzione è operativa non solo nei cambiamenti di paradigma, poiché continua a essere necessaria ogni qualvolta il paradigma teorico prescelto viene applicato nella prassi. Ciò si rivela di estremo interesse per comprendere il tipo di ragionamento che viene impiegato dallo psicoanalista nella conduzione della cura. L'abduzione infatti contempla uno iato che si frappone tra le conoscenze già acquisite e la loro applicazione al caso particolare. Il procedimento diagnostico – ma anche l'interpretazione – chiama in gioco non solo un conoscere teoricamente ma anche un ri-conoscere praticamente.

Questo è punto centrale per l'epistemologia della diagnosi: la diagnosi è un ri-conoscimento, un ri-conoscimento della *situazione* che ha portato allo stato morboso; è il ri-conoscimento della *situazione*, o del *modo* (spesso complessissimo) in cui elementi svariati possono essersi intrecciati ed aver agito gli uni sugli altri fino a condurre a quell'esito che è la malattia. Diagnosticare significa ri-conoscere. *E ri-conoscere non è possibile se già non si conosce*, se non si conoscono le leggi (chimiche, fisiologiche, fisiche o, per esempio, biologiche) che presiedono al *mutevole* configurarsi ed intrecciarsi di condizioni singole che conducono a stati patologici. È esattamente questo mutevole intrecciarsi di condizioni che il clinico *ipotizza* e che, in accordo con leggi generali, dovrebbe spiegare lo stato patologico. Ed è qui, nell'*immaginare* questi possibili intrecci di condizioni, che si esercita soprattutto la genialità e la creatività del clinico (e, ovviamente, queste sue ricostruzioni dovranno essere passate, come vedremo, al vaglio delle prove più severe).

[...] Dunque: diagnosticare vuol dire ri-conoscere: per ri-conoscere occorre prima conoscere. *Ma conoscere non significa possedere un meccanismo automatico di ri-conoscimento. Possiamo conoscere ed essere, simultaneamente, incapaci di riconoscere.* (Antiseri 2001, p. 78)

Il passaggio “dalla conoscenza al suo uso nella clinica” implica un'interpretazione (un'inferenza) che viene rivolta a un messaggio non codificato. Inoltre nel campo dell'esperienza psicoanalitica le variabili che dominano la struttura del soggetto scartano la

⁴ L'abduzione è un «ragionamento comune sia nella vita quotidiana sia nell'ambito scientifico con cui si va alla ricerca delle cause di un fenomeno o di un fatto sperimentale. Ad esempio, 'L'assassino ha lasciato tracce di fango sul tappeto. Chiunque fosse entrato dal giardino avrebbe lasciato tracce di fango sul tappeto. Quindi l'assassino è entrato dal giardino'. Da un punto di vista logico l'inferenza non è corretta (l'assassino avrebbe potuto lasciare le tracce di fango senza essere passato dal giardino per sviare le indagini). In generale, se si verifica *B* ed è noto che 'Se *A*, allora *B*', si assume *A* come causa di *B*, almeno fino a prova contraria» (Palladino & Palladino 2005, p. 100).



possibilità di una misurazione ripetibile, si tratta piuttosto di sfumature particolari che possono essere colte nella loro pertinenza clinica solo dopo un'opportuna formazione. La formazione e l'esperienza clinica sono necessarie affinché l'analista sia in grado di decodificare non solo il messaggio, ma anche il contesto e le circostanze in cui esso si realizza. Nei termini della psicologia della Gestalt, potremmo dire che la stessa forma può rappresentare figure diverse e che la stessa figura può avere a sua volta una funzione e un significato diverso a seconda dello sfondo che ha.

4. ABDUZIONE E SOGGETTIVAZIONE

La formazione analitica consiste non solo nella trasmissione e acquisizione di una conoscenza teorica ma anche, e soprattutto, nella possibilità di soggettivare ciò che si conosce a livello teorico: la soggettivazione è intimamente collegata al legame che si stabilisce tra i nomi e le cose, tra la sintassi dei concetti e le smagliature del reale. In ambito clinico la soggettivazione è necessaria in quanto è un presupposto, non la garanzia, della possibilità di ri-conoscere. Il clinico compie delle scelte sullo sfondo di un'assenza di garanzia, di una garanzia in grado di certificare in anticipo l'efficacia e la pertinenza di una diagnosi, di un'interpretazione o di un atto analitico. In altri termini, non c'è un modello per applicare i modelli e dunque nessun modello può determinare quali siano le sue applicazioni corrette. Non c'è un metamodello, un metalinguaggio: non c'è una regola che ci dica come applicare le regole, per dirla con Wittgenstein.⁵ È in questo momento di solitudine che le questioni metodologiche poste dalla clinica trovano il loro punto di giunzione con la questione etica dell'interpretazione analitica.

5. UNIVERSALE E CONTINGENTE

Gli oggetti di studio della conoscenza scientifica sono degli oggetti che per quanto possano essere mobili non impediscono la ricerca di costanti e di leggi esprimibili mediante relazioni matematiche. Sebbene la conoscenza psicoanalitica si muova poggiandosi sul ragionamento abduittivo, è caratterizzata dal fatto che «deve affrontare situazioni in bilico, dove basta una piccola variazione per evitare o determinare la catastrofe» (Bottiroli 1987, p. 133). Se «un esperimento è giudicato scientificamente interessante quando permette di raggiungere un risultato *universale*» (Dalla Chiara & Toraldo di Francia 1999, p. 5), un intervento clinico risulta invece valido quando non smarrisce il suo interesse per l'evento *contingente*. Da questa angolatura la psicoanalisi, in quanto prassi clinica, è più vicina al paradigma delle scienze storiche e applicate piuttosto che a quello delle scienze teoriche.⁶

Ora, possiamo osservare che il clinico che fa teoria a partire dalla sua esperienza con i pazienti si muove appunto su un livello di inferenza che chiama in causa da un lato il versante

⁵ «Una regola non può determinare alcun modo di agire, poiché qualsiasi modo d'agire può essere messo d'accordo con la regola» (Wittgenstein 1953, *Ricerche filosofiche*, I, p. 201).

⁶ «Dalla prospettiva metodologica le scienze si dividono, come si sa, in tre grandi gruppi: *scienze pure*, *scienze storiche*, *scienze tecnologiche o applicate*. Nel primo caso, nel caso delle *scienze teoriche* (o teoretiche o generalizzanti o pure), noi siamo interessati all'invenzione e alla prova di ipotesi universali o leggi (come quelle della statica, dell'elettrologia, dell'ottica, della genetica, e così via). Nel secondo caso, quello delle *scienze storiche*, le leggi (insieme a condizioni iniziali) sono usate per spiegare (cioè dedurre) un asserto descrivente un fatto già accaduto (sia questo un fatto sociale, un evento geologico come il corrugamento ercinico, la scomparsa di una specie, un comportamento aggressivo, ecc.). Nel terzo caso, quello delle *scienze tecnologiche*, le leggi (insieme a condizioni iniziali da porre in base ai comandi delle leggi) sono usate per fare predizioni» (Antiseri 2001, p. 73).



ipotetico delle formulazioni sui singoli casi osservati e dall'altro la ricerca di una serie di principi che possano generalizzare il funzionamento individuato.

Per lo psicoanalista il rapporto tra universale e singolare è un luogo di tensione sia sul piano delle generalizzazioni della scienza (induzione) sia sul piano di applicazione nella prassi clinica (abduzione): c'è un'inquietudine metodologica che viene generata da questa tensione. Nella scienza l'incontro con le *anomalie* che mettono in crisi i precedenti paradigmi apre la possibilità per il cambiamento e il progresso scientifico.⁷ La pratica psicoanalitica rimane vincolata alle *questioni* del singolo caso clinico e lo studio delle strutture soggettive (*teoria*) viene sempre mantenuto in tensione con il suo complemento necessario: l'analisi del metodo nella fase della sua applicazione (*critica*). Un'applicazione che viene permeata dallo stile e dalla creatività del clinico.

La creatività dell'analista è una necessità di struttura prescritta dal metodo clinico. La combinazione di leggi e la conseguente applicazione al singolo caso richiede una tipologia di inferenze che possono oscillare dall'abduzione "automatica o dizionaristica" fino a un tipo di abduzione definita "strategica":

A colui che si serve di un'abduzione strategica – al soggetto definito dalla *metis* – non si può chiedere quella pazienza, nelle verifiche, che presupporrebbe l'immobilità o la quasi-immobilità del Caso e del Risultato. Lo stratega si trova ad agire in situazioni che la sua interpretazione influenza o modifica. [...] Il suo fallibilismo potrebbe apparire come una proprietà deprecabile anche se necessaria, un limite di fronte a cui rassegnarsi e non un carattere positivo nella propria specificità. È questo carattere che bisogna invece rivendicare: nell'abduzione strategica si mostra il lato *anteriore* del tempo, l'anticipazione incerta, fascinosa, legata a scelte irreversibili. (Bottiroli 1987, p. 135)

Si può inoltre individuare una precisazione ulteriore sulle finalità dell'intervento dell'analista: l'interpretazione muove da un tempo logico anteriore e mira a riprodurre per il paziente stesso il medesimo iato che separa il prima e il dopo che caratterizza l'anticipazione incerta di ogni scelta, compresa quella clinica. La seduta psicoanalitica viene così concepita come un dispositivo simbolico in grado di far «fare presa all'aleatorietà dell'incontro» (Recalcati 2002, p. 245). In tale prospettiva si può comprendere quanto l'approccio clinico della psicoanalisi si prenda cura delle questioni del soggetto alimentando il rapporto che ciascuno intrattiene con la dimensione creativa dell'esistere.

6. STORIA E INCONSCIO IN PSICOANALISI

La psicoanalisi si trova di fronte a dei fenomeni clinici che non possono prescindere dal contesto e dalla storia del soggetto che li manifesta.

Nel sintomo, è mediante un codice privato che si stabilisce un nesso tra espressione e contenuto. L'interpretazione dovrà muovere al riconoscimento di associazioni strettamente soggettive, riportando alla coscienza la regola che è stata sottoposta a rimozione. (Bottiroli 1987, p. 135)

La psicoanalisi è una cura dove il racconto che un soggetto fa della sua storia è finalizzato alla scoperta della peculiarità singolare del suo desiderio inconscio. La psicoanalisi si avvicina ai pazienti privilegiando ciò che essi dicono in seduta. La preminenza data all'esperienza di parola conduce al di là della semplice considerazione – purtroppo tanto diffusa in alcuni ambiti della

⁷ Cfr. Kuhn 1970, pp. 75-89.



psichiatria e della psicologia – per cui i sintomi psicopatologici vengono assimilati a dei deficit da riparare o ad epifenomeni del biologico. La psicoanalisi è invece tutt'altro che la riduzione dell'uomo al solo piano biologico: i sintomi acquistano un significato e non sono semplicemente delle secrezioni bizzarre del cervello. In psicoanalisi i sintomi si configurano quindi oltre che come «un evento di corpo» anche come «un avvento di significazione».⁸

In una seduta psicoanalitica la comprensione dei fenomeni clinici rimanda necessariamente alla loro articolazione. E la struttura che sottende il manifestarsi dei fenomeni non è altro che un'ipotesi che viene formulata rispetto ai rapporti che ne regolano l'insorgere. L'inconscio è appunto l'ipotesi freudiana rispetto alla sofferenza del sintomo e si configura come il principio della pratica analitica.

L'inconscio, in quanto struttura significante, ci consente di costruire una trama nelle storie che ascoltiamo. L'anamnesi e la storia di un soggetto possono essere intese come "il dispiegamento dei significanti": si tratta di individuare quegli *eventi*, quei *detti* in cui riconosciamo (per inferenza) una trama narrativa che ritorna con una certa ripetitività nella storia del soggetto. L'occhio clinico deve essere quindi rivolto verso ciò che si ripete con analoga struttura di rapporti.⁹ I significanti che si ripetono ci segnalano il marchio dell'incontro del soggetto con certi eventi e detti dell'Altro.

La psicoanalisi è dunque un'esperienza dove vengono mobilitati i significanti e dove si producono degli effetti di significazione che ricevono un ascolto il cui obiettivo è di isolare "i significanti *maître*" che hanno tracciato la figura del destino del soggetto. La serie delle sedute si configura come una scansione che intende far produrre al paziente una nuova elaborazione della sua storia, con il fine di modificare i rapporti del soggetto con il reale.

6. STORIA E SCRITTURA DELL'ESPERIENZA CLINICA

La necessità dell'elaborazione di una forma logica degli eventi permette di accostare le procedure di conoscenza della psicoanalisi a quelle della storiografia. Psicoanalisi e storiografia si strutturano infatti sulla base di questioni analoghe:

ricercare dei principi e dei criteri in nome dei quali comprendere le differenze o assicurare forme di continuità tra l'organizzazione dell'attualità e le configurazioni passate; attribuire valore esplicativo al passato e/o rendere il presente capace di spiegare il passato; ricondurre le rappresentazioni di ieri e di oggi alle loro condizioni di produzione; elaborare – a partire da dove e in che modo? – modi di pensare e dunque di oltrepassare la violenza (i conflitti e gli azzardi della storia), ivi compresa quella forma di violenza che si sviluppa all'interno del pensiero stesso; definire e costruire quella narrazione che costituisce, per entrambe le discipline, la forma privilegiata che tende ad assumere il discorso esplicativo. (De Certeau 1978, p. 80)

La storia implica una marcatura del tempo e il gesto, che mette a distanza il tempo vissuto per farne oggetto di un sapere trasmissibile, è indissociabile dalla prospettiva che viene assunta nella scrittura della storia stessa. In ambito psicoanalitico scrivere una storia clinica vuol dire generare un passato, circoscriverlo, organizzare il materiale eterogeneo dei fatti per costruire nel presente una ragione, un filo logico. In altre parole, scrivere una storia clinica è un modo

⁸ Cfr. Miller 1999.

⁹ Interviene in questo punto l'importanza della teoria delle strutture cliniche a cui si fa riferimento: è il paradigma di osservazione di una cura che orienta gli elementi da isolare e la rete di rapporti da individuare. Al di là della terminologia specifica per ogni paradigma, ciò che risulta determinante è la strutturazione del campo fenomenico che si opera.



per esorcizzare il malinteso dell'oralità e per evitare un discorso autoreferenziale, dove la parola è l'inesistenza manifesta di ciò che designa.

L'esposizione di casi clinici rappresenta la modalità elettiva tramite cui lo psicoanalista dà una testimonianza concreta della sua pratica. Essa è un esercizio inaggirabile di dimostrazione e di trasmissione di un'esperienza e, giustamente, occupa un posto di primaria importanza nell'avanzamento del lavoro della Scuola. (Mazzotti 2002, p. 7)

La comunicazione scientifica del caso clinico implica un taglio che separa "mondo" e "scena". La comunicazione scientifica si realizza dopo l'istituzione di una scena, di un'altra scena che è differente dal mondo che rappresenta. Il resoconto di un fenomeno clinico si costruisce introducendo un clivaggio tra la materia (i fatti, il mondo-della-vita) e la presentazione, l'*ornamentum* (la messa in scena del mondo). La storiografia dei casi clinici – cioè la storia e la sua scrittura – porta nella sua stessa definizione il paradosso della messa in relazione di due termini antinomici: la realtà e il discorso.

Il resoconto clinico non coincide con i fatti della seduta, la selezione dei dati empirici è già un'operazione di taglio tra la realtà e il discorso. Il discorso non è la realtà così come la fisica non è la natura. La scrittura di una storia clinica prende gli eventi e li articola e, laddove questo legame non è pensabile, cerca di ipotizzarne delle possibili forme di articolazione. Più che di una operazione di lettura o di interpretazione si tratta di un modo per produrre una relazione tra l'opacità silenziosa della realtà fenomenica e il discorso con cui la storia cerca di custodire il suo oggetto. La storia suppone e costruisce l'esistenza di un rapporto tra l'immensità sconosciuta che minaccia e seduce il sapere e il luogo dove la scrittura instaura l'intelligibilità del mondo osservato.

7. CIÒ CHE L'OSSERVATORE NON PUÒ VERIFICARE

Nell'esperienza psicoanalitica il presente e il passato si trovano sovrapposti da una trama di significanti che ripropone dei frammenti di verità che osano dirsi solo nella storia raccontata dal sintomo. Un osservatore esterno potrà riconoscere questa storia perché leggerà il sintomo come la testimonianza di una struttura soggettiva. In psicoanalisi lo studio dell'esperienza clinica implica la scansione di quegli eventi che articolano la configurazione psicopatologica e la trama narrativa¹⁰: la semiologia fondata sulle strutture patologiche si combina nello stesso testo con la storia della sofferenza del soggetto.

In seduta c'è però una dimensione della parola del paziente che non può essere registrata attraverso la scrittura del caso clinico, c'è un resto semantico dell'esperienza che rimane non trasmissibile e che viene vissuto solo dal paziente, infatti è inevitabilmente preclusa, all'Altro che ascolta, la possibilità di verificare il legame tra la parola e il corpo di chi si pronuncia. In un certo senso l'Altro deve e può solo fidarsi, e il soggetto non può affidarsi alla garanzia del consenso dell'Altro. Quindi la parola che l'analizzante esprime nell'esperienza psicoanalitica non può essere verificata come se fosse una formulazione scientifica sul reale, una formulazione cioè sganciata dal soggetto che la enuncia. La formulazione scientifica infatti può essere verificata solo perché c'è una distinzione tra il soggetto che enuncia una formula e il reale messo in forma: nella scienza c'è una distinzione tra il soggetto e il reale, tra la parola soggettiva e il reale. Nella scienza la parola può essere messa alla prova di un reale verificabile per tutti o almeno per tutti coloro che dispongono delle stesse possibilità di sperimentazione.

¹⁰ Cfr. Ogden 2005.



Nella scienza la parola ha il suo referente in un oggetto che si può vedere e oggettivare, nell'esperienza psicoanalitica invece la parola trova il proprio referente in un reale che appartiene al vissuto particolare del soggetto. In questo secondo caso, il soggetto è l'unico testimone possibile del reale.

8. LA CURA PSICOANALITICA: DALLA DOMANDA DI TRATTAMENTO AL TRATTAMENTO DELLA DOMANDA

La questione che anima il percorso analitico di un soggetto riguarda il “non sapere” che cosa testimonia attraverso il suo sintomo. Il sintomo è un messaggio attraverso cui il soggetto si pronuncia, sebbene non abbia il codice per decifrare il significato di ciò che gli è più intimo. L'ascolto dell'analista mira a consentire al soggetto di riappropriarsi della sua storia e della sua verità.

In ambito psicoanalitico nei colloqui preliminari l'obiettivo verso cui si vuole condurre il paziente è il raggiungimento di un modo diverso di interrogare il sintomo e di intendere la cura. Si tratta di un passaggio che va dal lamento sul sintomo alla verità insita nel sintomo: il “sintomo-disturbo” diventa un “sintomo-questione” in cui il soggetto è coinvolto e rappresentato, sebbene non ne sappia il motivo.

La dimensione della domanda è centrale nella concezione psicoanalitica del colloquio clinico: la domanda di cura è una domanda di aiuto che richiede una sua “soggettivazione”, ossia che il soggetto sofferente decida di voler conoscere la causa della propria sofferenza. La soggettivazione indica quel processo in cui la domanda di cura si trasforma in una domanda di sapere.

Se il soggetto che chiede una cura può essere diagnosticato come un nevrotico, allora il *focus* dei colloqui preliminari viene centrato sul passaggio da un primo tempo, quello della domanda spuria (ad es.: *ho un disturbo, me lo tolga*), ad un secondo tempo in cui cambia l'atteggiamento del paziente nei confronti del suo sintomo. I colloqui preliminari vengono quindi intesi come un percorso che va dalla domanda di trattamento al trattamento della domanda¹¹: L'obiettivo è che la domanda iniziale del paziente si rivolga alla questione enigmatica (inconscia) che affiora tra le maglie del sintomo.

9. IL PAZIENTE È ANALIZZANTE E NON ANALIZZANDO

Il compito dei colloqui preliminari è quello di condurre il paziente verso una dimensione analizzante. Il paziente è attivamente impegnato nell'analisi e per questo viene chiamato *analizzante* e non analizzato. Si tratta di un rovesciamento semantico che implica anche un cambiamento della prospettiva epistemologica della cura: il paziente non è oggetto della cura ma soggetto della cura. Il soggetto è analizzante sia perché è attivamente coinvolto nella decifrazione del testo del colloquio sia perché nel colloquio clinico diventa centrale il sapere che l'analizzante scopre nel suo stesso dire. La disciplina di ascolto del testo dell'analizzante limita la spinta interpretativa dell'analista: il testo cosciente del paziente non viene ricondotto a significati o contenuti che appartengono ai vissuti o alle teorie di riferimento dell'operatore. Il testo dell'analizzante viene infatti valorizzato come il luogo di un senso soggettivo. Ecco perché ciò che conta è innanzitutto quello che il paziente dice.

¹¹ Cfr. Freda 2001, p.73.



10. LA PAROLA DEL PAZIENTE TRA ENUNCIATO ED ENUNCIAZIONE

Gli enunciati sono infatti delle espressioni linguistiche che veicolano dei contenuti (le proposizioni). La stessa proposizione può venir espressa da enunciati diversi: l'enunciato italiano "la neve è bianca" e l'enunciato inglese "snow is white" sono infatti due enunciati inequivocabilmente diversi che esprimono la stessa proposizione. Per contro, lo stesso enunciato può anche esprimere due (o più) proposizioni diverse, si possono quindi osservare degli enunciati ambigui. La distinzione tra enunciati e proposizioni si offre dunque come paradigma per la lettura del testo del colloquio: c'è infatti una non coincidenza tra il piano dell'enunciato e quello del significato che gli può essere attribuito. Il piano dell'enunciazione si definisce appunto a partire da questa distinzione: c'è una scissione tra ciò che il paziente dice e il significato che può assumere quel che dice.

Nella psicoanalisi si centra molto l'attenzione sul fatto che la dimensione della parola produce una separazione tra enunciato ed enunciazione. In ambito psicoanalitico tale discrepanza viene espressa dalla divisione interna alla stessa parola: infatti anche quando un significante trova un suo significato producendo un enunciato, la frase non riesce comunque ad assorbire il piano dell'enunciazione: «è appunto il fatto che un testo è sempre in qualche modo reticente» (Eco 2002, p. 25). I significanti – intesi come "segni linguistici", anche se non riducibili a essi – differiscono dunque dai "segnali" e non corrispondono mai in modo univoco a un significato specifico (polisemia del significante).

Nel corso delle sedute da parte del paziente si registra abitualmente la presenza di un "resto" che rimane insaturo rispetto al potere rappresentativo della parola. In ambito lacaniano tale fenomeno viene osservato non come un deficit cognitivo ma come indice della discrepanza strutturale (e non accidentale) tra significante e significato.

Il livello dell'enunciazione compare appunto nel margine di non coincidenza tra significante e significato, la sua manifestazione dipende dal fatto che sebbene il significato sia effetto dell'articolazione significante, non cessa di sottrarsi alla presa del significante: c'è sempre uno slittamento del senso che consente a ogni enunciato di caricarsi di una "significazione" peculiare. Possiamo così osservare la "significazione" particolare che ricevono certe frasi o eventi relazionali. Lo stesso evento, infatti, può avere effetti e risonanze opposte in soggetti diversi. Oltre ai detti, osserviamo dunque il "dire" del soggetto, l'"enunciazione" a cui rimandano i suoi "enunciati".

È importante sottolineare che il piano dell'enunciazione sovverte la padronanza dell'io cosciente, il soggetto dell'enunciazione non è il soggetto (classico) della conoscenza. Il livello dell'enunciazione rimanda ad un io (*je*) che non coincide con l'io narrante (*moi*). Ad esempio chi è il soggetto del lapsus? Ciò che il paziente dice e ciò che può comprendere di quel che dice non sono sullo stesso piano: la parola del soggetto dice sempre di più di quanto il soggetto possa comprendere. Il piano dell'enunciazione mostra un soggetto che non sa ciò che vuole dire, c'è un'intenzione a dire (enunciazione) che si situa al di là del campo di giurisdizione del soggetto padrone del senso. La psicoanalisi ritiene che l'enunciazione sia l'indice di una divisione soggettiva che separa il sapere che un soggetto ha su di sé dalla sua verità. Il piano dell'enunciazione si configura infatti come l'indicatore semantico della presenza dell'inconscio nelle parole del paziente e durante una cura bisognerà "saper leggere" nella sequenza degli enunciati la trama significante che sovradetermina le manifestazioni dell'inconscio.



11. IL RISCHIO ERMENEUTICO E LA CENTRALITÀ DEL TESTO DEL PAZIENTE

La lettura degli enunciati del soggetto è un aspetto fondamentale per la pratica interpretativa in psicoanalisi. Se consideriamo il funzionamento della catena significante l'interpretazione è aperta a tutti i sensi, il senso soggettivo delle parole del paziente è suscettibile a una continua indeterminazione, dal momento che, in quanto effetto della catena significante, è sempre predisposto al rimando verso un altro significante. Un sogno ad esempio può essere analizzato in modo interminabile, con l'aggiunta di un significante dopo l'altro, nell'oscillazione tra le diverse significazioni possibili. Ciò però potrebbe condurre a un'infinitizzazione dei significati attribuibili ad ogni singolo sintomo e al testo del colloquio nel suo complesso: il testo di un paziente rimanda ad un secondo testo, non evidente ma sottostante, fino ad una proliferazione potenzialmente infinita di ulteriori amplificazioni di senso.

L'ermeneuticità intrinseca alla psicoanalisi può inoltre ridursi alla concezione ingenua secondo cui il testo dell'io cosciente non esaurisce mai il senso dell'esperienza soggettiva, per cui il testo del paziente ha sempre un lato sottostante che può chiarire l'apparenza del testo manifesto. In tal modo la seduta analitica può assomigliare alla codifica del testo in un secondo testo che rivelerebbe il senso autentico del primo.

La distinzione tra manifesto e latente può altresì entrare in gioco nell'uso illativo dell'interpretazione: il testo del paziente può venir tradotto dal sapere dell'operatore in un altro testo. Le parole del paziente, così come i suoi sintomi, vengono ascoltate a partire dal sapere dell'operatore: si può verificare una sorta di traduzione da un codice all'altro, così come può avvenire nel caso della diagnosi descrittiva dove alla fine il testo del paziente può ridursi a mero oggetto dell'indagine del sapere "psi".

Le illazioni semantiche possono inoltre verificarsi con un uso indiscriminato del controtransfert, dove la codifica del testo del paziente avviene in base ai pensieri e ai vissuti che appartengono esclusivamente al campo inconscio del terapeuta. È per tal motivo che la lettura del colloquio clinico deve essere intesa piuttosto come

la pratica di un testo significante [...]. Non si tratta, cioè, di concepire l'attività dell'analista come un'attività di smascheramento, perché la verità non abita dietro le parole ma si manifesta attraverso le parole. La lettera manifesta, e non nasconde, l'enunciazione del soggetto. (Recalcati 2001, p. 17)

Gli elementi da individuare nel testo del colloquio sono già nelle parole del paziente, il testo del colloquio rivela infatti una sua organizzazione che mostra la funzione dei singoli elementi. In ambito psicoanalitico lacaniano l'inconscio strutturato come un linguaggio non è un contenuto sottostante il discorso cosciente, ma piuttosto coincide con la trama del testo, con le sue incrinature e i suoi inciampi.

La psicoanalisi è dunque un'esperienza dove vengono mobilizzati i significanti e dove si producono degli effetti di significazione che ricevono un ascolto il cui obiettivo è di isolare "i significanti *maître*" che hanno tracciato la figura del destino del soggetto:

di fronte a una serie significante prodotta dal paziente, l'intervento dell'analista offre come risposta un'interpunzione che mette il soggetto in condizione di cogliere ciò che dice effettivamente. In questo senso la risposta dell'analista è, innanzitutto, quella di fare ritornare al soggetto il suo messaggio in forma invertita. È un modo per tradurre l'immagine freudiana dell'analista come specchio opaco, la cui funzione non è aggiungere significanti assenti nel discorso del paziente, ma permettere al paziente di cogliere le significazioni che si sono prodotte dalla messa in serie di certi significanti. (Recalcati 2001, p. 21)



12. CONCLUSIONI

In questo lavoro è stato presentato un percorso argomentativo volto a chiarire i concetti che caratterizzano la prospettiva epistemologica della psicoanalisi. Il rapporto tra *dimensione clinica e ricerca* è di cruciale importanza per comprendere in che modo sia possibile studiare e verificare l'efficacia terapeutica della psicoanalisi. L'accento posto sul tema della verifica empirica in psicoanalisi ha permesso di evidenziare quanto la clinica conservi la possibilità di attingere a quel campo di fenomeni ("contesto della scoperta") che la ricerca di laboratorio sembra tagliare fuori nel momento stesso in cui si costituisce come "contesto della verifica". È in tal senso che si può assumere un atteggiamento critico nei confronti del termine *sperimentale*, mantenendo invece ben chiara la necessità di un ancoraggio *empirico* per ogni riflessione scientifica sulla dimensione clinica. L'esperienza clinica fornisce infatti una base empirica che si sottrae alla replicabilità sperimentale. Gli eventi di una psicoterapia non riescono a soddisfare le richieste di controllabilità delle metodiche di ricerca delle cosiddette scienze "dure".

Il confronto tra *psicoanalisi e scienza* ha permesso inoltre di approfondire il rapporto tra teoria e prassi: l'applicazione clinica del modello teorico richiede un uso delle conoscenze che chiama in causa l'inferenza abduzione: il passaggio "dalla conoscenza al suo uso nella clinica" implica infatti un'interpretazione (un'inferenza) che viene rivolta a un messaggio non codificato. Il clinico compie delle scelte sullo sfondo di un'assenza di garanzia, di una garanzia in grado di certificare in anticipo l'efficacia e la pertinenza di una diagnosi, di un'interpretazione o di un atto analitico. In altri termini, non c'è un modello per applicare i modelli e dunque nessun modello può determinare quali siano le sue applicazioni corrette.

Le argomentazioni successive hanno sottolineato quanto la questione dell'applicazione del modello sia strettamente legata alla questione della *formazione dell'analista*. La formazione analitica si configura infatti come un addestramento particolare che da un lato implica l'apprendimento teorico e dall'altro richiede un percorso di soggettivazione in grado di consentire al clinico di applicare i principi psicoanalitici "caso per caso".

L'attenzione alla singolarità del *caso clinico* si traduce in un lavoro terapeutico che mira innanzitutto a ricomporre la trama storica del percorso esistenziale del paziente. L'inconscio è appunto la trama narrativa che il paziente ricostruisce di seduta in seduta e attraverso cui viene riletto il significato del sintomo. Un altro vincolo fondamentale che caratterizza la psicoanalisi riguarda la concezione del *sintomo*. Il sintomo non viene considerato come una disregolazione neurofisiologica o come un deficit da riparare, ma piuttosto come un messaggio da decifrare, come un significante di cui il paziente ignora il significato. È stata inoltre approfondita la concezione del *linguaggio in psicoanalisi*. In particolare, sono state evidenziate le ragioni per cui l'*ascolto clinico* debba essere rivolto alla connessione dei significanti: in tal modo sarà possibile favorire l'elaborazione del paziente sul significato che insiste nella ripetizione sintomatica.

Sin dalla prima fase della cura il paziente viene orientato verso l'assunzione di una responsabilità soggettiva nella causa della sofferenza del sintomo. Il fatto che la psicoanalisi sottolinei la valenza etica della sofferenza mentale distingue in modo netto la cornice epistemologica dello studio del caso clinico. È proprio per tal motivo che nell'epigrafe di questo lavoro veniva riportata una frase di Miller a proposito del legame tra clinica ed etica, un legame che condiziona da un lato le scelte del clinico e dall'altro il lavoro analizzante del paziente.



BIBLIOGRAFIA

- Antiseri, D. (2001). *Teoria unificata del metodo*. Torino: Utet.
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. (trad. it. di A. Armando, P. Bion-Talamo, e S. Bordi). Roma: Armando, 1972.
- Bottiroli, G. (1987). Metis e interpretazione. *Aut Aut*, 220-221, 127-139.
- Dalla Chiara, M. L., & Toraldo di Francia, G. (1999). *Introduzione alla filosofia della scienza*. Roma-Bari: Laterza.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (a cura di) (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Certeau, M. (1978). Psicoanalisi e storia. In *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione* (pp. 78-97). (trad. it. di G. Brivio; pref. ed. it. di M. Ranchetti) Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- Eco, U. (2002). *Lector in fabula. La cooperazione interpretativa nei testi narrativi* (8° ed.). Milano: Bompiani. (Prima edizione: 1979).
- Eco, U. (2008). *Trattato di semiotica generale* (19° ed.). Milano: Bompiani. (Prima edizione: 1975).
- Freda, H. (2001). *Psicoanalisi e tossicomania*. Milano: Bruno Mondadori.
- Kuhn, T. S. (1970). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. (trad. it. di A. Carugo). Torino: Einaudi, 1999.
- Lo Coco, G., & Lo Verso, G. (2007). L'etica della valutazione nello specifico psicoterapeutico. *Terapia familiare*, 83, 191-203.
- Mazzotti, M. (2002). Introduzione. In J. A. Miller (a cura di), *Tu puoi sapere... come si pratica. La conversazione di Bologna* (pp. 7-8). Roma: Astrolabio.
- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. Con una nota sui contributi italiani. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano: Cortina.
- Miller, J.-A. (1983). Non c'è clinica senza etica. In M. T. Maiocchi (a cura di), *Il lavoro di apertura. Per una strategia dei preliminari* (pp. 267-276). Milano: Angeli, 1999.
- Miller, J.-A. (1987). C.S.T. In M. T. Maiocchi (a cura di), *Il lavoro di apertura. Per una strategia dei preliminari* (pp. 95-99). Milano: Angeli, 1999.
- Miller, J.-A. (1999). Biologia lacaniana ed eventi di corpo. *La Psicoanalisi*, 28, (2000), 14-100.
- Ogden, T. H. (2005). On Psychoanalytic Writing. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 15-29.
- Palladino, D., & Palladino, C. (2005). *Breve dizionario di logica*. Roma: Carocci.
- Recalcati, M. (2002). *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*. Milano: Angeli.
- Vassallo, N. (2003). *Teoria della conoscenza*. Roma-Bari: Laterza.
- Wittgenstein, L. (1953). *Ricerche filosofiche*. (trad. it. di R. Piovesan e M. Trinchero). Torino: Einaudi, 1983.

