

# I gruppi di ricerca sulle trasformazioni del processo analitico.

Di M. Vigna-Taglianti

In: [www.spiweb.it](http://www.spiweb.it)

## Introduzione

Fin dagli *Studi sull'isteria* Freud ha tentato di fondare la psicoanalisi a partire da presupposti scientifici che tenessero in debito conto ipotesi preliminari, dettagliati resoconti osservativi sui casi clinici, successive elaborazioni teoriche, presentando infine considerazioni conclusive suscettibili di future revisioni. In altre parole egli si è sempre mosso all'interno di coordinate sensibilmente ispirate a uno spirito di ricerca.

Dice Freud nel 1922 in *Due voci di enciclopedia (Psicoanalisi e Teoria delle libido)*:

La psicoanalisi non è un sistema del tipo di quelli filosofici, che partono da alcuni concetti fondamentali rigorosamente definiti, tentano di comprendere in base a essi la totalità dell'universo, per poi, una volta compiuta tale operazione, non lasciare alcuno spazio per nuove scoperte e più adeguati approfondimenti. Al contrario essa si attiene ai dati di fatto del proprio campo di lavoro, tenta di risolvere i problemi immediati dell'osservazione, procede a tentoni avvalendosi dell'esperienza, è sempre incompiuta e disposta a dare nuova sistemazione alle proprie teorie oppure a modificarle. Non meno che la fisica della chimica, la psicoanalisi tollera che i suoi concetti supremi siano poco chiari e le sue premesse provvisorie, nell'attesa che una determinazione più precisa di questi concetti e di queste premesse emerga dal lavoro futuro. (p. 457).

Tutta la sua opera può quindi essere concepita come una ricerca continua, caratterizzata non solo dalla genialità ma anche dall'umiltà, tipica del ricercatore, di sapere sempre ridefinire le proprie provvisorie conclusioni muovendo da fenomeni, apparentemente inspiegabili e disturbanti – le cosiddette interferenze – che si manifestano nel campo delle proprie osservazioni<sup>[1]</sup>.

È a questo rigore scientifico e a questo spirito di ricerca che le successive generazioni di psicoanalisti hanno tentato di fare riferimento, dagli inizi pionieristici fino ai più recenti sviluppi dei nostri giorni: la ricerca è dunque una condizione implicita alla psicoanalisi, essa stessa perennemente in bilico tra lo spingersi verso l'esplorazione coraggiosa ma al tempo stesso minacciosa di quel deserto che è la follia (Gaddini, 1984) e l'attestarsi su consolidate e rassicuranti posizioni teoretiche che rischiano però a volte di trasformarsi in dogmi sclerotizzati o bastioni difensivi dall'ignoto dal momento che – come

psicoanalisti – siamo continuamente impegnati in un complesso transito tra condizioni più turbolente della mente, nelle quali siamo alla ricerca di qualcosa che non ci è ancora noto e nelle quali viene quindi messa duramente alla prova la nostra *capacità negativa*, e condizioni più placide dove appaghiamo il nostro bisogno di saturare l'ignoto utilizzando *memoria e desiderio*.

Un aspetto che vorrei estrapolare da questa breve premessa è quindi quello concernente un'ineludibile e intrinseca – ma non lineare – gradualità che contraddistingue il procedere della ricerca psicoanalitica: una gradualità cui fa riferimento Gaddini nel suo illuminante lavoro del 1984 quando, domandandosi se e come siano cambiati i pazienti ai giorni nostri, definisce gli psicoanalisti come un *esercito di ricercatori* continuamente in cammino lungo i sentieri della sofferenza psichica[2]. In quello stesso lavoro egli ribadisce con precisione – in linea con la tradizione freudiana – che la situazione clinica è, in psicoanalisi, la situazione più valida per la ricerca.

Ricollegandomi idealmente a quanto sopra esposto, vorrei allora illustrare brevemente il progetto che abbiamo in animo di promuovere, fondato proprio su questi due pivot concettuali: il senso della gradualità e la situazione clinica.

Lo strumento alla base di questo progetto è stato messo a punto da un *Research Committee* dell'IPA – il *Project Group for Clinical Observation* – allo scopo di sviluppare differenti possibilità di migliorare la qualità della ricerca clinica attraverso l'utilizzo di un metodo – il *Three-Level Model for Observing Patient's Transformations* – che è stato concepito appositamente per condurre osservazioni cliniche sistematiche sulle trasformazioni di pazienti in trattamento psicoanalitico (e dunque per migliorare le capacità di ascolto e di elaborazione – il cosiddetto “secondo sguardo” – degli analisti) oltre che per strutturare uno strumento atto a validare le suddette osservazioni (*Psychoanalytical Expert Validation*). Tale modello di ricerca è già stato sperimentato con successo da altre comunità psicoanalitiche ed è stato anche applicato a diversi studi di notevole rilevanza scientifica e con importanti ricadute istituzionali (Leuzinger-Bohleber et al., 2003). Esso si basa sul lavoro in gruppi di discussione focalizzati sulle trasformazioni in essere nel processo analitico, a partire da una filosofia della ricerca “*bottom-up*”, improntata a un metodo “*Three-Level oriented*”.

La filosofia sottostante questa metodologia osservativa si fonda sul postulato – inaugurato da Freud – che il resoconto completo di un caso continui a essere la più importante forma di comunicazione scientifica all'interno della comunità psicoanalitica internazionale, anche se in anni più recenti questo tipo di *report* ha avuto poco spazio nelle riviste internazionali a vantaggio dell'uso delle cosiddette “vignette cliniche”[3].

In contrasto con tale tendenza, il cardine concettuale attorno al quale si è condensato lo sforzo principale del *Project Group* è stato quello di sostenere

che nessuna alternativa credibile alla stesura completa di un caso clinico è stata a oggi sviluppata per presentare e condividere in modo adeguato e “leggibile” – alle comunità psicoanalitiche e non – le cosiddette “verità narrative” acquisite nel corso di un lungo percorso psicoanalitico, introducendo però al contempo la dimensione del gruppo e il lavoro elaborativo di quest’ultimo come il promotore dell’indispensabile risignificazione teorica di cui queste osservazioni necessitano per essere convalidate[4].

A questo proposito Gedo (2001) ha affermato:

A mio parere, il contributo scientifico di Freud più duraturo e più importante non è stato di tipo concettuale; per questo, gli storici non specialisti tendono a trascurarlo. Il suo risultato più importante consiste nello sviluppo di un metodo di osservazione narrativo, che ha reso possibile, per la prima volta, la raccolta di dati validi sulla vita interiore dell’uomo. A partire all’incirca dal 1890, anno in cui ha iniziato a praticare la “talking cure” ideata da Breuer, Freud ha impiegato circa vent’anni per mettere a punto un protocollo standardizzato del “metodo psicoanalitico”, che ha permesso a osservatori indipendenti di raccogliere dati di questo tipo. È in queste osservazioni senza precedenti, relative alle funzioni mentali e al controllo del comportamento, che sono stati definiti i confini della psicoanalisi come disciplina scientifica. In altre parole, Freud ha realizzato una svolta metodologica grazie alla quale, da solo, ha fondato una nuova disciplina. (pp.106-107).

La ricerca sul processo ha svolto quindi in psicoanalisi un ruolo fondamentale fin dalle sue stesse origini. Freud ha concepito, infatti, la psicoanalisi sia come una teoria della mente, sia come un metodo di ricerca sia come una forma di intervento clinico. Egli ha inoltre indicato, come contesto appropriato per la ricerca, lo studio del trattamento terapeutico, piuttosto che l’indagine sperimentale. Il tradizionale *database* della ricerca sul processo analitico è stato quindi il report sul caso singolo. D’altro canto, nei decenni passati, sono stati riconosciuti con sempre maggiore evidenza i problemi specifici associati al *report* come fonte di conoscenza: tra questi troviamo, per esempio, “[...] la potenziale perdita di informazioni insita nella limitatezza delle osservazioni effettuate dal punto di vista del singolo analista che conduce il trattamento” (Bucci, 2005, p. 518). Si è andato quindi progressivamente affermando un filone di ricerca empirica sul processo che potesse dare una risposta a questi problemi e sono stati avviati una serie di esperienze basate sull’introduzione, nella ricerca, di misure oggettive al materiale trascritto o registrato delle sedute analitiche.

Non è questa la sede per analizzare questo tipo di studi o la loro validità.

Basti però qui considerare che il metodo del report sul caso singolo e quello della ricerca empirica hanno iniziato a percorrere strade separate, sviluppandosi autonomamente da un lato ma divaricandosi però progressivamente dall’altro con posizioni anche molto lontane le une dalle altre. Se da un lato, in-

fatti, la ricerca empirica basata su misurazione più oggettive del materiale (tramite audio-registrazione per esempio) potrebbe contribuire a “[...] evitare gli inevitabili *bias* dell’analista che, filtrando i dati, può contaminarli” (Wallerstein, 2001, p. 261), dall’altro – poiché i “fatti” psicoanalitici sono intrinsecamente soggettivi – potrebbe invece sortire effetti negativi sul lavoro clinico poiché “[...] ogni tentativo di sottomettere i dati delle sedute ai criteri delle “scienze dure” e di trattarli con tecniche improntate da queste ultime è probabilmente destinato a distruggere l’oggetto reale della ricerca e, ancor di più, non potrebbe essere accettato come prova dagli scettici. Le registrazioni (audio o video) sono poi inaccettabili, non solo per ragioni etiche (in relazione alla confidenzialità del materiale), ma anche perché una situazione di questo tipo, anche con il consenso esplicito del paziente, disturba pesantemente la relazione di transfert-controtransfert” (Perron, 2002, pp. 7-8).

Secondo quest’ultima concezione la ricerca sul trattamento psicoanalitico dovrebbe quindi basarsi unicamente sul metodo clinico che è stato adottato da Freud per creare e sviluppare la psicoanalisi e che segue il modello tradizionale degli studi sul caso impiegato in medicina. Di fatto però, mentre trascrizioni precise d’inter seduta possono rivelarsi indispensabili in molte occasioni di discussione teorico-clinica, esse paiono insufficienti a trasmettere l’efficacia e la complessità di un intero trattamento e anche dei risultati raggiunti. D’altro canto – come ben esemplificato nei casi magistralmente redatti da Freud – i resoconti esaustivi che mostrano lo snodarsi del processo analitico sono molto efficaci nel trasmettere cosa “realmente” sia la psicoanalisi, le mete che essa persegue e i tipi di trasformazione che essa produce nei pazienti.

Come integrare tutti questi aspetti?

La filosofia sottostante il metodo di ricerca e il progetto che stiamo illustrando va proprio nella direzione di superare la sterile dicotomia tra *verità narrabili* e *verità misurabili*; una dicotomia che sovente prende la forma di un’inarrestabile “deriva agnostica” secondo la quale la *scientificità* dei dati osservati non dipenderebbe più dalla verifica empirica e dalla correttezza dei nessi logici ma piuttosto dall’esistenza di un campo di significati che possono essere sperimentati solo dall’interno e confermati dalle regole della coerenza narrativa.

Ma gli inconvenienti associati con questa posizione – soprattutto se radicalizzata – sono purtroppo ben noti e spaziano dall’arbitrarietà delle osservazioni cliniche che vengono “stressate” per avvalorare una determinata ipotesi o posizione teorica, al rischio di punti di vista “ermeticamente chiusi”, alla conferma narcisistica che prende il posto della capacità di riflessione auto-critica durante il processo osservativo; alla fatidica attrazione verso la descrizione di casi “eccelsi” risoltisi positivamente, in contrasto con l’assenza in letteratura di resoconti di trattamenti nei quali si sono incontrate importanti difficoltà o addirittura si sono verificati dei fallimenti terapeutici; al rischio di “costruzioni”

e falsificazioni inconsce (specialmente nei casi di training); e infine alla ripetizione compiacente e al conformismo, nelle discussioni istituzionali, improntati al principale *mainstream* teorico vigente all'interno della comunità psicoanalitica; un fatto quest'ultimo che produce, come conseguenza, la scomparsa dal panorama scientifico di idee non convenzionali, innovative e foriere di eventuali potenzialità metapsicologiche (Leutzinger-Bohleber, 2002, 2003).

Lo scopo del *Committee* è stato dunque è quello di promuovere un modello il più possibile accurato di osservazione clinica sistematica; un modello che fosse realmente utile sia per mettere alla prova la teoria sia per "costruirla" in maniera più creativa e originale, proprio alla luce di questi presupposti storici e dati i molti linguaggi teorici presenti oggi in psicoanalisi. Il *Three-Level Model for Observing Patient's Transformations* propone, infatti, un percorso graduale che permette al gruppo di lavoro di fare luce sulle possibili macchie cieche di comprensione dell'analista e di iniziare il processo di osservazione utilizzando un linguaggio fenomenologico che tenti il più possibile di rendere operativi i concetti metapsicologici, adottando "parole" che catturino il "Minimo Comune Multiplo" delle diverse opzioni teoriche esistenti e riguardanti quel determinato concetto.

Cito a questo proposito ancora Freud:

Soltanto in seguito a un'esplorazione piuttosto approfondita di un determinato ambito di fenomeni, diventa effettivamente possibile cogliere con una certa esattezza i concetti scientifici fondamentali e modificarli progressivamente in modo tale che essi diventino da una parte ampiamente utilizzabili, e dall'altra del tutto esenti da contraddizione. Solo allora sarà giunto forse il momento di costringere quei concetti in definizioni. Tuttavia, il progresso della conoscenza non consente definizioni rigide. Come l'esempio della fisica illustra splendidamente, anche i concetti fondamentali consegnati in definizioni rigorose, subiscono in costante mutamento di contenuto. (1915, pp. 13-14. *Pulsioni e loro destini*)

Tale metodo ha quindi la finalità primaria di arricchire e raffinare le potenzialità osservative e il *working-trough* dell'analista, focalizzandosi puntualmente sulle trasformazioni che avvengono nel paziente durante l'analisi. Il termine *trasformazione* è quindi usato, inizialmente, nel senso comune di cambiamento o modificazione e solo in stadi successivi del lavoro del gruppo le diverse vedute teoriche su questo specifico concetto – la trasformazione – vengono incluse nell'analisi dell'osservazione. La trasformazione del paziente ha sempre la priorità, sebbene sia implicito che essa avvenga all'interno della reciproca relazione con l'analista.

Le trasformazioni che avvengono durante un'analisi riguardano, infatti, aspetti molteplici e coprono un vasto *range* di interrogativi del tipo: *Cosa cambia? Come avviene il cambiamento? Quando? Perché?*

Lo scopo dei gruppi di ricerca non è però quello di rispondere a queste domande in sé – molti di questi aspetti sono stati infatti esaustivamente discussi in letteratura a partire da diverse prospettive concettuali – ma piuttosto quello di individuare strade e modalità peculiari attraverso le quali una migliore osservazione clinica possa contribuire a *far progredire lo studio* di questi interrogativi.

Il *Three-Level Model* è dunque fondamentalmente un metodo *euristico* per raffinare, sistematizzare e concettualizzare le osservazioni cliniche. Esso può essere quindi utilizzato sia come uno strumento di riflessione personale (quando un analista sente che è necessario avere un “secondo sguardo” al materiale) sia – soprattutto – può essere adottato come un protocollo di lavoro per gruppi di discussione che desiderino potenziare le capacità di osservazione clinica dei partecipanti attraverso l’analisi sistematica di materiale clinico.

Che cosa significa, entrando maggiormente nel dettaglio descrittivo del metodo, tutto ciò?

Iniziamo dai tre livelli o *steps* previsti dal modello, che sono i seguenti:

- 1 Descrizione fenomenologica delle trasformazioni.
- 2 Identificazione della principale dimensione di funzionamento psichico nel quale è avvenuto il cambiamento.
- 3 Valutazione e confronto delle possibili ipotesi esplicative del cambiamento.

Descrizione fenomenologica delle trasformazioni

Il primo *step* del modello è rappresentato dalla possibilità di raffinare la capacità di riportare le trasformazioni che sono avvenute in un’analisi attraverso l’osservazione e la discussione della descrizione fenomenologica di due o più punti di riferimento. Viene considerato come primo punto di reperi (*anchor-point*) la manifestazione, durante i primi colloqui, di alcune dimensioni del funzionamento psichico che l’analista che presenta il caso – il *Ricercatore Clinico* – ha scelto di porre al centro della sua osservazione. Gli altri punti di riferimento (*transformation point*) sono rappresentati da sedute riportate da momenti successivi dell’analisi (per esempio sei mesi o anche tre anni) scelti dall’analista perché a suo avviso mostrano cambiamenti significativi in alcune delle dimensioni di funzionamento psichico inizialmente presentate. La descrizione dell’analista permette al gruppo di discutere se c’è stato un cambiamento positivo, nessun cambiamento o un cambiamento negativo. I resoconti clinici devono essere abbastanza esaurienti e dettagliati al fine di trasmettere le esperienze dell’analista e del paziente, offrendo materiale della seduta tale da poter supportare le inferenze circa i processi inconsci sottostanti le trasformazioni. Il *Ricercatore Clinico* deve scrivere una breve storia e il materiale del caso in un modo, aperto e libero, che gli permetta di trasmettere il proprio controtransfert, il significato psicoanalitico e la risonanza della

propria esperienza in questo trattamento. La discussione di gruppo dovrebbe usare lo stesso linguaggio esperienziale. L'iniziale *anchor point* e i punti di reperi successivi dovranno essere considerati come un'unità e presentati insieme per la discussione del gruppo.

La descrizione di sedute analitiche da due o più momenti dell'analisi permette al gruppo – che in qualche misura “assiste” il ricercatore clinico a individuare sempre meglio l'oggetto della sua ricerca (per esempio il ruolo dei cambiamenti del contenuto manifesto dei sogni come indicatore di cambiamento terapeutico) – di focalizzarsi sulla valutazione delle trasformazioni che hanno avuto luogo dall'uno all'altro e anche durante ogni seduta nell'interazione tra paziente analista.

La discussione del gruppo, a questo livello, può svolgersi a partire da quesiti molto semplici; per esempio: 1) il materiale suggerisce l'esistenza di un cambiamento positivo o di un cambiamento negativo o di nessun cambiamento? 2) Quali sono le trasformazioni percepibili fra una seduta e l'altra? 3) Quali sono i sentimenti dei partecipanti circa le trasformazioni che hanno avuto luogo nell'interazione durante una singola seduta? 4) Quali cambiamenti indicano i seguenti punti: a) in che modo il paziente usa l'analista? b) che uso egli fa degli interventi dell'analista? c) in che modo il paziente usa la propria mente e il proprio corpo durante la seduta? d) Quali parti del materiale clinico hanno una speciale risonanza all'interno dei partecipanti per quanto riguarda questi cambiamenti?

Identificazione della principale dimensione di funzionamento psichico nel quale è avvenuto il cambiamento

Il secondo scopo del metodo è identificare la dimensione principale del funzionamento psichico all'interno della quale queste trasformazioni avvengono con non avvengono. Un'accurata e sistematica descrizione di cambiamento richiede che i due punti di riferimento siano confrontati all'interno della stessa dimensione e che il *report* dell'analista offra una prospettiva sufficientemente ampia sui problemi del paziente, in particolare sul suo funzionamento mentale intrapsichico e interpersonale. Ovviamente le trasformazioni devono avvenire in dimensioni del funzionamento che siano rilevanti dal punto di vista psicoanalitico. Non è cioè tanto importante che avvenga un cambiamento nella realtà esterna del paziente se questa non è accompagnata da trasformazioni nelle sue modalità intra- e inter-psichiche (capacità empatiche, senso del Sé, etc.).

Considerando la molteplicità dei linguaggi teorici in psicoanalisi è utile che la discussione inizi utilizzando un linguaggio fenomenologico che tenti di rendere operativi concetti che usino parole che comprendano il minimo comune multiplo delle diverse versioni teoriche esistenti di questo concetto.

Possibili scopi della discussione del gruppo al livello due possono essere:

1) analizzare cambiamenti nel paziente in accordo con una dimensione diagnostica descritta in un linguaggio molto vicino all'esperienza e insaturo dal punto di vista teorico; 2) contestualizzare maggiormente le specifiche trasformazioni in accordo con una più generale descrizione di ciò che "non funziona" nel paziente. Questo livello prepara e rafforza la base osservativa in vista del 3° livello quando la comprensione delle trasformazioni sarà dipanata alla luce di differenti prospettive teoriche.

Possibili punti di discussione per il gruppo possono dunque essere:

- 1) Esperienza soggettiva di malattia.
- 2) Pattern delle relazioni interpersonali.
- 3) Principali conflitti intrapsichici.
- 4) Funzionamento mentale o di personalità. Struttura psicopatologica.
- 4) Percezione del Sé degli Altri.
- 4) Capacità di regolazione degli impulsi, degli affetti e del valore di sé.
- 4) Capacità di comunicare le proprie esperienze affettive, fantasie e rappresentazioni interne corporee e simboliche del Sé.
- 5) Legame con l'oggetto: quanto profondo e stabile è il legame con gli oggetti interni ed esterni; quanto il paziente è in grado di strutturare relazioni caratterizzate da intimità e reciprocità, basate su rappresentazioni integrate di sé e degli altri.

Valutazione e confronto delle possibili ipotesi esplicative del cambiamento

A un maggiore grado di astrazione le trasformazioni che avvengono durante un'analisi possono essere comprese in accordo con differenti modelli teorici di spiegazione. A questo livello, il primo gradino è dunque quello di esaminare le ipotesi alternative e di scoprire quali siano le loro affinità e le loro differenze e quali le loro complementarità. La discussione dovrebbe sempre essere focalizzata sulla relazione tra queste ipotesi e l'osservazione clinica. Lo scopo della discussione non è, infatti, quello di scegliere tra le ipotesi ma di esaminare il supporto clinico per ognuna di esse. "Testare" le ipotesi potrebbe allora essere considerato come un tentativo di esplorare e migliorare la base osservativa dell'ipotesi teoriche, di sviluppare l'abilità di collegarle criticamente con le osservazioni cliniche e di fare predizioni o congetture che possano stimolare nuove osservazioni cliniche.

Differenti approcci clinici e teorici sono pertanto considerati come ipotesi alternative, il cui grado di adattabilità al materiale clinico può essere esaminato allo scopo di valutare punti di forza e di debolezza di ciascuna di essi con lo scopo di perfezionare la loro corrispondenza con il materiale clinico e quindi la loro tenuta esplicativa concettuale.

La discussione di gruppo al terzo livello potrebbe focalizzarsi sui seguenti interrogativi:

- Quali sono le ipotesi dell'analista a un livello esplicito e implicito? Sono cambiate durante l'analisi?



- Quali altre ipotesi potrebbero essere prese in considerazione da altri punti di vista teorici?
- Quali sono i loro punti di forza e di debolezza?
- Quali aspetti di ognuna di queste ipotesi sono più convincenti e quali, al contrario, non sono così convincenti

I tre livelli della discussione di gruppo potrebbero essere appropriatamente considerati come qualcosa che contribuisce a una *expert validation* delle nostre inferenze cliniche.

### Conclusioni

In conclusione vorrei riassumere alcuni degli obiettivi a breve, medio e lungo di questo progetto di ricerca clinica, evidenziando anche quelli che possono essere le sue ricadute a livello istituzionale.

### Obiettivi a breve termine dei gruppi di osservazione clinica

- Sviluppare la capacità di osservazione sistematica del processo analitico: sono gruppi di ricerca sul processo psicoanalitico che permettono di cogliere sistematicamente le trasformazioni di pazienti in analisi con osservazione e incontri di discussione ripetuti nel tempo.
- Promuovere la coerenza tra l'ipotesi teorico-clinica dell'analista che presenta il caso e la validazione del gruppo. Il lavoro nel gruppo permette di mettere alla prova le ipotesi e i modelli teorici dell'analista al lavoro, oltre che far dialogare e discutere in gruppo analisti con matrici teoriche differenti.
- Confrontare e convalidare il lavoro trasformativo della coppia analitica: avvengono o no trasformazioni a livello intrapsichico e interpersonale durante il trattamento psicoanalitico osservato e discusso?

### Obiettivi a medio termine dei gruppi di osservazione clinica

- Si apprende cioè a illustrare materiale clinico, in maniera confrontabile e validabile, strutturato a partire da ipotesi che vengono discusse attraverso la dimostrazione del processo.
- Si tratta in sostanza della cosiddetta *Psychoanalytical Expert Validation*, un metodo di che prende spunto da quella ricca tradizione psicoanalitica che promuove la supervisione, e in particolare la supervisione tra pari, come pratica intersoggettiva adatta a confrontare le proprie intuizioni e osservazioni cliniche. Lo scopo delle diverse forme di *Expert Psychoanalytic Validation* è quello di riflettere criticamente sulle influenze delle falsificazioni inconsce e delle limitazioni della nostra comprensione della complessità del materiale clinico dovute all'impatto contro-transferale e/o ad altri fenomeni di interferenza inconscia che possono alterare le nostre potenzialità di ascolto ed elaborazione (macchie cieche, teorie implicite, collusioni inconsce con il paziente).
- Si apprende inoltre a integrare la clinica con la teoria dal momento che:
  - 1) le osservazioni cliniche sono il mattone su cui poggia ogni possibile

futura elaborazione teorica; 2) il modello teorico con il quale vengono descritti e articolati i fenomeni clinici e il loro eventuale sviluppo deve possedere una sua coerenza interna.

- Si favorisce una maggiore integrazione tra le attuali e le future generazioni di analisti italiani.
- Si combatte la marginalizzazione dei Soci, coinvolgendo e facendo lavorare insieme analisti appartenenti a Centri diversi e con diversi livelli di esperienza, su aspetti anche controversi della pratica clinica.
- Si innesca l'intreccio tra attività scientifica e attività didattica coinvolgendo i candidati (a partire dal quarto anno) e realizzando dunque la concreta introduzione del lavoro di gruppo – il quarto pilastro – nel loro training, in una prospettiva di ricerca che favorisca realmente un clima di maggiore libertà e creatività.

Obiettivo a lungo termine dei gruppi di osservazione clinica

L'obiettivo principale a lungo termine di tali gruppi di ricerca è quindi quello di costruire progressivamente una "mentalità comune" che attraversi tutti i livelli di esperienza dello psicoanalista (un minimo comune denominatore appartenente trasversalmente sia al candidato sia all'AFT) e che sia improntata al continuo intreccio tra osservazione clinica e rielaborazione teorica e allo stesso tempo ispirata al confronto e al rispetto reciproci. Tutto ciò permette a nostro avviso di sviluppare un'attitudine psichica da "ricercatore", tale per cui l'analista si pone di fronte al lavoro clinico con curiosità e umiltà (Nicolò, 2017), disposto anche a farsi disconfermare dall'evidenza empirica. In questo modo egli può apprendere un modo di procedere: la "ricerca" è dunque – per come noi la intendiamo – un assetto della mente cui tendere sia in seduta sia nella riflessione in après-coup sul materiale clinico

Bibliografia

Bucci, W. (2005). La ricerca sul Processo. In *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*. Person, E. S., Cooper A. M., Gabbard, G.O. (a cura di), Raffaello Cortina Editore, Milano 2016

Freud, S. (1915). Pulsioni e loro destini, in *Metapsicologia*. OSF, vol. 8

Freud, S. (1922). *Due voci di enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido"*. OSF, vol. 9.

Gaddini, E. (1984). Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni.

*Riv. Psicoanal.*, 30:560-580.

Gedo, J. (2001). The enduring scientific contribution of Sigmund Freud. In *Annual of Psychoanalysis*, 29, pp. 105-115.

Leuzinger-Bohleber M., & Target, Mary. (2002). *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers*. (trad.it. *I risultati della Psicoanalisi*, Il Mulino, 2006).

Leuzinger-Bohleber M., Stuhr U., Ruger B., Beutel M. (2003). How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. *Int. J. Psycho-Anal.* 84:263-90.

Nicolò, A. M. (2017). (a cura di) Ricerca in psicoanalisi, SPIWEB.

Perron, R. (2002). Reflections on psychoanalytic research problems: a French-speaking view. In Fonagy, P., Kachele, H., Krause, R. et al. (a cura di), *An Open Door Review of Outcome studies in Psychoanalysis*, 2nd edition, IPA, London, pp. 3-9.

Pfeifer, R. & Leuzinger-Bohleber, M., (1986). Application of cognitive science methods to psychoanalysis: A case study and some theory. *Int Rev Psychoanal.* 13. 221-240.

Spence, D.P., (1982). *Narrative Truth and Historical Truth*. New York: Norton (trad. it.: *Verità narrativa e verità storica*. Firenze: Martinelli, 1987).

ThomÄ, H. & KÄchele, H. (1985). *Trattato di psicoterapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.

Wallerstein, R. S., (2001). The generations of psychoterapy research: an overview. In *Psychoanalytic Psychology*

[1] Ciò è successo classicamente con il transfert, concepito inizialmente come ostacolante falso-nesso testimone della resistenza al ricordare e divenuto in seguito il cardine stesso della terapia psicoanalitica; ma in tempi più recenti ciò è accaduto anche con il controtransfert o con il concetto di *acting/enactment*.

[2] Durante questo cammino alcuni di questi pionieri sono stati protagonisti, con le loro scoperte e con le originali formulazioni che ne sono seguite, di vere e proprie cesure con le concettualizzazioni precedenti. Mi limiterò qui a citare alcuni esempi ben noti: Ferenczi, con la sua continua ricerca focalizzata sulla mutualità del processo analitico – votata a non imputare solamente al paziente la responsabilità degli *empasse* terapeutici – e con l'intuizione che il ripetere è cruciale al pari del ricordare; Klein, con la coraggiosa esplorazione del mondo interno infantile e dei fenomeni psicotici che l'ha condotta alla formulazione del concetto di "posizione" che andava a sovvertire l'impianto di uno sviluppo libidico linearmente organizzato in fasi; Bion, con la de-reificazione del linguaggio metapsicologico e l'importanza assegnata all'incontro bipersonale come luogo indispensabile per l'attribuzione di senso a sensazioni ed emozioni che divengono così i mattoni stessi del pensiero; Winnicott, con l'intuizione che non esiste "un" bambino, ma solo una coppia madre-bambino all'interno della quale si definisce uno spazio intermedio illusorio e creativo –

lo spazio transizionale – indispensabile affinché la mente umana possa venire a patti con la realtà.

[3] A questo proposito alcuni autori hanno evidenziato che la tendenza a scomparire di questa antica tradizione della psicoanalisi come “scienza clinica” può essere in parte collegata all’acceso dibattito che ha messo in discussione la validità scientifica di questo tipo di resoconto clinico (Thoma & Kachele, 1985).

[4] Si veda, al riguardo, la cospicua letteratura relativa al dibattito sulla differenza tra verità “narrativa”, “storica” ed “empirica” in psicoanalisi (Spence, 1982; Thoma e Kachele, 1985; Pfeifer & Leutzinger-Bohleber, 1986; Leutzinger-Bohleber 2002).