

*Giovanni Foresti*  
*Esperable uberty.*  
Gli interventi clinici dell'analista  
come ipotesi di ricerca

Io ritengo che non si debbano fabbricare teorie, ma che esse debbano capitare in casa come un ospite inatteso, mentre ci si occupa di ricerche sui particolari, come è accaduto per questa teoria. Ma Lei stesso deve elaborarla quando ne ha l'occasione; io non me ne occuperò, anche se l'accetto. (...)

La saluto cordialmente e Le auguro che la Sua fase produttiva duri a lungo.

Suo  
Freud<sup>1</sup>

*Introduzione*

L'ipotesi dei Curatori di questo numero di *Atque* è coerente con l'orientamento prevalente nella comunità psicoanalitica da vent'anni a questa parte. Sono infatti pochi, oggi, gli psicoanalisti IPA che dichiarerebbero di contentarsi degli schemi teorici tradizionali, negando la necessità di proseguire la ricerca sulla natura dei processi interspichici e inter-soggettivi grazie ai quali si sviluppa la pratica psicoanalitica (il problema più urgente è piuttosto un altro, attualmente: riuscire a orientarsi nella letteratura psicoanalitica e fare buon uso delle numerosissime linee di ricerca che si stanno sviluppando).<sup>2</sup>

Anche se non è facile accettarlo e ancor meno ammetterlo pubblicamente, la maggioranza degli psicantropi di buona creanza sa be-

ne che la rappresentazione dei processi osservabili nella stanza d'analisi tende a venir distorta da resoconti talvolta dogmaticamente fantasiosi e da orientamenti ideologici più o meno consapevoli (così scrivono i curatori di questo numero nelle indicazioni agli autori).

Sono le micidiali ingerenze delle teorie nella comprensione del materiale clinico – eventualità che il Freud clinico aborrisce<sup>3</sup> e che Bion definì sinteticamente –K: l'incapacità di stabilire legami di conoscenza vitali/flessibili fra i fenomeni osservati (+K) apprendendo dall'esperienza sensoriale ed emotiva.<sup>4</sup>

Ma come mai tale orientamento sarebbe prevalente solo «da vent'anni a questa parte»?

Chi scrive suppone che in passato gli artefatti concettuali fossero assai più frequenti di quanto si osserva attualmente, e dipendessero dagli effetti polemico-politici delle contese fra le diverse scuole teoriche, tutte assolutamente convinte di rappresentare la forma più pura e corretta di pensiero psicoanalitico. Nell'epoca cui sto facendo riferimento, la riflessione sulla tecnica tendeva a essere una mera conseguenza delle opzioni teoriche dell'analista; e dato che gli scambi internazionali erano infrequenti e complicati, la comunicazione tra le tradizioni in conflitto presentava difficoltà difficili da ovviare. La conseguenza più rilevante di questa situazione era che le scelte teoriche sono state a lungo condizionate dall'appartenenza a gruppi e sottogruppi che si sviluppavano in nicchie linguisticamente, politicamente e concettualmente segregate.

Negli anni in cui l'organizzazione internazionale voluta da Freud (l'International Psychoanalytic Association: IPA) è stata diretta prima da Robert Wallerstein e poi da Joseph Sandler, si è però realizzata una radicale trasformazione culturale, grazie alla quale il carattere intrinsecamente pluralista della psicoanalisi è stato riconosciuto ufficialmente e discusso approfonditamente.<sup>5</sup> Fra i risultati della crisi del mito dell'ortodossia che ne è derivata (l'acme di questo processo si colloca fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90), c'è la dissoluzione della correlazione univoca fra struttura teorica e prospettiva clinica: fra modelli concettuali, da un lato, e scelte tecniche dall'altro.<sup>6</sup>

Il risultato del cambiamento di prospettiva che ne è derivato, sta producendo un profondo ripensamento degli strumenti d'intervento

dell'analista e ha aperto una nuova fase della ricerca sui fattori terapeutici della psicoterapia e della psicoanalisi.

### *Inferenze cliniche e ipotesi di ricerca*

Scopo di questo breve scritto è cercare di illustrare il genere di ricerche che lo psicoanalista e lo psicoterapeuta possono sviluppare, nel loro lavoro quotidiano, per problematizzare il rapporto che intrattengono con le teorie di cui si servono. L'elemento decisivo del ragionamento che il testo sviluppa è l'idea che si debbano tenere ben distinte, come dimensioni complementari ma provvisoriamente concorrenti, la ricerca clinica e la ricerca concettuale.

Il titolo del contributo è stato costruito ricorrendo a una celebre formula proposta da Charles Peirce in un articolo molto citato (*Guessing: inferenza e azione*):<sup>7</sup> *esperable uberty* – espressione che potremmo tradurre come “augurabile fecondità” oppure “auspicabile ubertà”.<sup>8</sup>

In attesa di esplicitare le ragioni di questa scelta, posso anticipare che essa serve a mettere in dubbio l'interpretazione a tutt'oggi prevalente del ragionamento clinico, sostenendo che esso non sia fondato sulla logica dell'induzione (come vorrebbero i metodologi neo-empiristi) né su quella della deduzione speculativa (come immaginano molti teorici moderni e post-moderni), ma su quei procedimenti emotivo-cognitivi *sui generis* che Peirce propose di chiamare *abduzioni*.

Questa scommessa clinica (poiché di questo si tratta: un azzardo logico basato su inferenze emotivamente pregnanti, grazie al quale tentare di affrontare pragmaticamente i processi che si vorrebbero comprendere), una scommessa che chiamiamo appunto *abduzione*, «dipende – scrive Peirce – dalla nostra speranza di riuscire a indovinare, prima o poi, le condizioni sotto le quali un dato tipo di fenomeno si presenterà».<sup>9</sup>

In questa prospettiva, l'ubertà (la fruttuosità, la fecondità) di un intervento clinico risulta dalla capacità dei protagonisti dello scambio comunicativo di sintonizzarsi con i processi che si stanno sviluppando nella stanza d'analisi e di immaginare quale potrebbe essere il contributo di ciascuno alla dinamizzazione del discorso della coppia.

Da queste inferenze clinicamente fondate, il terapeuta e il suo interlocutore ricaveranno gli ingredienti discorsivi, i fattori simbolici (ovvero i *pensieri*, se s'impiega la distinzione bioniana fra «thinking» e «thoughts») <sup>10</sup> con cui intendere il testo/dialogo cui prendono parte. <sup>11</sup>

Si tratta, in sostanza, di contribuire a sviluppare il processo da cui dipende la trasformazione dei fenomeni psichici cui analista e paziente stanno dando forma col loro reciproco e interattivo contributo, senza pretendere che qualcuno dei co-protagonisti possa dirigerlo unilateralmente e senza neppure sperare di comprenderlo pienamente.

Per illustrare le conseguente teoriche e tecniche di queste ipotesi, è necessario cercare modi innovativi di descrivere il materiale clinico.

Quella che segue, è la trascrizione di una seduta di fine analisi costruita tenendo conto di una proposta di Christopher Bollas. <sup>12</sup> La colonna di sinistra segue una linea metodologica tradizionale: illustra la fase del lavoro in cui si trova la coppia analitica e cerca di ricostruire gli sviluppi del dialogo il più fedelmente possibile. La colonna di destra mira invece a descrivere sinteticamente, e a commentare brevemente, alcuni pensieri che l'analista ha elaborato durante la seduta e in seguito a questa.

La ripartizione del testo in due diverse aree ha lo scopo di distinguere il piano dell'interazione clinico-tecnica da quello della riflessione clinico-teorica, e rimanda alle dimensioni del lavoro clinico che si trovano metaforizzate negli scritti del gruppo pavese con le celebri analogie culinarie proposte da Ferro. Le aree concettuali che occorre tenere distinte per poterle meglio integrare (facendole cioè interagire liberamente, senza costrizioni concettuali troppo vincolanti) sono da un lato la “cucina” della riflessione teorica e tecnica dell'analista, e dall'altro il “ristorante” in cui si utilizzano/verificano gli interventi e le interpretazioni che sono state cucinate altrove. <sup>13</sup>

*Francesca è appena tornata dalle vacanze estive, che si sono protratte più del dovuto, interferendo con la ripresa del lavoro analitico. Sta bene e la crisi coniugale si è ormai risolta da tempo. Ha avuto un altro figlio che è stato a lungo atteso e fortemente desiderato sia da lei che dal marito. Finito il periodo di congedo per la maternità, si sta organizzando per ricominciare a lavorare. I preparativi per la ripresa delle attività professionali la assorbono molto e accelerano la sua riflessione sulla conclusione dell'analisi.*

*Siamo alla seconda seduta della settimana che fa seguito all'interruzione estiva del quinto anno di analisi.*

La paziente inizia lamentandosi di Carlo. Dice che il marito è incapace di accettare il fatto che i suoi genitori non sono disponibili a prendersi cura dell'ultimo nato come hanno fatto con gli altri figli. Dopo una lunga descrizione del dispiacere che provocano in lei gli attacchi di Carlo alla sua famiglia, Francesca sposta il discorso su un altro tema. Anche qui, però, il problema è analogo. Il marito è troppo sospettoso. Immagina che alcuni loro amici siano stati scorretti nei suoi confronti e che non lo

La seduta del giorno precedente è stata difficile. Francesca sembrava non aver voglia di ricominciare ed è rimasta a lungo in silenzio. Ha fatto un calcolo del tempo occupato dall'analisi che include anche il viaggio. Sono undici preziose ore della sua settimana che potrebbero essere diversamente utilizzate...

Parla dei problemi con il marito, ma il discorso riguarda anche altro: la sua situazione emotiva complessiva e i suoi affetti oggi più urgenti.

“Dipendenza” è una parola tecnica che condensa molti temi elaborati durante il lavoro anali-

tengano abbastanza in considerazione. Il risentimento di Carlo la costringe a far fronte a inutili disagi e rende necessario affrontare continue mediazioni.

– Quello che più mi scoccia – dice, – è dover sempre dipendere da lui –.

A: – Penso che questo sia un punto davvero importante. Sembra però che lei non voglia riconoscere un aspetto decisivo: il problema di cui parla non è proprio così come le appare...–.

F: – E cioè? –.

A: – Beh, se Carlo vede dell'ostilità dove secondo lei non ce n'è affatto, quello che le tocca fare, per rimediare, è un faticoso lavoro di mediazione familiare. In questo caso, dunque, è Carlo che dipende da lei. (pausa) Carlo ha bisogno che lei costruisca una rappresentazione più realistica dei problemi familiari che dovete affrontare. –.

A questo punto, si avvia un ciclo discorsivo in cui Francesca chiede di essere aiutata ad affrontare i problemi che Carlo mostra di avere nelle relazioni

tico. Rimanda alla storia della sua relazione con i genitori e anche a quella del suo rapporto col marito e con l'analista. Il processo che qui si ripete, è stato esaminato molte volte: la paziente parte con un'intuizione (la dipendenza è riconosciuta esplicitamente), ma prosegue con una negazione e uno spostamento (– non dipendo dall'analisi e dall'analista: dipendo troppo da mio marito –).

Nell'ascolto dell'analista, il discorso dell'analizzanda appare organizzato a due diversi livelli. Da un lato c'è il tema di cui parla, ossia la realtà della sua relazione con il marito nell'esperienza attuale. Poi però c'è anche un'interessante apporto autoanalitico: una descrizione chiara, anche se inconsapevole, delle sue emozioni in rapporto alla relazione con l'analista. È un'intuizione preziosa. Invece di rivolgere subito la sua attenzione al secondo tema, l'analista sceglie di rimanere in sintonia con l'esperienza di cui la paziente sta parlando, cercando di facilitare lo sviluppo di ulteriori nessi associativi.

famigliari e sociali. L'analista le fa osservare che lei sa benissimo come far fronte a queste difficoltà, solo che quando riflette fra sé e sé non riesce a vedere il problema nei termini con cui lo affronta quando è in analisi.

F: – Sì, questa cosa è vera. Non sempre riesco a vedere le cose chiaramente quando sono sola. (pausa) Mi sento così confusa e disorientata... –.

A: – Non mi pare proprio che lei sia disorientata. Credo anzi che abbia individuato con chiarezza uno dei problemi che sono per lei più importanti in questo momento. Se la dipendenza fosse una malattia, potremmo dire che lei è convalescente. –.

F: – Con Carlo è così, in effetti... Una volta mi sentivo terribilmente oppressa da lui. Ma oggi, le cose sono molto cambiate. Sono più libera e posso vedere il mondo diversamente. Ha ragione lei, quindi. In effetti,

Il discorso della coppia analitica sembra fondarsi, a questo punto, su un esame delle contraddizioni logiche più evidenti nel discorso della paziente. Perché lamentarsi della dipendenza da Carlo, quando sembra piuttosto vero il contrario? Perché chiedere un aiuto concreto, quando sa benissimo che cosa fare?

La paziente accetta di considerare il suo discorso da un altro punto di vista. La prima reazione è la sorpresa, lo sconcerto, la confusione.

L'analista suggerisce alla paziente di considerare più rispettosamente la ricchezza del suo discorso e di far uso delle idee in esso contenute da una diversa prospettiva.

adesso dipendo molto meno da lui... –.

Silenzio.

A: – Cosa sta pensando? –

F: – Al fatto che mi fa arrabbiare che a lei le cose che mi capitano sembrano così ovvie! –.

A: – Intendiamoci bene su questo punto. È chiaro che per me è relativamente chiaro ciò che le capita, solo perché sono il suo analista. Ci sono cose di noi stessi che diventano comprensibili solo se si considerano da un punto di vista esterno. È chiaro che per l'interessato il problema non può essere tanto chiaro... –

F: – (ridendo) Beh, questo mi consola! –.

Rimane a lungo in silenzio e poi riprende a parlare.

F: – Sto pensando... (pausa). Sì, mi viene in mente che... mah, è una sensazione che avevo chiara al momento di cominciare l'analisi... Quando pensavo all'impegno di venire qui da lei regolarmente, ad orari prestabiliti... mi sentivo oppressa. Era come quando dovevo andare a scuola, alle elementari... –.

Si interrompe e tace.

A: –Vada avanti. –.

F: – Mi sembrava assurdo che la vita fosse proprio così. Certo mia madre era un insegnante, e

La paziente accetta l'indicazione, ma subito dopo ha una reazione invidiosa e sembra pronta ribellarsi.

L'analista ha un moto di simpatia per la paziente. Sa che il gioco comunicativo reso possibile dal *setting* lo facilita, e prova ammirazione per le capacità analitiche di cui la paziente dà spesso prova. Inoltre, ritiene utile evitare l'idealizzazione nei suoi confronti e cerca dunque di dinamizzare il discorso con un'ironica operazione di *understatement*.

Ricomincia il flusso associativo della paziente ed emerge un ricordo che non è nuovo. Ricomparso a questo punto del lavoro, esso aiuta a dar senso alla situazione complessiva.

Il ricordo si fa emotivamente pregnante e il flusso delle associazioni verbalizzate tende a interrompersi nuovamente.

L'analista evita di intervenire con un'interpretazione e incoraggia una prosecuzione spontanea del discorso della paziente.

questo ovviamente conta... Anch'io ho finito per fare l'insegnante, peraltro. –

Ancora un'interruzione; questa volta, però, protratta e tenace.

A: – Si ricorda la fine della la seduta di ieri? –

F: – Vagamente. –

A: – È finita con una domanda. Le ho chiesto se si sentiva pronta a fare a meno dell'analisi –.

F: – Sì mi ricordo. –

A: – Dal mio punto di vista, è come se il suo discorso di oggi fosse una prosecuzione della seduta di ieri, e rispondesse alla domanda sul poter fare a meno dell'analisi. Le cose che ora sta dicendo costituiscono, di fatto, una buona interpretazione. Lei ricorda la fatica e le riserve con le quali ha iniziato l'analisi. Se considera l'inizio della seduta di oggi, però, è chiaro che l'insofferenza nei confronti dell'analisi deriva appunto dalla dipendenza. Se non dipendesse da me, lei avrebbe altre undici preziose ore della sua settimana da dedicare alla sua famiglia. –

Dato che la paziente tace, l'analista riprende.

A: – Solo che questa è una relazione in cui sarebbe meglio che lei riuscisse a rendersi indipendente senza fughe e roture.

Cercando di immaginare quello che sta succedendo, l'analista all'improvviso si ricorda della seduta del giorno prima. Si tratta, questa volta, delle libere associazioni del terapeuta.

Dato che la paziente ha trovato la strada per fare per conto proprio una sorta d'interpretazione di transfert, l'analista riprende il nesso associativo emerso spontaneamente e lo valorizza. Il *link* messo in evidenza è con il materiale dell'inizio e della fine della seduta: la lamentata dipendenza nei confronti del marito e la riluttanza ad iniziare l'analisi.

L'intervento mira a perseguire due scopi. Innanzitutto, si tratta di riconoscere la comprensibilità e la legittimità dell'insofferenza della paziente nei confronti del legame con l'analista. In secondo luogo, l'analista vuole evidenziare una tendenza alla ripetizione delle attitudini oppostive e favorire un'elaborazione delle posizioni contro-dipendenti.

Sarebbe meglio, cioè, che riuscisse a emanciparsi diversamente da come ha cercato di affrancarsi dall'autorità dei suoi genitori. –

*Processi di micro e di macro-validazione clinica*

Come proposto nel precedente paragrafo, l'ipotesi di questo lavoro è che i processi di validazione e falsificazione dell'intervento dell'analista siano correlabili ai problemi posti dall'elaborazione e dall'utilizzazione di quell'abduzione *sui generis* che sono le inferenze cliniche.<sup>14</sup>

Durante la seduta, si tratta di creare le condizioni per osservare se le ipotesi proposte al paziente dinamizzano il materiale clinico, facilitando l'emergere di nuovi pensieri, oppure se sono poco fruttuose e ostacolano lo sviluppo del processo interattivo della coppia analitica. Quando le microtrasformazioni che si osservano nelle singole sedute si sono accresciute divenendo poco per volta una massa critica, si determinano cambiamenti emotivi e cognitivi tali da costituire di per sé una validazione del lavoro clinico. A quel punto, la riorganizzazione dell'intero processo interattivo può essere studiata utilizzando i criteri tradizionali di verifica d'efficacia: la risposta del paziente alle interpretazioni dell'analista e la consistenza obiettiva dei processi di ri-soggettivazione (cioè gli esiti del processo di cura percepiti dal soggetto e dai suoi congiunti).

Ma da dove originano le ipotesi, gli interventi e le interpretazioni dell'analista?

In una pagina scritta da Bion nell'estate del 1959 e che si può leggere in *Cogitations* (si tratta di un brano che illustra una fase cruciale dello sviluppo del suo pensiero: il passaggio dal periodo dedicato allo studio delle psicosi alla grande fioritura della sua riflessione epistemologica), troviamo un brano che può esser molto utile per immaginare una risposta a questa domanda.

«È molto importante – scrive l'Autore di *Apprendere dall'esperienza* –<sup>15</sup> che l'analista sappia non che cosa sta realmente accadendo, ma che egli pensa che stia succedendo qualcosa».<sup>16</sup> Quando os-

serva un fenomeno che gli appare inizialmente estraneo e sostanzialmente diverso rispetto al proprio pensiero, l'analista non può sapere che cosa sta in effetti accadendo nella realtà psichica di quell'altro che è fuori di lui. Quello che accade, è "solo" che egli pensa che stia accadendo qualcosa e deve servirsi di questo pensiero per procedere clinicamente.

«Questa è l'unica certezza che l'analista può pretendere di avere», scrive Bion: la convinzione che dentro di lui, partecipando al processo di cui co-determina lo sviluppo, si è affermata un'idea che gli pare convincente.

La materia empirica su cui si fonda l'attività clinica, è l'insieme dei fenomeni inter-soggettivi e inter-psichici che definiamo processo psicoanalitico. Se l'analista non avesse una tal base d'appoggio, semplicemente non potrebbe lavorare (un'interpretazione può funzionare solo se si applica a qualcosa di abbastanza determinato: se è un'interpretazione di qualcosa).

I fatti che si osservano nella stanza d'analisi, sono dunque fenomeni che avvengono sia dentro l'apparato psichico dei soggetti che interagiscono fra loro, sia in un campo interpsichico che costituisce il terzo soggetto a cui la coppia analitica sta dando vita. L'analista coinvolto nel processo clinico, può solo supporre che stia succedendo qualcosa fuori di lui, ma non può esser certo che il fenomeno "osservato" (in realtà un complesso intrico di impressioni interne ed esterne, basate sull'ascolto insieme di sé e dell'altro) sia qualcosa di diverso da un suo pensiero, forse unilaterale e sempre a rischio d'essere del tutto arbitrario.

In questa prospettiva, la tematica dell'inferenza clinica è definita da Bion con una frase di una straordinaria efficacia: «l'analista dovrebbe poter dire a se stesso: "Mi rendo perfettamente conto che il mio punto di vista potrebbe essere del tutto erroneo, ma so di essere comunque certo che *questo* è il mio punto di vista"». <sup>17</sup>

Nel materiale clinico riportato nel paragrafo precedente, le idee che costituiscono il punto di vista del terapeuta sono sostanzialmente due e possono essere sintetizzate con altrettante parole: dipendenza e invidia.

La prima abduzione è basata sia su ciò che la paziente dice nel corso della seduta, sia su una teoria cui l'analista ritiene di dover ac-

cordare credito e che potrebbe essere riassunta come segue. Mentre parla del marito (un personaggio che esiste certamente, altrove-e-ora), la paziente sta parlando anche di un fenomeno che riguarda la situazione analitica (la relazione che accade qui-e-ora). Solo che non lo fa direttamente, perché per il momento può farlo solo proiettando il suo problema su un personaggio che fa parte del suo sé (costituisce un fattore significativo del suo sistema di riferimento emotivo) ma che è diverso da sé. Il personaggio del discorso della paziente è il marito, mentre il problema emotivo proiettato è la dipendenza.

Di solito, il pensiero che l'analista suppone pertinente ma che potrebbe essere un'idea sopravvalutata o un teorema malposto, non viene immediatamente utilizzato per costruire un'interpretazione. Il processo di costruzione dell'intervento analitico richiede infatti un lavoro di elaborazione preconsa che di solito è piuttosto lungo (Dana Birksted-Breen ha proposto di definire questa pausa necessaria per l'elaborazione dell'abduzione, *reverberation time*: tempo di riverbero).<sup>18</sup>

Nel materiale clinico descritto, ciò è particolarmente chiaro nel caso della seconda abduzione: il pensiero riguardante l'invidia delle competenze analitiche, ch'è all'origine di un intervento clinico assai diverso da un'interpretazione.

Nonostante la prudenza con la quale l'analista ha proposto la sua ipotesi (evitando scrupolosamente di fare un'interpretazione di transfert), la paziente reagisce con una manifestazione rabbiosa che tuttavia riconosce, a posteriori, e verbalizza. La irrita, dice, che certi aspetti della sua vita psichica possano venir compresi dall'analista meglio che da lei stessa. Questo rilievo è tanto più disturbante, per lei, in quanto l'analisi volge al termine e la paziente vorrebbe sapersi più autonoma e sentirsi più indipendente.

Nella dimensione dell'elaborazione soggettiva dell'analista, l'ipotesi della reazione invidiosa viene utilizzata per immaginare quale potrebbe essere l'intervento utile per cercare di ovviare al problema che si è posto. La scelta tecnica che attua va nella direzione di una dimostrazione di comprensione anziché in quella di un'interpretazione del fenomeno inconscio che si suppone determinante. Invece di indagare le determinanti aggressive del movimento emotivo della paziente, l'analista formula un commento generale (abbiamo sempre bisogno degli altri per comprendere noi stessi) che è anche un'osser-

vazione sulle difficoltà che devono essere considerate alla fine dell'analisi (ci sono cose di noi stessi che possono essere capite solo se assumiamo un punto di vista esterno).

In questo quadro, analista e analizzando sono una coppia di soggetti che se la cavano come possono nel far fronte ai processi in cui sono coinvolti, facendo esperienza di quel terzo soggetto intermedio a cui ha dato vita la loro interazione e in cui si manifestano gli effetti del funzionamento inconscio di entrambi i poli della coppia.

Nel caso descritto, è a questo punto che si verificano i fatti clinici inattesi a cui possiamo attribuire valore di riscontro della validità delle ipotesi di lavoro.

Riprende e si arricchisce l'attività associativa della paziente, che rievoca le difficoltà emotive affrontate al momento di iniziare l'analisi. Parallelamente, l'analista all'improvviso ricorda la seduta del giorno prima e può finalmente riconsiderare il dialogo in corso immaginandolo come una risposta ai quesiti che caratterizzano questa fase del lavoro.

La paziente si sente pronta a fare a meno dell'analisi?

Può affrancarsi dalla tutela dell'analista e pensare di potersi prendere cura di se stessa?

L'interpretazione dell'analista è una riformulazione di pensieri che erano già presenti nell'interpretazione formulata inconsapevolmente dalla paziente stessa. Giunta alla fine dell'analisi, la coppia analista/analizzando può procedere scambiandosi più liberamente i pensieri: ricercando, insieme, le idee che possono rendere più vitale la dinamica contenitore/contenuto.

### *Considerazioni conclusive*

Per concludere, riassumerò il punto di vista che ho cercato di sviluppare ricorrendo a un breve racconto che ricavo da una grande narrazione cinematografica. Nella prima parte de *Il cielo sopra Berlino* (Germania, 1987), lo spettatore si trova confrontato con un dialogo straordinariamente pregnante fra due curiosi soggetti (gli alter-ego degli Autori della sceneggiatura, immagino: Wim Wenders e Peter Handke).

I personaggi che stanno discorrendo sono due angeli, Damiel e Cassiel, e il loro dialogo somiglia a una di quelle riunioni di *debriefing* informale che avvengono in qualsiasi istituzione. A metà mattina, quando sarebbe il momento della pausa per il caffè, i due si siedono nella BMW *cabriolet* di un salone automobilistico e chiacchierano. Non visti eppure a loro modo molto presenti, discutono esperienze che potrebbero dar luogo a discorsi estremamente interessanti, perché gli angeli possono osservare gli esseri umani da vicino e ascoltarne il monologo interiore (*Gedankenstimme*, dice elegantemente la sceneggiatura: la voce-del-pensiero). All'inizio del dialogo, il loro discorso è però banalmente aneddotico e puramente fattuale: una descrizione di osservazioni e ricordi piuttosto insignificanti.

Ma ecco che qualcosa succede.

Uno dei due personaggi è in crisi e non comprende più i suoi compiti. Si è convinto che la relazione che gli angeli hanno sempre intrattenuto con gli uomini, sia troppo superficiale (si tratta, dice, di una relazione che si è troppo spesso sviluppata «zum Schein», ossia solo in apparenza). Dopo aver preso parte alla descrizione di molti piccoli episodi remoti e recenti che ingombrano vanamente la sua memoria, l'angelo in crisi cambia improvvisamente discorso e afferma che le sue esperienze sono state, in fondo, sempre troppo influenzate da un bisogno di certezze. Damiel è stanco di «fluttuare così, in eterno» («ewig drüberschweben») e vorrebbe sentire un peso dentro di sé («ein Gewicht an mir spüren») che gli levi l'impressione d'infinito («das die Grenzenlosigkeit an mir aufhebt») e lo faccia sentire finalmente legato alla terra («und mich erdfest macht»).

La frase che m'interessa sottolineare, si trova a questo punto del dialogo e la intendo come un commento che potrebbe venire da un paziente risentito, ma cooperativo, oppure da un buon supervisore in vena di energiche esortazioni.

«*Supporre magari, invece di sapere sempre tutto. Poter dire "Accidenti" e "Oh" e "Ahi", invece di dire sempre "Sì e amen"» («Endlich ahnen, statt immer alles zu wissen. "Ach" und "Oh" und "Ah" und "Weh" sagen können, statt immer "Ja und amen"»).*<sup>19</sup>

Ed ecco la conclusione del mio contributo.

Per sperare di poter fare dei buoni raccolti, occorre saper accettare di riconoscere che nel dialogo clinico ciò che facciamo non è al-

tro che supporre. Occorre evitare di rassicurarsi dicendo cose che sono equivalenti a un “amen” (avverbio ebraico che significa “in verità” e/o “certamente”), avendo il coraggio di limitarsi a fare ciò che Wenders e Handke chiamano *abnen* (i vocabolari suggeriscono che il verbo si possa tradurre con “supporre”, oppure “presentire, prevedere, indovinare: ipotizzare”).

Supporre dunque senza diventare supponenti: ecco il problema.

### Note

- <sup>1</sup> Lettera a S. Ferenczi del 31 luglio 1915 in S. Freud, S. Ferenczi, *Lettere* (1914-1919), Cortina, Milano 1998.
- <sup>2</sup> Cfr. S. Bolognini, *Passaggi segreti. Teoria e tecnica della relazione interspichica*, Boringhieri, Torino 2008; A. Ferro, *Tormenti d'anime. Passioni, sintomi, sogni*, Cortina, Milano 2010; E.S. Person, A.M. Cooper, G.O. Gabbard, *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca* (2005), trad. it. Cortina, Milano 2006.
- <sup>3</sup> Cfr. C. Bollas, *Il momento freudiano* (2007), trad. it. Astrolabio, Roma, 2008; G. Foresti, *Freud's writing in the twenties. Theory construction and clinical research in Hemmung, Symptom und Angst*, in corso di pubblicazione.
- <sup>4</sup> Cfr. W.R. Bion, *A psychoanalytic theory of thinking*, «International journal of psychoanalysis», Vol. XLIII, 1962; A. Ferro, *Tormenti d'anime. Passioni, sintomi, sogni*, Cortina, Milano 2010.
- <sup>5</sup> Cfr. J. Sandler, *On communication from patient to analyst: not everything is projective identification*, «International journal of psychoanalysis», 1993, Vol. LXXIV, pp. 1097-1107; R.S. Wallerstein, *One psychoanalysis or many*, «International journal of psychoanalysis». Vol. LXIX, pp. 5-21, 1988; R.S. Wallerstein, *Psychoanalysis: The common ground*, «International journal of psychoanalysis», Vol. LXXI, pp. 3-20, 1990.
- <sup>6</sup> Cfr. J. Canestri, *Psychoanalysis. From practice to theory*, John Wiley & Sons, Chichester 2006; G. Foresti, *Playing with undisciplined realities. Osservazioni sull'esperienza dei gruppi clinico-teorici della FEP*, «Rivista di Psicoanalisi», 2005, Vol. IV, pp. 1089-1115, G. Foresti, *Al di là del labirinto post-moderno. Pluralismo teorico e logiche di ricerca nella tradizione psicoanalitica latino-americana*, «Rivista di Psicoanalisi», 2007, Vol. I, pp. 137-160; D. Tuckett, R. Basile, D. Birsted-Breen, T. Böhm, P. Denis, A. Ferro, H. Hinz, A. Jemstedt, P. Mariotti, J. Schubert, *I modelli della psicoanalisi. Un metodo per descrivere e confrontare gli approcci psicoanalitici* (2007), trad. it. Astrolabio, Roma 2008.

- <sup>7</sup> C.S. Peirce, *Guessing: inferenza e azione* (1929), in *Opere*, trad. it. Bompiani, Milano 2003, p. 995 e ss.
- <sup>8</sup> Nell'introduzione a *Il segno dei tre: Holmes, Dupin, Peirce* (U. Eco, T. Sebeok, *Il segno dei tre: Holmes, Dupin, Peirce*, Bompiani, Milano 1983), Thomas A. Sebeok scrive: «*Esperable uberty* dice Peirce in inglese, là dove un'intuizione etimologica ci suggerisce che "esperable" – che non si trova nei dizionari inglesi – è un neologismo probabilmente coniato da Peirce stesso, con un suono familiare al lettore italiano. Quanto a "uberty", il termine è attestato per la prima volta nel 1412 in un'oscura opera del Monk of Bury, *Two merchants* di John Lydgate. Anche qui il lettore italiano coglie immediatamente, in "uberty", un trasparente equivalente» (ivi, p. 17). Nei paragrafi successivi, cercherò di esplicitare quali siano gli aspetti concettuali e metodologici che avvicinano l'ipotesi dell'abduzione alla proposta di ripensamento del lavoro clinico che si è affermata a partire dalla riflessione di Wilfred Bion.
- <sup>9</sup> C.S. Peirce cit. in Sebeok, op. cit., p. 18.
- <sup>10</sup> W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza* (1962), trad. it. Armando, Roma 1996.
- <sup>11</sup> Cfr. A. Ferro, G. Foresti, "Objects" and "Characters" in *Psychoanalytical Text/Dialogues*, «International forum of psychoanalysis», 2008, Vol. XVII, pp. 71-81.
- <sup>12</sup> Ch. Bollas, *La domanda infinita. Tre casi clinici* (2009), trad. it. Astrolabio, Roma 2009.
- <sup>13</sup> A. Ferro, G. Civitarese, M. Collovà, G. Foresti, F. Mazzacane, E. Molinari, P. Politi, *Sognare l'analisi. Sviluppi clinici del pensiero di Wilfred Bion*, Borinighieri, Torino 2007; A. Ferro, G. Civitarese, M. Collovà, G. Foresti, F. Mazzacane, E. Molinari, P. Politi, *Psicoanalisi in giallo. L'analista come detective*, Cortina, Milano 2011.
- <sup>14</sup> G. Giaconia, G. Pellizzari, P. Rossi, *Nuovi fondamenti per la pratica psicoanalitica*, Borla, Roma 1997.
- <sup>15</sup> W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza* (1962), cit.
- <sup>16</sup> Ivi, p. 88.
- <sup>17</sup> *Ibidem*; corsivo dell'autore; trad. mia.
- <sup>18</sup> D. Birksted-Breen, *Il tempo e l'après-coup* (2005), «L'Annata Psicoanalitica Internazionale», 2008, Vol. I, pp. 13-28.
- <sup>19</sup> W. Wenders, P. Handke *Der Himmel über Berlin. Ein Filmbuch von Wim Wenders und Peter Handke*, Surkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1987. p. 21, corsivo mio.