

**Wilma Bucci<sup>1</sup>**

Ricerca Psicoanalitica, 2009, Anno XX, n.3, pp. 397-422.

## **QUATTRO SFERE ESPERIENZIALI NEL DISCORSO TERAPEUTICO**

### **SOMMARIO**

Per tradizione, la ricerca psicoanalitica si è basata sull'osservazione clinica, improntata al metodo analitico e registrata in resoconti narrativi. Questa impostazione ha però impedito di cogliere appieno l'eccezionale potenziale del metodo psicoanalitico quale fonte di dati riguardanti l'esperienza psichica e l'interazione umana.

Il metodo tradizionale è sprovvisto di un mezzo che consenta di verificare l'osservazione e di esaminare sistematicamente il quadro teorico entro cui si effettuano le osservazioni. Il duplice ruolo assolto tradizionalmente dall'analista in veste di partecipante e di "strumento osservatore" non fornisce informazioni sull'esperienza non osservata e/o non formulata dei due partecipanti e produce sulla terapia effetti non riconosciuti.

Sono stati sviluppati nuovi progetti multiprospettiva di ricerca sul processo, i quali inglobano l'esperienza soggettiva dell'analista e la valutazione da parte di soggetti non partecipanti, offrendo una valutazione sia qualitativa che quantitativa. Questi progetti consentono di accedere per deduzione all'esperienza interiore di entrambi i partecipanti e offrono una base per procedere all'uso incrociato predittivo del campione (*cross validation*). Il convergere e il divergere delle molteplici prospettive aprono potenzialmente nuovi interrogativi sui fattori che agiscono su entrambi i partecipanti e offrono un *feedback* per consentire la revisione del quadro teorico. Si propone un confronto degli aspetti epistemologici e professionali/clinici del resoconto narrativo e dei nuovi progetti multiprospettiva.

### **SUMMARY**

#### **Four experiential domains in the therapeutic field**

Clinical observation, based on the psychoanalytic method, and recorded in case reports has been the traditional mode of psychoanalytic research. The unique potential of the psychoanalytic method as a source of data concerning psychic experience and human interaction has not been adequately realized using this approach.

The traditional method lacks a means for verification of observation and for systematic examination of the theoretical framework within which observations are made. The analyst's traditional dual role as participant and 'observing instrument' does not provide an account of the unobserved and/or unformulated experience of the two participants, and has unacknowledged effects on the treatment.

New multi-perspective process research designs have been developed that incorporate the subjective experience of the analyst and assessment by nonparticipants including both qualitative and quantitative evaluation; the designs enable inference to the inner experience of both participants and provide a basis for cross-validation. Convergence and divergence of the multiple perspectives potentially open new questions concerning factors affecting both participants, and feed back to enable revision of the theoretical

---

<sup>1</sup> Wilma Bucci è professore al *Derner Institute*, Adelphi University, *Co-director of Research Psychoanalytic Society and Institute* N. Y.; Editorial Boards: *Critical Issues in Psychoanalysis*; *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*; *Psychoanalytic Psychology*; *Psychoanalytic Inquiry*; *Clinical Neuropsychiatry*. Email: [wbucci@adelphi.edu](mailto:wbucci@adelphi.edu).

frame. Epistemological and professional/clinical aspects of the case report and new multi-perspective designs are compared.

-----

La disciplina della psicoanalisi si è costruita essenzialmente sulle fondamenta del metodo psicoanalitico sviluppato da Freud, in cui il clinico riveste il ruolo di ricercatore, lo studio funge da laboratorio e il resoconto narrativo (*case report*) fornisce la base di conoscenza del settore. Per Freud, questo metodo di indagare la sfera psichica era praticamente equivalente al modo in cui il fisico usa la sperimentazione per verificare ipotesi sul mondo fisico. Noi facciamo le nostre osservazioni attraverso l'apparato percettivo, avvalendoci proprio delle interruzioni presenti nella sequenza di eventi "psichici": inseriamo ciò che viene omesso, facendo deduzioni plausibili e traducendo il tutto in materiale conscio. Arriviamo così a costruire, per così dire, una sequenza di eventi consci complementari rispetto ai processi psichici inconsci. La certezza relativa della nostra scienza psichica si basa sulla forza vincolante di queste deduzioni. Chiunque si addentri nel nostro lavoro riscontrerà che la nostra tecnica è a prova di critica (Freud, 1940 [1938], p. 159).

L'osservazione clinica, basata sul metodo psicoanalitico e registrata nei resoconti narrativi, è tuttora considerata il percorso privilegiato a fini di ricerca. Afferma Perron: "La ricerca clinica segue il modello tradizionale dei casi clinici in medicina; fu usata da Freud per creare e sviluppare la psicoanalisi e molti ritengono che sia tuttora imprescindibile. (...) Seguendo questa impostazione, in base a una profonda esperienza clinica e riflessione, Freud illustrò e definì con maggiore precisione il suo modello di nevrosi ossessiva, il suo modello di paranoia, ecc.. Successivamente, proponendo nuovi modelli, la psicoanalisi ha proceduto nello stesso modo e non vi è motivo di abbandonare questa impostazione" (Perron, 2002, p. 4).

Sfortunatamente, il metodo psicoanalitico non è riuscito a dispiegare completamente il proprio potenziale nel fornire dati affidabili sui processi psichici. Negli ultimi decenni, sono stati via via descritti problemi scientifici connessi al ruolo di ricercatore del clinico e al resoconto narrativo come fonte di conoscenza. In generale, non si crede più alla "forza vincolante" delle deduzioni effettuate attraverso il metodo psicoanalitico; questa impostazione non ha dimostrato di "essere a prova di critica". Le solide basi della nostra "scienza psichica" rivendicate da Freud non sono affatto riconosciute al di fuori della clinica psicoanalitica.

È emerso però un ambito di ricerca empirica sul processo che risponde a questi problemi; si tratta di un'impostazione che fa largo uso di parametri obiettivi di misura applicati a registrazioni o trascrizioni letterali delle sedute terapeutiche e che consente quindi la *cross validation* delle osservazioni, nonché la separazione tra i ruoli di ricerca e i ruoli terapeutici. Tuttavia, in genere i clinici hanno rifiutato questa impostazione empirica, scavando così il profondo fossato che oggi separa la ricerca dalla clinica.

Questa posizione viene espressa in maniera eloquente (e spesso) da Andre Green: "(...) l'analista può contare non solo su ciò che riesce a dedurre dall'inconscio del paziente, ma anche dal suo inconscio in relazione con quello del paziente. Dunque è ormai chiaro che la ricerca quantitativa è ben lungi dall'essere adeguata per indagare l'inconscio psichico. Ciò non implica che la ricerca quantitativa debba essere abbandonata, in materia di psicoanalisi, ma solo che è marginale e di scarso significato, poiché il nucleo centrale della ricerca si incentra sull'inconscio. D'altro canto, si può affermare che solo l'esperienza analitica, e in particolare la seduta analitica (Green et al., 1997), sia la condizione indispensabile per lo studio dell'inconscio" (Green, 2003, p. 36).

L'adesione alla forma tradizionale di resoconto narrativo e il rifiuto della ricerca sul processo da parte dei clinici si basano su due ordini di idee e di ipotesi:

- a) ipotesi epistemologiche in merito alla natura intrinsecamente soggettiva dei "fatti" psicoanalitici;
- b) problematiche professionali o etiche inerenti l'impatto della ricerca sul lavoro clinico.

Desidero qui esaminare brevemente entrambi questi ordini di argomentazioni. Alcuni aspetti di queste problematiche vengono discussi in maniera più approfondita da Bucci (2004b).

### **Caratteristiche epistemologiche della situazione psicoanalitica**

Secondo numerosi autori odierni, i “fatti” del processo psicoanalitico risiedono nell’esperienza soggettiva dei partecipanti ed è intrinsecamente impossibile rappresentarli mediante parametri obiettivi (Green, 2003; Perron, 2002; Ricouer, 1970; Tuckett, 2000; Videman, 1979). Soltanto il resoconto narrativo, redatto da uno dei partecipanti, è in grado di presentare tali fatti.

Nell’esaminare la “questione fondamentale di che cosa siano realmente i dati in psicoanalisi”, Tuckett afferma: “A questo riguardo, penso sia ineludibile ritenere che lo strumento osservatore sia la soggettività dell’analista e che il contesto di tale soggettività sia il *setting* specifico della seduta di cinquanta minuti. Questa posizione mi ha condotto a sostenere (Tuckett, 1994) che «entro la focalizzazione fornita dall’orientamento di fondo all’osservazione e all’ascolto dell’analista, (...) se si intraprende una psicoanalisi, *le occorrenze notate dall’analista nella seduta*, purché comprese nel quadro dell’attenzione fluttuante e della libera associazione, costituiscono *i cosiddetti dati analitici*» (pp. 1160-1161)” (corsivo di Tuckett, 2000, p. 406).

Contrariamente ad alcuni analisti che pongono l’accento sulla centralità della soggettività dell’analista, Tuckett non è contrario alla registrazione delle sedute; sostiene infatti: “Potrebbe anche essere interessante usarla per verificare ciò che viene notato e ciò che non lo è e per esplorare ciò che l’analista ha da dire a riguardo. Tuttavia, l’essenza della psicoanalisi è che l’analista, in quanto essere umano ricettivo che capisce all’interno di un campo comunicativo, coglie i dati, inconsciamente (e consciamente), entro una cornice di significati. Per ottenere dati fondamentali, si rende dunque necessaria una relazione soggettiva, anziché una trascrizione “obiettiva” (Tuckett, 2000, p. 407).

È certamente vero che l’essenza della psicoanalisi è costituita dallo sviluppo del significato da parte degli esseri umani entro un campo comunicativo e anche che il nucleo centrale della ricerca deve riguardare eventi mentali ed emotivi collocati al di fuori della consapevolezza. La natura della sfera esperienziale in psicoanalisi è però più complessa di quanto rappresentato dalle posizioni degli autori appena ricordati; si deve dunque riconoscere che, in questo contesto, operano quattro sfere di esperienza soggettiva.

1. *L’esperienza “conscia” (accessibile) dell’analista.* Si fa riferimento ai contenuti dell’esperienza dell’analista cui egli stesso accede e che possono essere formulati ed espressi. Sul piano psicoanalitico teorico, questi contenuti verrebbero definiti consci o preconschi. Nell’ottica della scienza cognitiva, questo materiale è stato denominato variamente, per esempio *esplicito* (Schacter, 1996), *dichiarativo* (Squire, 1992) o *simbolico*, comprendendo immagini non verbali e forme verbali, come da me già descritto (Bucci, 1997; 2003). Questi contenuti possono comprendere le osservazioni dell’analista del linguaggio e del comportamento del paziente durante la seduta e possono anche includere il resoconto che l’analista fa delle proprie reazioni emotive ed intuitive nei confronti del paziente, nonché delle associazioni basate su di queste.

2. *L’esperienza “inconscia” (subsimbolica, non formulata, dissociata) dell’analista.* Vi è anche una sfera dell’esperienza dell’analista cui egli *non accede e che non riesce ad essere formulata*. In ambito psicoanalitico, questa verrebbe definita inconscia, mentre la scienza cognitiva la chiamerebbe *implicita* (Schacter, 1996), *non dichiarativa* (Squire, 1992) o *subsimbolica* (Bucci, 1997, 2003). Questi contenuti comprendono le reazioni emotive e le associazioni che sono subsimboliche o non consapevoli, cioè l’esperienza che l’analista può sentire ma non essere in grado di formulare a parole, nonché materiale che è dissociato, tenuto lontano, rimosso - evitato dall’analista, in un’accezione più

dinamica. Questa esperienza potrebbe *influenzare* ciò che è esplicito o che viene formulato, in una varietà di modi, ma che non riesce *di per sé* a essere espresso direttamente.

3. *L'esperienza "conscia" (accessibile) del paziente.* La terza sfera di esperienza soggettiva nella situazione analitica è costituita dall'esperienza esplicita, dichiarativa, simbolica che il paziente fa del proprio Sé, dell'analista e dell'interazione; si tratta di quella sfera esperienziale cui il paziente accede, in parallelo alla sfera conscia o simbolica dell'analista, come ricordato più sopra.

4. *L'esperienza "inconscia" (subsimbolica, non formulata, dissociata) del paziente.* La quarta sfera è costituita dagli aspetti dell'esperienza del paziente che non sono accessibili a quest'ultimo, per una varietà di motivi, e che comprendono la loro rappresentazione in forma subsimbolica o il ruolo che essi svolgono in schemi di emozione che sono stati dissociati. Come indicato in precedenza, parallelamente alla sfera inaccessibile dell'analista, questi contenuti potrebbero comprendere reazioni e associazioni inerenti l'analista, il Sé del paziente e la loro interazione. Per quanto riguarda l'analista, questi contenuti potrebbero influenzare ciò che il paziente dice e agisce, ma essi non vengono formulati ed espressi esplicitamente nelle verbalizzazioni del paziente.

### ***I dati mancanti***

Il metodo clinico di osservazione basato sul resoconto narrativo abbraccia soltanto la prima di queste sfere esperienziali e ciò pone un problema essenziale nell'utilizzo del resoconto narrativo come base di conoscenza. Il metodo comprende uno "strumento osservatore", la soggettività dell'analista, come rilevato esplicitamente da Tuckett (2000); per sua natura, il resoconto narrativo presenta soltanto quella parte di informazioni colte da questo "strumento" che l'analista è in grado di formulare. Questa sfera è di per sé interessante, ma è soltanto un ambito di osservazione. Salvo presumere il pieno accesso da parte dell'analista alle proprie rappresentazioni mentali ed emotive, vi sono necessariamente aspetti significativi dell'esperienza propria dell'analista (subsimbolica, dissociata o rimossa) che non raggiungono lo "strumento osservatore" della soggettività dell'analista in una forma che possa essere registrata in un resoconto narrativo. Questi aspetti esperienziali potrebbero influenzare ciò che viene inserito nel *report*, ma non possono essere rappresentati.

È sorprendente che un campo il cui principale ambito di indagine viene descritto come lo studio dell'inconscio possa accontentarsi di non avere alcun mezzo per accedere a ciò che l'analista non sa (ciò che viene tenuto lontano o che è dissociato) o a ciò che potrebbe sapere, ma soltanto in modo non formulato, subsimbolico o implicito.

È anche sorprendente che un campo che considera che i "fatti" del processo psicoanalitico risiedano nell'esperienza soggettiva dei partecipanti in una sfera comunicativa possa accontentarsi del resoconto dell'esperienza di uno soltanto dei due partecipanti. La voce diretta del paziente è del tutto assente dal resoconto narrativo, così come lo è la narrazione dell'esperienza conscia e accessibile del paziente, nonché della sua esperienza non formulata, dissociata o tenuta lontana. I mezzi per dedurre l'esperienza del paziente sono solo quelli filtrati attraverso l'esperienza dell'analista; il paziente non viene riconosciuto come "strumento osservatore".

Mentre le reazioni dell'analista possono fornire informazioni importanti sull'esperienza interiore del paziente, vi sono alcuni fattori complessi che operano nel filtro esperienziale dell'analista, e che sono a lui sconosciuti, i quali influenzano il modo in cui egli percepisce il paziente e come reagisce nei suoi confronti. Le risposte dell'analista sono determinate necessariamente dalla sua vita passata e presente, nonché da ciò che il paziente fa o mostra; le ipotesi dell'analista in merito al significato delle sue reazioni sono necessariamente aperte agli interrogativi e al dubbio. Questa problematica acquisisce maggiore rilievo man

mano che approfondiamo la nostra comprensione della situazione psicoanalitica in quanto sfera comunicativa.

## **Problematiche professionali e deontologiche**

### ***Gli effetti della registrazione***

La ricerca sul processo psicoanalitico, sviluppatasi di recente, poggia in gran parte su audioregistrazioni di terapie psicoanalitiche; si è spesso ritenuto però che la registrazione interferisca in maniera forte e inaccettabile con l'incontro analitico. In un articolo scritto sulla scorta di un'ampia indagine condotta presso analisti francofoni membri dell'IPA, Perron scrive: "(...) qualsiasi tentativo di sottoporre i dati delle sedute ai criteri delle «scienze dure» e di trattarli con tecniche derivate finisce probabilmente per distruggere l'oggetto stesso della ricerca e potrebbe addirittura non essere accettato come prova dagli scettici. Le registrazioni (audio o video) vanno quindi evitate, non soltanto per motivi etici (per ragioni di riservatezza), ma anche perché una situazione di questo tipo, anche con il consenso esplicito del paziente, disturba fortemente la relazione transferale-controtransferale" (Perron, 2002, pp. 7-8).

In quest'ottica, l'analisi registrata non è più un'analisi; la terapia subisce un danno irreparabile; l'oggetto d'indagine viene fondamentalmente alterato dall'introduzione della ricerca. Molti clinici, anche tra coloro che sono disposti ad accettare la registrazione in via di principio, condividono ancora, esplicitamente o implicitamente, alcuni aspetti di questa posizione.

Tuttavia, negli ultimi decenni, un numero esiguo ma crescente di analisti che hanno effettuato analisi registrate hanno sostenuto che le problematiche sollevate dalla registrazione possono essere gestite in maniera efficace nell'ambito della terapia e che le difficoltà di un'analisi registrata non sono di ordine diverso rispetto ai problemi posti da un'analisi ordinaria (Wallerstein, 2001; Wallerstein e Sampson, 1971; Gill et al., 1968, 1970; Thomä e Kächele, 1975; Szecsy, 2000). Naturalmente, la capacità di gestire la registrazione nella terapia dipenderà dalle procedure impiegate e dall'atteggiamento dell'analista curante. La registrazione come presenza costante, predisposta prima dell'inizio della seduta, diventa parte dello sfondo; è invece più probabile che la registrazione intermittente venga vissuta come qualche cosa di speciale e di intrusivo. È probabile che l'effetto della registrazione risulti prominente tanto per l'analista quanto per il paziente; è possibile gestirne gli effetti quando gli analisti riconoscono i propri atteggiamenti rispetto al dispositivo di registrazione e accettano la potenziale valutazione del loro lavoro da parte di terzi.

Si noti che sono state sollevate obiezioni anche verso la presa d'appunti, dopo e durante la seduta, ritenendo che essa interferisca con il processo terapeutico; alcuni ritengono che queste preoccupazioni siano uno dei motivi per cui sono state pubblicate ben poche casistiche (Michels, 2000; Tuckett, 2000).

È stato anche ampiamente riconosciuto che il supervisore è una "presenza terza" potente nella terapia; tuttavia non si ritiene che ciò precluda l'instaurarsi di un processo analitico. Una differenza rilevante tra la registrazione a fini di ricerca e l'intrusione dovuta alla presa d'appunti e alla supervisione è data dal fatto che le procedure di ricerca impongono che la registrazione venga discussa esplicitamente come problematica nell'analisi, mentre gli effetti della presa d'appunti e della supervisione, in alcuni casi, potrebbero anche non venire esaminati e non essere affrontati dall'analista o dal paziente.

### ***Effetti generali di una prospettiva di ricerca sul lavoro clinico***

Di per sé, la forma tradizionale del resoconto clinico non è esente dalle problematiche generali insite in una prospettiva di ricerca laddove questa influisce su ciò che viene osservato. In una serie di interviste con 30 analisti americani, autori di articoli pubblicati che comprendevano illustrazioni cliniche, Kantrowitz (2004 a,b) evidenzia che, nell'intenzione dell'analista di scrivere un resoconto su un paziente, sono presenti numerose implicazioni terapeutiche. Alcuni analisti riferiscono di conflitti intrapsichici legati all'intrusione di

una prospettiva di ricerca, motivata dal loro progetto e dalle loro ambizioni professionali, in una situazione che, lasciando da parte l'aspetto pecuniario, deve essere tesa soltanto a generare vantaggi per il paziente.

Fonte di notevole preoccupazione è anche l'eventuale richiesta del consenso del paziente alla pubblicazione, quando e come chiederlo, nonché i possibili effetti prodotti sulla relazione da questa richiesta. Come sottolinea Kantrowitz, il significato del consenso palese del paziente nel contesto della relazione è complesso, come lo è la motivazione dell'analista ad accettare tale consenso senza indagare ulteriormente. In senso più specifico, il tema dell'articolo che l'analista sta scrivendo ha buone probabilità di influenzare il suo centro d'attenzione nell'ascoltare e nel rispondere al paziente. Il ruolo tradizionale del professionista-ricercatore-scrittore comporta dunque una serie di difficoltà per il trattamento, difficoltà che, generalmente, restano ignorate.

Qualsiasi tentativo di sviluppare una base di conoscenze per la psicoanalisi influirà in qualche misura su ciò che viene osservato; abbiamo comunque necessità di sviluppare e accumulare dati per favorire la crescita di questo campo. I fisici non hanno chiuso bottega dopo la scoperta del principio di incertezza da parte di Heisenberg. Come rilevato da Kantrowitz in merito ai resoconti narrativi, da parte nostra non rinunceremo all'obiettivo di sviluppare una banca dati per la psicoanalisi, fermo restando che dovremo impegnarci a riconoscere i problemi e a controllare gli effetti dell'osservazione in maniera più efficace.

### ***Minacce per la riservatezza del paziente***

Anche le potenziali ripercussioni sulla riservatezza del paziente hanno sollevato forti obiezioni nei confronti della ricerca empirica sul processo, basata su terapie registrate. Tuttavia, questo problema è presente anche, e potenzialmente in forma più insidiosa, nel paradigma del resoconto narrativo. Si è riconosciuto che il problema della riservatezza riveste un ruolo centrale nella ricerca empirica sul processo. Per poter effettuare una registrazione è necessario il consenso informato del paziente; i dati che potrebbero consentire l'eventuale identificazione vengono cancellati dai nastri e dalle trascrizioni e i ricercatori che utilizzano dati terapeutici devono sottoscrivere opportuni impegni di riservatezza. Gli strumenti di ricerca sono tali da permettere di estrarre dati a un livello di astrazione significativo sia sul piano clinico che sul piano teorico, senza presentare dettagli clinici. L'impiego di procedure informatizzate e la pubblicazione di dati aggregati anziché individuali contribuiscono ulteriormente a tutelare la riservatezza del paziente.

Come già ricordato altrove (Bucci, in corso di stampa, b), contrariamente alla tutela sistematica della riservatezza del paziente assicurata dalla ricerca empirica, non esistono procedure coerenti e consolidate per la pubblicazione di materiale clinico su riviste di psicologia, psichiatria e psicoanalisi, né vigono requisiti *standard* per ottenere il consenso del paziente.

Il conflitto tra l'imperativo deontologico di tutelare un paziente e la necessità scientifica di preservare l'integrità del resoconto clinico nel materiale pubblicato è stato affrontato in un recente editoriale (Gabbard, Williams, 2001), che delinea alcuni orientamenti per definire procedure adeguate di rispetto della riservatezza e metodi per gestire questo aspetto durante la terapia (e anche dopo la sua conclusione). L'editoriale non proponeva però requisiti specifici o standardizzati, lasciando la decisione al singolo analista, sulla scorta di considerazioni cliniche riguardanti il singolo caso specifico. Si suggerivano alcune impostazioni possibili, per esempio il camuffamento di dettagli superficiali, la richiesta del consenso del paziente, l'utilizzo di materiale clinico composito proveniente da più pazienti, la presentazione del dialogo tra analista e paziente in stile teatrale, senza fornire informazioni biografiche di corredo e la pubblicazione del materiale clinico in cui un collega figura come autore.

Ciascuna di queste impostazioni è ritenuta deontologica in base ai principi tracciati dall'*International Journal of Psychoanalysis* (IJP), ma comporta una serie di problematiche, come analizzato dettagliatamente da Gabbard (2000).

La gestione di queste ultime varia a seconda dei singoli analisti-autori. Dei 30 analisti intervistati da Kantrowitz (2004a), soltanto 8 chiedevano regolarmente ai propri pazienti il permesso di usare il materiale clinico in una pubblicazione e soltanto 18 avevano chiesto almeno una volta l'autorizzazione del paziente. Tutti gli analisti intervistati da Kantrowitz camuffavano il materiale clinico in vari modi, che consentissero comunque di preservare la dinamica. A prescindere dal camuffamento, resta elevata la probabilità che i pazienti leggano materiale che li riguardi e vi si riconoscano.

È sostanzialmente impossibile camuffare il materiale clinico di un caso individuale tanto da riuscire a impedire che esso venga riconosciuto dal paziente o da altri suoi conoscenti, riuscendo nel contempo a rappresentare le caratteristiche cliniche.

La probabilità di riconoscersi aumenta se l'autore che compare nella pubblicazione è l'analista curante (contrariamente alla distanza che si ottiene quando gli autori che pubblicano determinati risultati sono ricercatori sconosciuti al paziente); la probabilità aumenta ulteriormente se si considera l'elevata proporzione di pazienti analitici presenti nel settore della salute mentale.

I pazienti di 8 dei 30 analisti intervistati da Kantrowitz avevano avuto occasione di leggere pubblicazioni o di ascoltare relazioni che li riguardavano, benché il loro analista *non* avesse chiesto loro l'autorizzazione a usare tale materiale. Come descritto da Kantrowitz (2004b), mentre gli effetti sulla terapia erano più evidenti e acuti in questi casi, emergevano invece problematiche complesse allorquando i pazienti leggevano ciò che gli analisti pensavano di loro.

### ***Implicazioni sullo studio del processo psicoanalitico***

I problemi epistemologici e professionali qui citati in contrapposizione alla ricerca empirica sul processo e a sostegno del resoconto narrativo si rivelano armi a doppio taglio:

- 1) Se i fatti dell'incontro psicoanalitico risiedono nell'esperienza soggettiva dei partecipanti, in una sfera comunicativa, com'è possibile rappresentare tale esperienza mediante parametri obiettivi?

D'altro canto, come possiamo limitare i nostri dati all'esperienza soggettiva di uno solo dei partecipanti?

- 2) Se il nucleo centrale della ricerca psicoanalitica verte sull'inconscio, anche in questo caso com'è possibile che parametri obiettivi riescano a rappresentare tale esperienza? D'altro canto, come possiamo limitare i nostri dati a materiale che viene formulato sul piano conscio ed esplicito in un resoconto narrativo?

- 3) Se la psicoanalisi riguarda la costruzione del significato in un campo interattivo, l'essenza dell'interazione non è forse rappresentata dal modo in cui l'impatto prodotto dall'analista sul paziente e la sua comprensione di quest'ultimo vengono registrati nel resoconto narrativo? Però, in questo campo comunicativo, non bisognerebbe considerare anche il ruolo del paziente quale strumento osservatore e co-costruttore di significato?

I problemi pratici e professionali che sono stati via via individuati sono anch'essi a doppio senso. L'obbligo preminente del professionista è rivolto ai bisogni del paziente, mentre gli obblighi del ricercatore sono diretti alla validità dell'osservazione e alla divulgazione delle informazioni in una forma che permetta di costruire una base di conoscenze per il settore. Quando questi due ruoli sono separati, l'introduzione di una prospettiva di ricerca costituisce un fattore evidente e immediato nella terapia, fattore che viene riconosciuto direttamente; quando i due ruoli sono congiunti, gli effetti possono essere meno evidenti, ma spesso non vengono riconosciuti e potrebbero essere di maggiore portata e più complessi.

### ***Come si studia l'esperienza soggettiva?***

Le prime tre domande affrontano, in maniera diversa, la questione fondamentale di come studiare gli eventi psichici interiori, compresa l'esperienza soggettiva del paziente e dell'analista, includendo anche ciò che avviene su un piano inconsapevole o che non riesce a essere formulato dall'uno o dall'altro partecipante. In tutti questi casi, ci troviamo di fronte a vari tipi di eventi psichici interiori che non possono essere osservati direttamente. Gli psicoanalisti prendono pienamente atto di questa sfida, che fa parte del loro lavoro quotidiano. Il metodo psicoanalitico si basa sulla deduzione dell'esperienza inconscia del paziente a partire dal suo linguaggio e dal suo comportamento e, fin dai tempi di Freud, gli analisti hanno seguito gli stessi principi, come rilevato anche da Green: "Per esplorare il mondo interiore, non disponiamo di strumenti diretti, ma solo di dispositivi indiretti quali il linguaggio che esprime il pensiero, i sogni che vengono riferiti, le fantasie che possono essere ipotizzate, i giochi che possono essere capiti o condivisi" (Green, 2003, p.43).

Ritroviamo la stessa strategia di base nella scienza moderna: gli eventi non osservabili (forza, massa, accelerazione, particelle, il *big bang*, la vita all'età del bronzo - e l'esperienza delle altre persone) vengono studiati mediante deduzione da ciò che si osserva. I progressi compiuti nell'attuare questa strategia in ambito scientifico dipendono essenzialmente da due fattori principali: 1) la natura del quadro teorico entro cui vengono fatte le deduzioni; 2) la disponibilità di dati per verificare le osservazioni.

### **Necessità di un quadro teorico**

Una scienza matura come la fisica poggia su un quadro teorico esplicito o su una rete nomologica in cui i concetti della teoria vengono definiti sistematicamente l'uno rispetto all'altro e sul piano degli eventi osservabili. È poi possibile verificare le teorie in base alle relazioni attese tra eventi osservabili. L'indagine empirica conduce alla revisione del quadro teorico che, a sua volta, informa la comprensione degli eventi (Bucci, 1997).

La psicologia scientifica sta elaborando un quadro di questo tipo, in cui eventi psichici quali memoria, percezione e risoluzione dei problemi vengono visti come costrutti ipotetici, definiti in base al linguaggio e ai comportamenti ad essi associati. Sviluppando la metapsicologia, Freud si prefisse di costruire un quadro teorico di questo tipo per la deduzione psicoanalitica, ma questo sforzo non è presente nel lavoro clinico attuale. Noi riusciamo soltanto a fare deduzioni coerenti nell'esperienza interiore conscia e inconscia partendo dall'osservazione del linguaggio e del comportamento, purché siano presenti collegamenti tra l'osservazione e i costrutti ipotetici. Via via che procede lo sviluppo di un quadro di questo tipo, anche i ricercatori e i clinici riescono a mettere a punto strategie d'indagine che consentono una comprensione più profonda delle funzioni psichiche, il confronto di impostazioni terapeutiche diverse e lo sviluppo di tecniche nuove e più efficaci.

Si noti che questa strategia non costituisce il fine positivista della disconferma delle ipotesi, ma ha l'obiettivo più generale di costruire un quadro teorico di relazioni tra i concetti. Con il procedere dell'indagine, alcuni concetti psicoanalitici potrebbero essere rifiniti, ridefiniti ed elaborati, mentre altri potrebbero essere eliminati dal quadro teorico. L'obiettivo consiste nel costruire una rappresentazione sistematica su ciò che non viene visto, in base alla deduzione da ciò che viene osservato; in questo processo, la sfera del non osservato viene inoltre ricostruita continuamente.

### **Necessità di verifica**

Il secondo principio fondamentale dell'indagine scientifica riguarda la necessità di una fonte condivisa di dati, ovvero di un mezzo di riproducibilità delle osservazioni, quale base per verificare le deduzioni. Affidarsi al clinico quale unico ricercatore, registrando i dati soltanto attraverso il suo filtro, preclude tale verifica.

Il resoconto racchiuso nel *case report* non riesce a essere sufficiente proprio a causa della realtà della soggettività - poiché percezione e memoria sono processi attivi e costruttivi, anziché passivi e riproduttivi, perché il resoconto fornito da qualsiasi osservatore rappresenterà una costruzione soggettiva.

Le registrazioni contengono la voce di entrambi i partecipanti, senza il filtro dello spazio attenzionale o inferenziale dell'uno o dell'altro. Contengono alcuni aspetti del comportamento linguistico e paralinguistico dei partecipanti, quali pause e ritmo del discorso, modulazione del tono vocale, varie vocalizzazioni non verbali e altri suoni, per esempio brontolii, pianti, risate, starnuti o addirittura borbottii di pancia, che possono fare parte della comunicazione emotiva e che, probabilmente, non vengono documentati dall'analista curante, tranne, forse, in circostanze in cui possono servire a corroborare il suo particolare punto di vista teorico.

Le registrazioni possono essere esaminate da vari ricercatori, fornendo così la base necessaria per esaminare il loro eventuale accordo sulle deduzioni che vengono fatte.

### **Metodi impiegati dalla ricerca sul processo psicoanalitico: il metodo si veste di nuovo**

In considerazione dei risvolti epistemologici e professionali appena discussi, com'è possibile sviluppare strategie che consentano di usare lo speciale contesto osservazionale della situazione psicoanalitica per esplorare la vita emotiva interiore, per vagliare le ipotesi della psicoanalisi e per sviluppare forme terapeutiche più efficaci? La soluzione ovvia al problema delle molteplici soggettività consiste nell'incorporare più prospettive.

La soggettività del partecipante-osservatore è uno strumento di ricezione unico; la valutazione da parte di altri clinici offre una visione soggettiva alternativa e l'ulteriore analisi delle trascrizioni o delle registrazioni può comprendere sia una valutazione qualitativa, sia parametri quantitativi.

Presenterò ora una breve descrizione di tre diversi progetti di ricerca sul processo, che variano in ciò che tentano di osservare e nel grado di interazione con il lavoro clinico. Si tratta di studi già esaminati in altra sede (Bucci, in corso di stampa, a, b; Bucci & Maskit, in preparazione).

Tutte queste ricerche sono impostate su un formato di base che prevede la riproduzione di studi longitudinali su un solo caso, anziché di studi trasversali basati su campioni molto numerosi (Gorman, Allison, 1997). Tentiamo quindi di esaminare gli eventi osservati nel tempo in un singolo caso e i fattori che li influenzano; andiamo quindi a ricercare il manifestarsi di questi eventi in altre diadi, con caratteristiche diverse.

#### *I - Prospettive molteplici: il metodo della "specificazione sequenziale"*

Esempio tipico di questa impostazione è uno studio intensivo su un singolo caso riguardante una terapia in corso; lo studio viene condotto attualmente dal Research Group of the Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR). Questo progetto applica il metodo denominato "specificazione sequenziale" da Freedman e collaboratori (Freedman, Lasky, Hurvich, 2003). La paziente viene vista quattro volte alla settimana, su lettino, da una analista esperta. La terapia è ancora in corso e vengono attuate procedure rigorose per garantire la tutela della riservatezza della paziente. Nel presentare lo studio, l'analista ha spiegato gli obiettivi della ricerca alla paziente, che ha rilasciato il consenso informato. Oltre a registrare le sedute, a trasmetterne copia a un referente del gruppo di ricerca e a fornire le sue impressioni come descritto più avanti, l'analista non ha alcun contatto con i ricercatori, che non sono a conoscenza della sua identità.

Lo studio del processo delle sedute abbraccia tre prospettive principali: le impressioni dell'analista, l'analisi qualitativa da parte di consulenti clinici e l'analisi quantitativa mediante parametri obiettivi di ricerca:

1) *Impressioni dell'analista*. Al termine di ogni seduta, con il registratore ancora acceso, l'analista detta immediatamente le sue impressioni sulla seduta appena conclusa. Descrive liberamente e con spontaneità la sua esperienza soggettiva della seduta, senza seguire una struttura o una traccia precostruita. Ogni resoconto o "scansione" dura da 3 a 5 minuti circa.

2) Altri analisti esperti intervengono successivamente in qualità di consulenti clinici: essi ascoltano e valutano il materiale della seduta, così come viene filtrato attraverso le scansioni dell'analista. Nell'ambito di uno studio preliminare, descritto da Freedman e collaboratori (2003) e da Bucci e Maskit (in preparazione), si è proceduto a selezionare, in base alle scansioni dell'analista, un sottoinsieme di sedute rappresentative delle variazioni di efficacia della terapia; queste sono state inserite in uno studio più intensivo.

3) Un altro gruppo di consulenti clinici ha poi valutato il sottoinsieme di sedute, usando direttamente le trascrizioni letterali.

4) Altri clinici hanno poi fornito l'esame dettagliato istante per istante della struttura degli eventi nelle sedute selezionate.

5) Alle trascrizioni sono anche state applicate misure obiettive, tra cui parametri linguistici informatizzati del processo referenziale (Bucci, Maskit, in preparazione), parametri di difesa (Perry, 2001) e temi centrali (CCRT) (Luborsky, Crits-Cristoph, 1998), nonché i parametri di simbolizzazione psicoanalitica sviluppati da Freedman e collaboratori (2001).

La struttura della ricerca presenta varie caratteristiche che potrebbero fungere da modello per questa nuova generazione di studi: inclusione dell'analista curante nel ruolo di osservatore, confronto delle osservazioni qualitative dell'analista con quelle dei consulenti clinici che leggono o ascoltano la registrazione delle sedute, applicazione dei parametri obiettivi di misura del processo e uso di questi parametri per individuare i fattori che contribuiscono alle differenze di opinione tra l'analista e i consulenti.

#### *II - Coinvolgimento dell'analista nella consultazione collegiale tra pari (peer consultation)*

Nel quadro di un altro progetto in corso, la terapia psicoanalitica di due pazienti a lungo termine in cura presso lo stesso analista esperto è stata valutata dall'analista e da due consulenti clinici, analisti di pari esperienza, applicando una procedura di descrizione qualitativa, la *Analytic Process Scales* (APS) sviluppata da Waldron, Scharf, Firestein, Burton e Goldberger (2004).

Le terapie sono state esaminate anche utilizzando misure obiettive del processo, come nello studio IPTAR. Tuttavia, diversamente da quanto avveniva nello studio precedente, l'analista curante partecipa attivamente alla valutazione nell'ambito della ricerca; i tre analisti si riuniscono regolarmente per discutere del materiale clinico registrato. I dati per questo studio sono stati forniti attraverso comunicazioni personali con il gruppo di analisti; i risultati preliminari sono stati analizzati da Bucci e Maskit (in preparazione).

Le descrizioni qualitative sviluppate dai tre analisti comprende una formulazione psicologica generale, oltre ad aspetti specifici del funzionamento del paziente e dell'interazione clinica, quali affetti e difese correnti predominanti, manifestati durante le sedute, sviluppo di autoanalisi, caratteristiche transferali e controtransferali, caratteristiche dell'alleanza e molte altre categorie; esse comprendono inoltre la valutazione dei cambiamenti di queste funzioni rispetto alle sedute precedenti. L'APS include variabili che permettono di valutare il contributo dell'analista e del paziente.

Nel quadro dell'APS, sono stati individuati raggruppamenti di elementi che rappresentano le variabili del paziente e dell'analista, tra cui, per il paziente, qualità del lavoro, partecipazione-collaborazione ed espressione del transfert e, per l'analista, qualità d'intervento, attività analitica centrale e coinvolgimento affettivo (Waldron et al., 2004).

I tre clinici (l'analista curante e i due clinici consulenti) valutano da soli le singole sedute, esaminano le valutazioni degli altri e si riuniscono per discutere della seduta, concentrandosi in maniera abbastanza approfondita sui punti di accordo e di disaccordo riguardo al lavoro dell'analista e al funzionamento del paziente. In questo studio, come nel progetto IPTAR, sono emersi punti di disaccordo tra i clinici consulenti e l'analista curante; questi sono stati esaminati mediante i parametri obiettivi di processo, come descritto da Bucci e Maskit (in preparazione).

Delle due terapie selezionate, una era stata completata prima delle discussioni collegiali tra pari, mentre l'altra analisi era ancora in corso. Per questa terapia, le riunioni dei ricercatori hanno anche avuto il merito (non esplicitamente intenzionale) di poter fornire un *feedback* per il lavoro clinico.

### *III - Applicazioni cliniche dirette della ricerca sul processo nell'ambito della supervisione*

Uno studio condotto dalla Psychoanalytic Association of Argentina a Buenos Aires, in collaborazione con la Belgrano University, ci offre un'altra impostazione per integrare i metodi di ricerca empirica con il lavoro clinico (Lopez Moreno et al., 1999). Lo studio viene presentato con maggiori dettagli da Bucci (2004; in corso di stampa, a). Alla terapia di 6 giovani donne seguite da candidati, con la supervisione di analisti esperti, membri dell'Associazione, è stata applicata un'ampia gamma di parametri clinici ed empirici. La particolarità dello studio consisteva nel fatto che i risultati della ricerca venivano usati, in maniere innovative, direttamente nella supervisione. Per esempio, parametri informatizzati di misura del linguaggio, in forma grafica, evidenziavano momenti salienti della seduta e servivano a stimolare il candidato a esaminare ulteriormente le proprie sensazioni in corrispondenza di quei momenti. Sia i supervisori che i candidati hanno riscontrato che questi e altri parametri di ricerca si rivelavano utili, in quanto aprivano una nuova prospettiva sulla seduta e permettevano loro di individuare nel processo terapeutico aspetti potenzialmente significativi che, altrimenti, avrebbero potuto non essere notati, favorendone anche la discussione senza porre giudizi.

Come è accaduto nello studio IPTAR, le varie prospettive si completano e si integrano a vicenda, anziché privilegiare la prospettiva soggettiva od oggettiva ritenendo che essa contenga i "fatti" reali.

### **Implicazioni e domande**

In un articolo scritto da Gedo in occasione dell'esposizione organizzata per il centenario di Freud dalla Library of Congress, si legge: "Il contributo scientifico più duraturo e prezioso" di Freud è stato la "elaborazione di un metodo osservazionale nuovo, attraverso il quale, per la prima volta, è stato possibile procurarsi dati affidabili sulla vita interiore dell'uomo" (Gedo, 2001, pp. 106-107). Il resoconto narrativo ha costituito il metodo iniziale per analizzare e registrare tali dati. Mentre l'impostazione tradizionale ha consentito numerose scoperte di rilievo, sono stati sollevati molti dubbi sull'affidabilità e sulla validità dei dati registrati nei resoconti narrativi, come già rilevato in questo stesso articolo e in altri scritti (ved. Bucci, in corso di stampa).

Ho descritto tre progetti di ricerca diversi, sviluppati nell'ambito della ricerca sul processo per affrontare i problemi connessi al resoconto narrativo quale fonte di conoscenza e per realizzare il particolare potenziale offerto dal metodo osservazionale psicoanalitico. Nelle nuove impostazioni, il ruolo dell'analista viene incorporato in una prospettiva *multiprospettiva* nella sua veste di partecipante e di osservatore; questi progetti comprendono anche l'analisi qualitativa condotta dai consulenti clinici e l'applicazione di metodi oggettivi di ricerca sul processo.

L'affidabilità dei risultati ottenuti attraverso questo tipo di impostazioni è legata all'uso delle audioregistrazioni letterali, che consentono di verificare le osservazioni. La validità dei risultati dipende dal quadro teorico entro cui si effettuano le deduzioni. Si tratta di un lavoro interattivo in progressione; il

quadro teorico guida le osservazioni e, con il procedere dell'indagine, le osservazioni fungono da *feedback* per elaborare e riesaminare il quadro teorico.

L'impostazione descritta permette di esaminare il convergere e il divergere delle molteplici prospettive. Gli studi presentati hanno permesso di cogliere differenze tra i consulenti e l'analista curante e di sollevare domande sul lavoro analitico, che, altrimenti, non sarebbero state rilevate in un resoconto narrativo. Nei casi in cui l'esperienza dell'analista curante, immerso nella relazione, divergeva dalle opinioni dei consulenti, i parametri oggettivi sono stati in grado di suggerire la natura dei fattori che influivano su di essi (Bucci, Maskit, in preparazione).

I tre progetti illustrati differiscono nel grado di integrazione della ricerca alla terapia; tale integrazione può essere minima, con l'analista che registra le sedute e presenta le sue reazioni, senza alcun altro coinvolgimento e senza ricevere alcun *feedback* dalla ricerca; in due dei progetti considerati, l'analista è invece in qualche modo partner della ricerca; in un caso, si prevede la sua collaborazione a un progetto sistematico di consultazione collegiale tra pari mentre, nell'altro, utilizza il *feedback* della ricerca in sede di supervisione.

Il problema epistemologico dell'effetto dell'osservazione su ciò che viene osservato e dell'interdipendenza tra osservazione e fatti che ritroviamo in questa ricerca non è esclusivo del contesto di ricerca, ma si applica anche al lavoro clinico e a tutti i campi di osservazione, come riconosciuto fin dai tempi di Heisenberg. Tuttavia, in psicoanalisi, l'interdipendenza svolge un ruolo diverso, quale oggetto di studio di per sé anziché quale fonte di errore.

La centralità del ruolo di questi effetti interattivi sul lavoro terapeutico è oggi incontestata. Riconosciamo che i mondi rappresentazionali dei partecipanti all'incontro analitico non possono essere studiati a prescindere dalla loro interazione; riconosciamo anche che le nuove costruzioni dell'interazione sono determinate dal mondo rappresentazionale portato da ciascun partecipante, in base alle sue caratteristiche caratteriali, fisiche e cognitive e al modo in cui queste hanno interagito con la sua esperienza di vita.

Per introdurre la ricerca nel contesto terapeutico, è possibile applicare una strategia interattiva analoga. Il riconoscimento di un contesto di ricerca influisce necessariamente sul mondo interiore di entrambi i partecipanti, proprio come l'introduzione della supervisione o della presa d'appunti, o l'intenzione di scrivere un resoconto sul paziente, oppure una malattia o una crisi nella vita dell'analista devono avere un impatto sull'interazione tra di essi.

Tuttavia, è impossibile svolgere onestamente qualsiasi forma di ricerca, compresa la forma tradizionale di scrivere su un paziente, senza un qualche tipo di riconoscimento. Anziché negare o minimizzare l'impatto della ricerca sulla terapia, potremmo invece esplorare e usare questi effetti, perché i clinici spesso lavorano con l'impatto prodotto dai vari tipi di intrusione appena ricordati. Come in quei casi, è possibile che i derivati indiretti dell'impatto dovuto alla registrazione o ad altri aspetti della ricerca possano condurre a esplorare in maniera nuova e produttiva la collaborazione del paziente e la relazione.

Non sono a conoscenza di studi in cui il paziente viene coinvolto direttamente nella ricerca. Mentre alla soggettività dell'analista viene data la possibilità di esprimersi direttamente nel resoconto narrativo, al momento non abbiamo ancora incorporato direttamente l'esperienza soggettiva del paziente né nel resoconto narrativo, né nei nuovi disegni di ricerca. Per l'analista, possiamo guardare al rapporto tra la sua esperienza soggettiva e il linguaggio e il comportamento che egli mostra durante la seduta, ma, ancora, non esiste alcun modo per effettuare confronti di questo tipo per il paziente.

La complessità clinica insita nel tenere traccia diretta dell'esperienza soggettiva del paziente ha buone probabilità di essere considerata schiacciante da una comunità clinica che teme perfino la lieve e discreta intrusione del registratore, visto come strumento che cambia in modo irrevocabile l'interazione clinica. La necessità di incorporare la voce del paziente potrebbe essere vista in una luce diversa, man mano che

questo mondo perverrà ad accettare in maniera più generalizzata la ricerca sul processo e anche via via che le implicazioni della prospettiva relazionale cominceranno a prendere piede. Via via che la terapia psicoanalitica riuscirà gradualmente a porre l'enfasi sulla relazione tra due esseri osservatori attivi, potremmo presto giungere a riconoscere il valore insito nell'ascoltare ciò che i pazienti hanno da dire sulla loro terapia.

### ***Interazione tra psicoanalisi e altre discipline***

Questo articolo ha esaminato il ruolo della ricerca sul processo psicoanalitico, svolta in un contesto terapeutico. Per definire e osservare i concetti psicoanalitici e per esaminare le ipotesi psicoanalitiche, potrebbero essere necessari anche studi sperimentali o in altri contesti. Sono ben note le obiezioni sollevate da Freud nei confronti dei dati tratti da fonti esterne quali la ricerca sperimentale; tuttavia, molte osservazioni nel campo delle neuroscienze, delle scienze cognitive e della psicologia dell'età evolutiva possono oggi essere considerate pertinenti al campo psicoanalitico. La mia impressione è che anche Freud avrebbe potuto ritenere pertinenti alcune di esse.

In effetti, gli psicoanalisti sono oggi più disposti ad accettare alcuni di questi risultati, soprattutto quelli delle neuroscienze, considerando che essi forniscano evidenze attinenti ai concetti psicoanalitici. Tuttavia, si tende ad usarli selettivamente per sostenere i concetti della metapsicologia, anziché per ritenere che essi contribuiscano allo sviluppo del nuovo quadro teorico di cui si avverte la necessità.

Dobbiamo mettere ordine prima di tutto in casa nostra, rendendo coerenti le nostre categorie e i nostri concetti e sviluppando strumenti per misurarli. I concetti psicoanalitici riguardano strutture e processi dell'emozione e della mente e i benefici che si ricercano nella psicoanalisi sono rappresentati dai cambiamenti di tali strutture e processi, che hanno lo *status* di costrutti psicologici e che esistono nell'area epistemologica della psicologia e non della neurologia, come già descritto altrove (Bucci, 2003). Soltanto dopo avere definito in modo coerente i meccanismi psicologici che sottendono la teoria e la tecnica psicoanalitica, potremo procedere a esaminare la relazione tra tali meccanismi e i meccanismi cerebrali.

Panksepp (1999) fa un'osservazione analoga: "La psicoanalisi potrebbe essere di maggiore aiuto per la neuroscienza se riuscisse a chiarire scientificamente gli schemi coerenti presenti sul versante esperienziale della vita. (...) Una sfida fondamentale che la psicoanalisi dovrà affrontare sarà rappresentata dalla misura in cui essa riuscirà a rinnovare la teoria freudiana, che ha ormai per molti un gusto sgradevole e marcatamente post-vittoriano, trasformandola in una modalità di pensiero moderna e dinamica che viene aggiornata continuamente dalle nuove evidenze raccolte" (1999, p. 35).

Neuroscienziati come Panksepp e LeDoux (1996) sono inclini a considerare che tale aiuto possa giungere dai risultati sperimentali, anziché dalla situazione psicoanalitica. È necessario pervenire a un riconoscimento più ampio del valore del contesto psicoanalitico come *setting* osservazionale quasi naturalistico. La situazione psicoanalitica offre un quadro unico per esaminare la vita interiore dei soggetti nella loro interazione con gli altri. Alcune tipologie di dati che possono essere così raccolti non sarebbero disponibili altrimenti, come sostenuto da Freud e da molti altri autori.

Questi dati comprendono gli effetti del contesto interpersonale nel passato dell'individuo e nell'incontro presente, nella misura in cui questi intervengono nel funzionamento adattativo e nella patologia, la natura e il ruolo della fantasia nel rappresentare le strutture dell'emozione, i fattori che contribuiscono al cambiamento di queste strutture e gli indicatori che permettono di accertare se il cambiamento sia effettivamente avvenuto. In questo contesto, sono necessarie ulteriori ricerche al fine di sviluppare il necessario modello psicoanalitico teorico; potenzialmente, esse rivestono grande interesse per discipline quali la psicolinguistica, la psicologia cognitiva e le neuroscienze, anch'esse tese, in modi diversi, ad approfondire la conoscenza della vita psichica umana.

Tuttavia, finché le osservazioni psicoanalitiche resteranno confinate a un'unica voce soggettiva, esse rivestiranno poco interesse e avranno scarso valore per le altre discipline e il potenziale di ibridizzazione tra di esse andrà così disperso.

In un recente volume dove ha approfondito l'impatto socioculturale della psicoanalisi, Zaretsky cita il paradosso presentato dalla psicoanalisi: "Riconosciuta quasi subito come grande forza per l'emancipazione umana" dice, "essa è diventata contemporaneamente fonte di pregiudizio antipolitico, antifemminista e omofobico, una professione degradata, una pseudoscienza sulla cui sopravvivenza aleggiavano ora seri dubbi" (Zaretsky 2004, p. 3). Questa formulazione è forse un po' troppo severa, ma non è isolata. Annunci della fine della psicoanalisi compaiono regolarmente sulla stampa erudita e su fonti divulgative. Posso ipotizzare che il ricorso tradizionale ai metodi del partecipante-osservatore e del resoconto narrativo abbia contribuito a questa denigrazione del nostro settore e al fatto che esso non sia stato effettivamente in grado di esprimere il proprio potenziale di analisi di principi fissi nel contesto di nuove osservazioni. Si rendono necessarie nuove modalità di osservazione psicoanalitica per dispiegare questo potenziale unico, per permettere di esplorare la vita emotiva interiore da molteplici prospettive, per facilitare una sorta di ibridizzazione multidisciplinare e perfino per fare un po' di bene nel mondo di oggi.

## BIBLIOGRAFIA

- Bucci W. (1997) *Psychoanalysis and Cognitive Science: A multiple code theory* Guilford Press, NY.
- Bucci W. (2000) *The need for a "psychoanalytic psychology" in the cognitive science field* *Psychoanalytic Psychology*, 17: 203-224.
- Bucci W. (2003) *Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of William* *Psychoanalytic Psychology*, vol. 20, 3: 542-557.
- Bucci W. (in corso di stampa, a) *Building the interface of research and practice; Achievements and unresolved questions* in W. Bucci, N. Freedman (a cura di) *The Integration of Clinical and Research Perspectives in Psychoanalysis; A tribute to the work of Robert Wallerstein* Psychological Issues Monograph Series, International Universities Press.
- Bucci W. (in corso di stampa, b) *Basic concepts and methods of psychoanalytic process research* in E. Person, A. Cooper, G. Gabbard (a cura di) *Textbook of Psychoanalysis* American Psychiatric Press, Expected Publication, October 2004.
- Bucci W., Maskit B. (2004, in preparazione) *Beyond subjectivity; Linguistic indicators of therapeutic exploration*.
- Freedman N., Kagan D., Russell J., Schaffer C., Webster J. (2001) *Scales of incremental symbolization: Manuals 1-4* Institute for Psychoanalytic Research, Research Division, NY.
- Freedman N., Lasky R., Hurvich M. (2003) *Two pathways towards knowing psychoanalytic process* in M. Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher, J. Canestri, (a cura di) *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* The International Psychoanalytical Association, London.
- Freud S. (1940) *An outline of psycho-analysis* Standard Edition, 23: 144-207, Hogarth Press, London.
- Gabbard G.O. (2000) *Disguise or consent: Problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material* *International Journal of Psychoanalysis*, 81: 1071-1086.
- Gabbard G.O., Williams P. (2001) *Preserving confidentiality in the writing of case reports* *International Journal of Psychoanalysis*, 82: 1067-1068.
- Gedo J.E. (2001) *The enduring scientific contributions of Sigmund Freud* *Annual of Psychoanalysis*, 29: 105-115.
- Gill M.M., Simon J., Fink G., Endicott N.A., Paul I.H. (1968) *Studies in audio-recorded psychoanalysis: I. General considerations* *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16: 230-244.
- Gill M.M., Simon J., Fink G., Noble A., Endicott N.A., Irving P. (1970) *Studies in audiorecorded psychoanalysis: II. The effect of recording upon the analyst* *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18: 86-101.
- Gorman B.S., Allison D.B. (1997) *Statistical alternatives for single case designs* in R.D. Franklin, D.B. Allison, B.S. Gorman (a cura di) *Design and Analysis of Single-Case Research* Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.

- Green A., Botella A., Botella C., Guignard F. (1997). *Pulsions, représentations, langage: Théorie et clinique psychanalytiques* Delechaux et Nieslé, Paris.
- Green A. (2003) *The pluralism of sciences and psychoanalytic thinking* in M. Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher, J. Canestri (a cura di) *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* The International Psychoanalytical Association, London.
- Kantrowitz J.L. (2004a) *Writing about patients, I: Ways of protecting confidentiality and analyst's conflicts over choice of method* J. Am. Psychoanal. Assoc., 52: 69-99.
- Kantrowitz J.L. (2004b) *Writing about patients, II: patients' reading about themselves and their analysts' perceptions of its effect* J. Am. Psychoanal. Assoc. 52: 101-123.
- LeDoux, J. (1996) *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life* Simon & Schuster, New York.
- Lopez Moreno C., Dorfman Lerner B., Schalayeff C., Roussos A. (1999) *Investigacion empirica en Psicoanalisis* Revista de Psicoanalisis, 56: 677-693.
- Luborsky L., Crits-Cristoph P. (1998) *Understanding Transference: The CCRT Method*. (2nd ed.) American Psychological Association Press, Washington, D.C.
- Michels R. (2000) *The case history* Journal of the American Psychoanalytic Association, 48: 355-366; 417-420.
- Panksepp J. (1999) *Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: An exercise in consilience* Neuro-Psychoanalysis, 1: 15-38.
- Perron R. (2002) *Reflections on psychoanalytic research problems - a French-speaking view* in Fonagy et al. (a cura di) *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* International Psychoanalytical Association, 2nd edition, 3-9.
- Perry J.C. (2001) *A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy* J. Nerv. Ment. Dis., 189: 651-660.
- Ricoeur P. (1970) *Freud and philosophy* Yale University Press, New Haven.
- Schacter D.L. (1996) *Searching for Memory* BasicBooks, N.Y.
- Squire L.R. (1992) *Memory and the Hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys, and humans* Psychological Review, vol. 99, 2: 195-231.
- Szecsody I. (2000) *Commentary on Michels's "The case history"* Journal of the American Psychoanalytic Association, 48: 397-403.
- Thomä H., Kächele H. (1975) *Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research* Annual of Psychoanalysis, 3: 49-119.
- Tuckett D. (1994) *Developing a grounded hypothesis to understand a clinical process: The role of conceptualisation in validation* International Journal of Psycho-Analysis, 75: 1159 -1180.
- Tuckett D. (2000) *Commentary on Michels's "The case history"* Journal of the American Psychoanalytic Association, 48: 403-411.
- Viderman S. (1979) *The analytic space. Meaning and problems* Psychoanalytic Quarterly, 48: 257-291.
- Waldron S., Scharf R.D., Hurst D., Firestein S.K., Burton A. (2004) *What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the analytic process scales (APS)* International Journal of Psychoanalysis, 85: 443-466.
- Wallerstein R.S. (2001) *The generations of psychotherapy research: An overview* Psychoanalytic Psychology, 18: 243-267.
- Wallerstein R.S., Sampson H. (1971) *Issues in research in the psychoanalytic process* International Journal of Psycho-Analysis, 52: 11-50.
- Zaretsky E. (2004) *Secrets of the Soul: A social and cultural history of psychoanalysis* Alfred A. Knopf, New York.