

Edgar A. Levenson¹

Ricerca Psicoanalitica, 1999, Anno X, n. 3, pp. 225-244.

L'interpretazione²

Traduzione dall'americano di Elena Patrizi.

SOMMARIO

L'Autore traccia una breve storia del concetto di interpretazione.

Nell'ottica freudiana la validità terapeutica dell'interpretazione era largamente accettata per fede: si supposeva che funzionasse e che funzionasse perché era corretta. Quando la fede nell'interpretazione svanì, comparve sulla scena psicoanalitica l'ermeneutica. Nella presunta mutualità soggettiva, tuttavia, non è possibile credere che l'analista e il paziente costruiscano consensualmente una narrazione comune. Il successivo cambiamento concettuale fu pensare all'*enactment*. In questa ottica si potrebbe pensare che il fattore mutativo non sia l'interpretazione, ma qualcosa che accade tra i due. Ma questo è ormai fuori moda, come l'"osservazione partecipe" di Sullivan, secondo la quale il terapeuta osservava la propria partecipazione e poi se ne tirava fuori per interpretare.

Oggi è necessario qualcosa di nuovo, poiché la psicoanalisi si innesta in un processo ampio e profondo che riguarda non tanto la psicoterapia e la psicopatologia, ma la centralità della metafora, una modalità tipicamente umana di organizzare l'esperienza e percepire la realtà.

SUMMARY

The politics of interpretation

The Author outlines a brief history of the concept of interpretation in psychoanalysis.

According to Freud, the therapeutic validity of interpretation was taken largely on faith. It was an explanation that was supposed to work because it was correct. When the faith in interpretation disappeared, hermeneutics was advanced as the new paradigm. However, in the presumably intersubjective mutuality it is difficult to believe that the analyst and the patient are arriving at a consensually developed mutual narrative. The next conceptual shift was the recognition that the transference might be seen as an enactment. From this point of view, one might think of the curative element as something happening between the two. However, this is a bit out of date, rather like Sullivan's participant observation, in which the therapist could observe his or her participation and then step out of it to interpret. Today something new is required. Psychoanalysis taps into a much deeper and more pervasive process, not limited to psychotherapy or pathology, but to the centrality of metaphor, a peculiarly human way of organizing experience and perceiving reality.

C'è un aneddoto sufico che esprime a meraviglia ciò di cui mi voglio occupare.

Un derviscio tradizionalista camminava lungo la riva di un lago. All'improvviso sentì qualcuno cantare un incantesimo, ma sbagliandone le sequenze. Poiché gli incantesimi dervisci, se non eseguiti correttamente, potrebbero avere effetti devastanti, si sentì in dovere di andare a correggere il canto proveniente da una

¹ Edgar A. Levenson, M.D. è analista didatta presso il *William Alanson White Institute* e docente di Psicologia all'Università di New York.

² Il presente articolo è stato pubblicato in *Contemporary Psychoanalysis*, 1996 vol. 32, 4, pp. 631-648 con il titolo *The politics of interpretation*. Si ringrazia l'autore e l'editore per la gentile concessione.

piccola isola in mezzo al lago. Così, noleggiò una barca a remi e si diresse verso l'isola, dove trovò un eremita in una capanna di giunchi. L'eremita fu molto grato per la correzione. Rasserenato, il derviscio ritornò alla sua barca, ma, mentre riattraversava il lago, sentì l'eremita cantare l'incantesimo, facendo ancora lo stesso errore. Il derviscio, pensando con tristezza alla perversità umana, continuò a remare verso la riva. Improvvisamente, ebbe una visione inaspettata: l'eremita correva sull'acqua, gridando disperato: "Aspetta, aspetta, ho dimenticato l'ordine giusto dell'incantesimo!" (Shah, 1970).

Questo aneddoto, tipicamente sufico nella sua levità, illustra bene come un discepolo, nella speranza di compiere miracoli, possa dedicare tutta la vita allo studio dei rituali corretti, mentre un semplice eremita, un "idiota" nella terminologia sufica, compie un miracolo senza neppure saperlo, senza essere interessato a compierlo e senza perdere la sua sincera e umile convinzione di non sapere niente della vera conoscenza.

Come ha potuto, in psicoanalisi, acquisire tanto peso l'obbligo di eseguire correttamente il "rito" dell'interpretazione?

Fin dall'inizio, nel pensiero freudiano è esistito un ampio divario tra teoria metapsicologica e pratica psicoanalitica. È vero comunque che questa discrepanza è presente in ogni attività che comporti il ricorso ad abilità specifiche. C'è sempre un divario, come ogni sciatore o tennista o violinista sa bene, tra il praticare un'attività e il parlarne.

Di solito la teoria è complessa ed elaborata, mentre le regole di esecuzione, anche se solo apparentemente, sono semplici e devono essere apprese più e più volte e ogni volta "afferrate" ad un livello diverso di comprensione. "Ah, allora è questo che si intende per...". Come dicono i seguaci dello Zen: "L'ultima cosa che si impara è la prima!". Questo tipo di comprensione, quasi propriocettiva nel suo senso più concreto, è, ovviamente, molto diversa dalla comprensione teorica.

Quando la contrapposizione tra pratica e teoria si amplia, le elaborazioni metapsicologiche diventano opprimenti. Attualmente siamo sommersi dal postmodernismo, decostruzionismo, narrativismo prospettico, costruttivismo sociale, scienze "dure", scienze ermeneutiche. Ermeneuti, filosofi della scienza e semeiotici, come Derrida, Gadamer, Habermas, Grünbaum, Ricoeur, Eco, sono gli attuali grandi esperti di teoria.

Eppure una grande percentuale di coloro che praticano la psicoanalisi non si interessa affatto di teoria. Già nel 1969, Anna Freud disse che la teoria "è diventata lo spauracchio dell'analista clinico, che se ne sente lontanissimo" (A. Freud, 1969). Nel 1972, Masud Khan sostenne che la psicoanalisi è in una situazione di crisi dovuta all'irrefutabile disparità tra le sue teorie e la sua pratica clinica (Khan, 1972). Gli analisti tendono a sorvolare il problema e ad usare la metapsicologia solo come linguaggio privato, come identificazione corporativa che li definisce, li autentica rispetto ai colleghi e rende possibile che i loro articoli vengano pubblicati dalle loro riviste, le quali, almeno fino a tempi recenti, sono state caratterizzate da una tale selettività di parte che persino la Pravda gliela avrebbe invidiata.

La cosiddetta teoria clinica, distinguibile dalla prassi in relazione alla distinzione tra teoria clinica e teoria della cura, consiste in realtà nell'applicare la metapsicologia attraverso l'interpretazione (Ehrenberg, 1992). La sua validità terapeutica è largamente accettata per fede. Di conseguenza, l'interpretazione è una spiegazione che si suppone abbia un impatto strumentale. Si suppone, cioè, che funzioni e che funzioni perché è corretta.

Se qualcuno pensa che sto combattendo una battaglia inutile, come vedremo più avanti con l'aiuto di esempi clinici, si ricreda: tra gli analisti rimane forte la fede nel potere dell'interpretazione. "È lapalissiano che le interpretazioni sono la materia prima della psicoanalisi clinica. In generale, tutti gli strumenti standard della psicoanalisi clinica servono a fornire spiegazioni su cose non comprese prima" (Brook, 1995); oppure: "La psicoanalisi può essere definita come la ricerca di ciò che non si sa, come lo svelamento, attraverso l'interpretazione, di impliciti sconosciuti e inconsci" (Banchard, 1995).

Ciò che viene dato per scontato è che l'analista deve essere, come afferma Lacan, "il-soggetto-che-sa". Quindi, l'analista ascolta e poi proclama ciò che ha capito, con la speranza che una "migliore" narrazione - "migliore" intesa come "più vera" oppure, in una variante ermeneutica più attuale, come "più coerente" - susciterà il cambiamento.

Ho sentito una volta Hannah Segal riferire, nel corso di un *panel* al quale partecipavo, di avere guarito dall'oggi al domani un ragazzo schizofrenico con una profonda interpretazione kleiniana! Perché mai mettere qualcosa, anche vera, sotto gli occhi di qualcuno dovrebbe procurare un cambiamento? Perché dovrebbe funzionare nella stanza d'analisi ciò che noi tutti sappiamo, per personale esperienza, non funzionare nella vita reale?

Questa fede nell'evidenza dell'interpretazione è stata chiamata la "fallacia di Rumpelstiltskin". Rumpelstiltskin era, si ricorderà, il nano diabolico che avrebbe procurato la rottura del matrimonio a meno che il suo nome non fosse stato scoperto. Quando lo fu, egli esplose. Oggigiorno si direbbe, suppongo, "venne decostruito".

Ci sono più versioni contemporanee della fallacia di Rumpelstiltskin, come dimostrerò più avanti. Ma, a mio parere, ogni tentativo di far ricorso ad una illuminazione improvvisa fa perdere l'essenza dell'investigazione psicoanalitica, allontana cioè dall'esplorazione delle tenaci resistenze al cambiamento dei sintomi nevrotici e dalla loro capacità di trasformare il terapeuta dall'essere parte della cura all'essere parte del problema; in sintesi, allontana dal vecchio assetto, il *sine qua non* della psicoanalisi, ossia l'analisi della resistenza e del transfert.

Negli *Studi sull'isteria* (Freud, 1895), la parola "interpretazione" non compare ancora. Per la verità, non compare fino al 1911. Per di più, Freud usa la parola *deutung*, che, ad essere più precisi, dovrebbe essere tradotta con "spiegazione" piuttosto che con "interpretazione" (Laplanche e Pontalis, 1981, pp. 239-240).

Come mai l'attenzione si è spostata, dall'iniziale e necessariamente ingenuo interesse per la prassi, alla metapsicologia?

All'inizio della sua attività Freud era interessato, come si può ben vedere dal suo lavoro sull'isteria e sull'ipnosi, alla fenomenologia della coscienza. E questo ci tengo a sottolinearlo. La metapsicologia si è sviluppata solo in seguito, al di fuori del bisogno di spiegare l'inconscio. Freud rivolgeva la sua attenzione alla comprensione del funzionamento dell'ipnosi e al fatto che anche nella nevrosi si verificava una situazione di inconsapevolezza, simile a quella dell'ipnosi. Solo molto più tardi la metapsicologia venne reificata e assolutizzata perché fattore di coesione sociale e politica. Comunque la metapsicologia rispondeva anche ad un'esigenza scientifica: se si vuole essere scientifici, bisogna inserire il funzionamento dei pazienti in classi e così essere predittivi, dal momento che la scienza non si occupa di casi singoli, almeno, non ai tempi di Freud.

Attualmente però gli analisti continuano a difendere la metapsicologia, perché i suoi *loci* teorici si adattano allo *Zeitgeist*, cui gli analisti stessi appartengono e che ritengono giusto, e perché hanno ricadute istituzionali e di parte. L'adesione a un certo tipo di pensiero comporta sempre appartenenze istituzionali e di parte.

Chiunque creda che siano passati i giorni duri delle battaglie all'ultimo sangue per una comunità psicoanalitica più aperta e accondiscendente, si sbaglia. Le stesse dispute rancorose continuano ancora, ma il desiderio di potere, a proposito delle questioni metapsicologiche, è molto più mascherato dall'obiettivo di "concordare sul disaccordo". Anche il problema della clinica adesso è cambiato. Abbiamo deciso di essere "postmoderni". Perché dovrei pensare che il mio approccio clinico sia migliore o più efficace del vostro? Il postmodernismo crea un tipo di ecumenismo stranamente paralizzante. Mi ricorda una recente vignetta del *New Yorker*. San Pietro guarda dall'alto in basso un tipo male in arnese, che, si capisce, rimarrà fuori e gli dice: "Spiacente, hai scelto la religione sbagliata".

Ma riprendiamo il collegamento storico tra ipnosi e coscienza. La storia dell'ipnotismo iniziò nel diciottesimo secolo con Mesmer, che ottenne risultati positivi attraverso ciò che lui chiamò "magnetismo animale", termine con cui non ci si riferisce, come si poteva pensare ai miei tempi, al fascino di Clark Gable, ma ad *animus*, spirito, un supposto fluido magnetico, non dissimile dall'"etere" di Newton o dall'"energia" di Reich. Sue pazienti erano donne isteriche di notevole talento, la stessa vistosa schiera che più tardi avrebbe intrattenuto i distinti visitatori di Charcot.

Mesmer cadde nel discredito della comunità medica per la sua ciarlataneria teatrale e, nel 1778, in seguito a profferte erotiche, cui egli aderì, da parte di una certa signorina Paradis, dal nome quanto mai appropriato, fu obbligato a lasciare Vienna per Parigi, inseguito, spada alla mano, dall'irato padre di lei. Ma anche qui le sue stramberie divennero oggetto di scandalo. Nel 1785 una commissione, che includeva Lavoisier, il fondatore della chimica moderna, Ben Franklin e Guillotin, che, come Freud, alla fine ebbe la testa tagliata dalla sua stessa invenzione, bandì il "magnetismo animale", perché il fluido magnetico risultò inesistente, e attribuì gli effetti del mesmerismo all'immaginazione e all'effetto placebo. Ciò nonostante, il magnetismo continuò a prosperare nei salotti di tutta Europa.

Nel 1840 James Braid, medico inglese, osservò che i soggetti potevano essere indotti al sonnambulismo o mesmerizzati semplicemente guardando fissamente un oggetto e lo attribuì ad un "sonno nervoso", che chiamò "ipnotismo", assestando così un colpo mortale alla teoria pseudoscientifica del magnetismo animale, del mesmerismo e del sonnambulismo. Purtroppo, il suo interesse per la frenologia lo condusse al discredito. Ma rispettabili contemporanei, come Benjamin Carpenter e Thomas Laycock, dissero che l'"ipnosi" di Braid faceva luce su quelle che furono poi chiamate le funzioni "riflesse" del cervello, cioè, quelle funzioni che operano fuori dalla consapevolezza. Allora il funzionamento cerebrale era considerato interamente conscio. Solo le funzioni del cordone spinale erano considerate riflesse, cioè, fuori dalla coscienza. Marshall Hall, un eminente neurofisiologo del tempo, diceva: "Il cervello è l'organo della mente. Tutte le sue funzioni...implicano consapevolezza". La "mente inconscia" era considerata una contraddizione in termini.

L'idea innovatrice di Carpenter fu quella di un'attività mentale inconscia, di uno stato mentale "riflesso", un concetto rivoluzionario per i suoi tempi.

Quindi, per più di un secolo, prima di Freud, i fenomeni ipnotici erano stati al centro dell'interesse. Per di più, a Vienna e a Parigi, nei dieci anni precedenti agli *Studi sull'isteria*, alcuni contemporanei di Freud avevano trattato i pazienti isterici con l'ipnosi, comprese le Scuole in grande competizione tra loro di Janet, Bernheim e Charcot. Freud stesso tradusse in tedesco due libri di Bernheim e, per un breve periodo, fu in rapporto con lui. Freud, come tutti sappiamo, studiò con Charcot a Parigi, a metà del decennio 1880/90. Charcot lavorava con l'ipnosi nel trattamento delle isteriche, che considerava soffrire di una diatesi isterica, cioè di una debolezza o predisposizione costituzionale verso una specifica malattia. Fu alla clinica Salpêtrière di Charcot che Freud, come più tardi riportò nella sua autobiografia, rimase colpito dal fatto che esistessero "processi psichici potenti, che restano tuttavia celati alla coscienza degli uomini" (Freud, 1925).

Quindi, Freud si inserisce in un filone precedente di interesse comune per l'isteria e per l'ipnosi, viste come segnale dell'esistenza dell'attività mentale inconscia, anche se, fin dall'inizio, prestò attenzione prevalentemente a "come" l'esperienza potesse essere tenuta fuori dalla consapevolezza e da "che cosa" era esclusa.

Come rileva Sulloway, Freud fa notare nella sua autobiografia di aver usato, fin dall'inizio, l'ipnosi non a scopo semplicemente terapeutico. Ciò che lo interessava era condurre le pazienti a ricordare le circostanze precise della comparsa dei sintomi, seguendo una tecnica appresa dal lavoro di Breuer con Anna O. Per di più, come nel caso di Emmy von N., il contenuto escluso sembrava spesso piuttosto innocuo, vermi, ratti, piccoli cani, denti strappati, ma, come confessavano le pazienti, era tale da suscitare un orrore reale. La

capacità degli eventi di provocare fenomeni dissociativi era attribuita alla diatesi isterica, non al significato simbolico inerente all'evento. A quest'ultima ipotesi si giunse solo in seguito.

Rileggendo gli *Studi sull'isteria* appare evidente l'interesse di Freud per i fenomeni dell'attività mentale inconscia: come mai i pazienti, sotto ipnosi, potevano ricordare eventi esclusi dalla consapevolezza e come mai il contenuto delle sedute ipnotiche, "dimenticato" dopo il risveglio, poteva essere rievocato, intatto, nella seduta ipnotica successiva. La sua tecnica terapeutica, con i massaggi che l'accompagnavano (ma che cosa stava mai facendo?), consisteva nel ristabilire le connessioni perdute tra gli eventi e i sintomi, un fluire abreattivo, una profonda bonifica del pensiero inconscio, ottenuti attraverso la cancellazione e la sdrammatizzazione ipnotica delle esperienze traumatiche.

Gli eventi traumatici sembravano insufficienti per spiegare i sintomi. Fino al 1896, Freud aveva sostenuto che la nevrosi era causata da seduzioni reali perpetrate da adulti o bambini. L'anno dopo, nella famosa lettera a Fliess, ritrattò, introducendo l'ipotesi che i ricordi di apparenti seduzioni infantili erano in realtà fantasie rimosse (Freud, 1887-1902 p. 153). Se però il trauma era insufficiente per spiegare i problemi psichici, allora ci doveva essere una spiegazione intrapsichica. Da qui il complesso di Edipo e la teoria della libido.

La teoria freudiana della rimozione, molto diversa dalla prima teoria della dissociazione, concordava pienamente con la sua neurologia, come risulta chiaramente dal *Progetto per una psicologia* (1895), il suo *opus magnum*. Se le funzioni superiori vengono sopresse, le inferiori sono facilitate. Per esempio, se la corteccia cerebrale è danneggiata, le funzioni cerebellari si aprono un varco e ne segue il tremore. La rimozione richiede un modello teorico fondato sull'energia inconscia, vale a dire, la paziente si difende dai propri impulsi. Se una ragazza è sedotta, il problema vero non è il seduttore, ma i suoi impulsi proibiti. Tra parentesi, la dissociazione, che richiede una concezione del funzionamento cerebrale più olistica, sta ritornando di moda rinvigorita. Secondo quest'ultimo punto di vista, i dati devono essere processati contemporaneamente in molte località diverse; la metafora è più orizzontale che verticale. La dissociazione richiede una psicologia del sé o del deficit, che in qualche modo sia una psicologia delle relazioni oggettuali. Bromberg (1996) ha descritto recentemente la mente come una configurazione di stati di coscienza discontinui, mutevoli, con gradi variabili di accesso alla percezione e alla cognizione.

È vero, qualcosa deve essere separato, negato, ma non si tratta di un impulso minaccioso, bensì di un sé ripudiato. Oggetto del desiderio è l'integrazione, non la rimozione. In questa prospettiva, la personalità multipla diventa il disturbo emblematico della scissione isterica, e non la paralisi o l'amnesia, i disturbi delle pazienti di Freud. L'esperienza traumatica, in particolare l'abuso sessuale precoce, diventa l'evento traumatizzante emblematico.

Nonostante Freud abbia sempre cercato di stabilire una topologia dell'inconscio, non abbiamo la più vaga idea del modo in cui qualcosa sia tenuto fuori dalla coscienza e di che cosa sia la coscienza. Come afferma Jonathan Miller: "Noi siamo i beneficiari inconsapevoli di una mente che, in un certo senso, è solo parzialmente nostra." (Miller, 1995). Comunque, quello che è davvero importante considerare è che noi accettiamo acriticamente l'idea freudiana che il tenere le cose fuori dalla coscienza sia la fonte dei disturbi nevrotici. Pensiamo alla coscienza umana come ad uno stato superiore. Non pensiamo ai "riflessi" o all'inconscio come a realtà vantaggiose, non riteniamo che, forse, la coscienza interferisce con l'esistenza di altre attività mentali oppure non è loro accessibile.

Ricordate la storia del millepiedi che, quando cominciò a riflettere su come camminava, inciampò nei suoi piedi? La coscienza potrebbe essere semplicemente coscienza di sé, una bolla di consapevolezza nella matrice delle interazioni umane che operano largamente e necessariamente fuori dalla coscienza. Potrebbe essere più che altro tensione verso e costruzione di. L'idea di Chomsky di una grammatica inconscia è un buon esempio di attività mentale inconscia che ha totalmente trascurato la coscienza. Sappiamo più di

quanto possiamo dire e non possiamo dire nulla senza fare assegnamento sulla consapevolezza delle cose che non siamo in grado di dire (Polanyi, 1958).

La mia tesi è che l'attività mentale dei riflessi, non realmente inconscia, non rimossa o dissociata, operante fuori dalla coscienza, è alla base dell'interazione umana.

Forse, come suggerisce Hayek (1978), dovremmo considerare questi processi come "al di là del conscio", perché governano i processi consci senza comparire. Il concetto di Sullivan di "sistema del sé" si avvicina a questa posizione. Sullivan ha definito il "sistema del sé" come l'insieme delle operazioni di rassicurazione attraverso cui la persona si difende dall'ansia. Questo implica un sistema strategico ben sintonizzato e sofisticato, la cui finalità non è mantenere gli impulsi inaccettabili fuori dalla coscienza, ma negoziare con gli altri per accedere ai bisogni. Per Sullivan la forza organizzante è l'evitamento dell'ansia, la versione sullivaniana della pulsione. Si potrebbe estendere il sistema del sé fino a includere l'intera gamma dell'esperienza interpersonale, che opera in gran parte fuori dalla coscienza (e non fuori dal contatto con l'ansia, come diceva Sullivan) ed è strutturata in modo tale da non funzionare al meglio mentre è sotto esame.

Dal punto di vista freudiano, secondo il quale la psicoanalisi è una scienza empirica, l'interpretazione veniva ad essere sia lo strumento della terapia sia la prova della metapsicologia. Se l'interpretazione funzionava, significava che la teoria era corretta e, se c'era una resistenza, significava che era corretta lo stesso. In questo modo l'analisi della resistenza e del transfert mirava, come ho detto, a confermare il potere mutativo della psicoanalisi. Quando la fede degli analisti nel potere mutativo dell'interpretazione svanì e, sotto l'attacco di Grünbaum (1977) e le critiche di Popper (1962), abbandonammo il sogno di provare a noi stessi che la psicoanalisi fosse una scienza empirica, cosa che qualcuno ha chiamato spiritosamente "invidia per la fisica", come nuovo paradigma si fece avanti l'ermeneutica.

A questo punto il primo espediente strategico fu il totale abbandono della pretesa di statuto scientifico per la psicoanalisi, che invece, come fu proclamato da Schafer, Gill e Klein, sulla scia di Ricoeur e Rorty, è una impresa *ermeneutica*, che per sua natura comporta diversi criteri di validazione.

Si noti che ermeneutica deriva da Hermes, messaggero delle divinità greche. Hermes portava la parola degli dei, di solito di Apollo, all'oracolo di Delfi, che cercava di renderla più o meno intelligibile all'umanità, ma sempre con un'ambiguità che lasciava una possibilità di scelta al supplicante, qualche volta con risultati disastrosi, non diversamente dalla psicoanalisi. Il re Filippo di Macedonia perse la corona e la vita, quando optò per una traduzione troppo ottimistica del pronunciamento delfico. L'interpretazione non rendeva tutto più chiaro, offriva solo al supplicante un altro livello di possibile significato.

Nel suo primo impiego medievale, l'ermeneutica fu lo strumento della Chiesa con la funzione di rivelare ai fedeli il significato degli scritti canonici (dal greco, "regola", "legge"). L'attenzione era incentrata sulla scoperta dei significati del testo. Per citare Umberto Eco, più conosciuto per i suoi tre romanzi assolutamente illeggibili che per i suoi lucidi scritti di semeiotica: *Non nova, sed nove*, non cose nuove, ma sempre la stessa cosa, sempre ripetuta in modo nuovo (Eco, 1990).

C'è in questo una vera trappola. L'autorità legittima l'interpretazione canonica: ma come può l'autorità legittimare l'interpretazione quando, a sua volta, l'autorità è legittimata dall'interpretazione?

Il paradosso, come ho detto prima, inerente al concetto freudiano di interpretazione riferito alla scienza empirica, è conosciuto nei circoli ermeneutici come "cerchio ermeneutico"!

Eco afferma: "Le regole per una buona interpretazione erano fornite dai guardiani dell'ortodossia e i guardiani dell'ortodossia erano i vincitori, in termini di potere politico e culturale, della lotta per imporre le proprie interpretazioni" (ib.).

Per gli psicoanalisti di una certa età, c'è in tutto ciò un accento di familiarità che dà profonda tristezza. Ecco un esempio classico di questa accezione di autorità canonica: "Gli interventi del dott. S. erano guidati dalla comprensione dei problemi dell'intera vita della sua paziente, problemi che erano ancora attivi e

determinavano il suo comportamento". Ecco qua! Non esiste alcun dubbio su quali siano i problemi della paziente o sull'autorità dell'analista nel definirli. Il compito è quello di fare un'interpretazione "mutativa", di farla funzionare, calcolando i tempi e analizzando la resistenza all'interpretazione espressa nel transfert.

In questo secolo, prima Dilthey, poi Heidegger e il suo discepolo Gadamer spostarono l'accento dalla verità canonica alla verità emergente, ossia la verità mutualmente costruita.

Il linguaggio è il luogo dove le cose arrivano autenticamente ad essere (Eco, 1990). Questo secondo livello dell'ermeneutica è quello cui gli psicoanalisti come Spence, Schafer, Stern si riferiscono normalmente quando impiegano la parola. Mutualmente il terapeuta e il paziente creano una "buona" storia: una delle tante possibili combinazioni e permutazioni del dato. La storia funziona, non perché è plausibile o perché è l'unica verità, ma perché è la *loro* verità, la loro verità emergente.

Purtroppo, questo livello dell'ermeneutica conduce dritto alla palude del costruttivismo sociale e del relativismo.

Che cos'è allora la realtà? (Eagle, 1987; Strenger, 1991). È solo consenso sociale?

Il problema sorge al di fuori dell'esigenza di dimostrare, se una storia vale l'altra, come e perché le costruzioni ermeneutiche *siano funzionali alla cura*, anche se evidentemente non è così.

L'interpretazione psicoanalitica resta comunque, inevitabilmente, canonica e di parte. Forse che nella presunta mutualità intersoggettiva della visione di Gadamer, è possibile, anche per un solo momento, credere veramente che l'analista e il paziente costruiscano consensualmente una narrazione comune? Nella costruzione, l'analista non porta solo la propria esperienza, ma anche, e inevitabilmente, un insieme di prefigurazioni di ciò che conta nelle cose umane, come la sua carriera, i suoi guadagni e la sua affiliazione scientifica. L'analista è comunque l'autorità, concede solo al paziente una più ampia gamma di possibilità interpretative tra cui scegliere. Sembrerebbe che ogni sforzo compiuto dalla psicoanalisi per legittimare l'interpretazione abbia solo aumentato ulteriormente le sue difficoltà.

Il successivo cambiamento concettuale fu pensare al transfert come *enactment*, cioè come comportamento condiviso con il paziente, soluzione che gli analisti interpersonali avevano sostenuto fin dagli anni '40 e che aprì una via d'uscita al dilemma degli ortodossi. In questa ottica si potrebbe pensare che il fattore mutativo non sia l'interpretazione, ma qualcosa di comportamentale, qualcosa che accade tra i due. Il paziente entra in terapia per qualche aspetto della propria esperienza che non funziona, ma vuole che la sua nevrosi venga perfezionata, pretende che funzioni.

Esistono molte tecniche: le libere associazioni, la narrazione o l'impiego delle domande mirate di Sullivan. L'analista interviene, pone domande, chiede elaborazioni e fantasie e così partecipa inevitabilmente e inesorabilmente al processo. Anche la richiesta più semplice come "che cosa le viene in mente?" coinvolge il terapeuta, che deve pur scegliere quando porre questa domanda apparentemente neutrale. La domanda fa nascere l'interazione, che suscita l'*enactment*. Domande e interpretazioni sono entrambe *enactment*. Ciò che il terapeuta sceglie di chiedere, notare o tralasciare non dipende dal caso né dalla sua formazione né dalla sua personalità. È un'interazione determinata dal campo intersoggettivo. Ciò che viene detto è rilevante solo in quanto svela il terapeuta nell'interazione. Qualsiasi narrazione paziente e analista costruiscano, sarà anche una relazione.

Lasciandoci alle spalle gli ermeneuti e facendo ancora un passo avanti, ci accorgiamo di non essere tanto interessati alla bontà della storia mutualmente costruita, quanto a ciò che essa ci dice sui due suoi autori in interazione. Se si è disposti a concedere che il transfert è un *enactment*, piuttosto che una distorsione proiettata sul terapeuta, il problema successivo da affrontare è: come funziona? L'analista deve, seguendo una variante del classico *dictat* della neutralità, usare il meticoloso monitoraggio dell'*enactment* per trarne vantaggi, per estrarlo dal flusso interiore del paziente o può utilizzarlo come un'interazione curativa, un "*acting-in*" terapeutico? Quest'ultima soluzione sembra una sofisticata versione, non necessariamente in

sensu negativo, della “temuta esperienza emozionale correttiva”, che crea una considerevole tensione nel terapeuta desideroso di “fare la cosa giusta”.

In effetti, entrambe le soluzioni sembrano utili. Non c'è dubbio che quando il terapeuta ha presente la propria incidenza o la propria involontaria partecipazione, la terapia progredisce. Ci sono situazioni relativamente semplici nelle quali il terapeuta può cogliere il tentativo del paziente di mettere in atto una *impasse* familiare; può allora evidenziarla, nel modo tradizionale, come resistenza e transfert, cosa che Gill (1982) ha chiamato interpretazione di resistenza alla presa di coscienza del transfert. Non c'è dubbio che le interazioni attive e gli scontri autentici tra paziente e terapeuta possono, a volte, essere utili. Tuttavia penso che ciò sia insufficiente ad ottenere un'interazione analitica.

“Usare la propria partecipazione” non dovrebbe, credo, essere inteso come sinonimo di “usare il proprio controtransfert” (Ehrenberg, 1992). Nel qual caso, il terapeuta si porrebbe fuori della percezione dei propri sentimenti nei confronti del paziente. I sentimenti vengono considerati come sovraordinati ai modelli dell'interazione. Si noti la definizione del controtransfert di Ehrenberg (1995): “Definisco il controtransfert come lo svelamento da parte dell'analista dei propri sentimenti interattivi verso il paziente o in relazione al paziente in un momento dato”. Sentimenti presentati al paziente senza riserva. L'intento non sembra essere quello di dimostrare l'estrema rigidità del sistema del paziente nel mantenere in un modo o nell'altro la ripetizione del suo precedente schema di esperienza, ma, piuttosto, di attendersi una nuova esperienza che, si spera, sarà mutativa. Se non accade, il fallimento sarà considerato come resistenza. Tutto ciò che il paziente dice e fa gli viene rivelato con l'intento di promuovere un cambiamento. Non è un'azione gratuita o priva di rischi e quindi deve essere usata con molto discernimento. Si potrebbe ipotizzare da parte dell'analista una comunicazione aperta e libera dei sentimenti che si accorge di provare, inclusi i sogni, anche se mal capiti, ma ci vorrebbe un alto grado di grandiosità o di autocompiacimento per pensare di essere sempre corretti o per ritenere che lavorare sulla risposta al paziente sia sempre possibile o utile. In questo falso uso di se stesso, il terapeuta recita un'altra versione del “soggetto-che sa” di Lacan, che sa non solo *che cosa* dire, ma anche *come* dirlo. L'intento dell'analista sembra ancora quello di avere un'incidenza mutativa, di effettuare un cambiamento nel paziente. Si tratterebbe ancora di un canone, ma, se mi si perdona il doppio senso, sarebbe un cannone fuori uso!

È chiaro che la partecipazione dell'analista è ritenuta più autentica di quella del paziente e motivata dalla convinzione dell'analista che il suo intervento sarà efficace. Il terapeuta è spinto a “usare il controtransfert”. Ma questo è ormai un po' fuori moda, come l'“osservazione partecipe” di Sullivan, secondo la quale il terapeuta osservava la propria partecipazione e poi se ne metteva fuori per interpretare. È probabile che l'interpretazione fosse preformata dalla partecipazione. Ora siamo più portati a credere che non ci si possa tirare fuori dall'interazione, per cui qualsiasi cosa venga detta sarà inevitabilmente inserita nel campo interpersonale e non sarà un'osservazione neutrale. Inoltre, l'analista che si crede in contatto con il proprio controtransfert forse ha perduto il senso di ciò che sta facendo.

La reazione affettiva del terapeuta, non importa quanto intuitiva o brillante, non è di per sé controtransfert. Il controtransfert vero opera al di fuori dalla coscienza e, per essere portato a coscienza, richiede lo sforzo comune del paziente e del terapeuta, attraverso sogni, lapsus, affetti dissociati, ecc..

Un paziente mi porta questo sogno. Entra nel mio studio. Io gli faccio vedere che l'ho ristrutturato. Adesso ho due stanze, una più piccola ed una più grande. Ci sono pareti blu. Ogni stanza ha una grande vasca Jacuzzi da idromassaggio, vuota. Nella stanza più grande sono accatastati in un angolo gli arredi analitici, divano e sedie. Lui è in procinto di partire. Ha due borse. Le mette giù e si ferma un momento per dirmi qualcosa. Una borsa viene afferrata da qualcuno. Non vede da chi. Corre verso l'ascensore e la donna delle pulizie gli mostra in che direzione il ladro è scappato. È sconvolto perché la borsa di pelle nera conteneva dei soldi ed era la sua preferita.

Sono solito considerare ogni sogno nel quale appaio non mascherato come una chiara esplicitazione del mio controtransfert, di cui non sono consapevole. Il paziente, infatti, mi vede sempre più chiaramente di quanto non mi veda io. Nessun analista ascoltando questo sogno dubiterebbe che sia un sogno di transfert negativo. Il paziente dice di essere stato in una stazione termale con vasche vuote, non in analisi e, in aggiunta, è stato imbrogliato, gli è costato dei soldi.

Tra me e questo paziente esiste una interazione positiva fortemente seduttiva, che rende difficile ad entrambi esprimere rabbia e disapprovazione. Il sentimento del sogno è molto lontano dalla sua esperienza consapevole. Non posso trattenermi dall'aggiungere che la seconda stanza probabilmente si riferisce al mio bagno privato, in cui si entra dallo studio. Il paziente ha problemi di bisogni urgenti e spesso, durante le sedute, deve urinare. È l'unico paziente che non mando nel bagno della sala d'attesa. Non intendo esplorare estesamente questo sogno. Ne parlo solo per illustrare un'esperienza piuttosto tipica per me: piuttosto che fare interventi riferiti al passato nella speranza che siano mutativi, preferisco prestare attenzione alla comprensione, che avviene solo dopo, degli aspetti della nostra interazione che avrebbero dovuto essere ovvi per me, ma che non lo erano stati a causa della mia partecipazione vergognosamente non consapevole. Solo dopo mi diventa chiaro come l'esperienza di vita del paziente, la mia esperienza di vita e il nostro campo interazionale convergono a creare un potente campo trasformazionale. Mea culpa! Mi sentirei certamente peggio se non pensassi che si tratta di un'esperienza psicoanalitica normale e inevitabile.

Nei libri di favole della mia infanzia c'era un uccello immaginario chiamato "l'uccello strampalato", che poteva volare solo all'indietro, così da avere un'ampia visione di dove era stato, ma non di dove stava andando. Io penso al controtransfert come ad una cosa simile. Dopo che è stato elaborato, ed è a volte necessario un considerevole lasso di tempo, quando ci ripenso, mi sembra così chiaramente ovvio che mi vergogno a presentare il materiale ai colleghi. Se si riuscisse ad afferrare immediatamente che cosa sta succedendo, a rispondere spontaneamente al paziente e quindi ad evidenziare le dinamiche, si avrebbe certamente una rivelazione, ma più simile ad una esperienza religiosa che terapeutica. Il paziente pretenderebbe allora di essere curato da un terapeuta onnisciente, non, come avviene nel caso della psicoanalisi, da un analista carente, così da poter mobilitare le proprie risorse creative per aiutare l'incerto terapeuta. È ciò che H. S. Sullivan aveva in mente quando disse: "Dio mi guardi da un bravo psicoanalista!".

Abbiamo passato in rassegna l'interpretazione come trasmissione della verità canonica, l'interpretazione come narrazione emergente, costruita mutualmente e l'interpretazione come *enactment*. Davvero, le parole sono anche fatti, come ha detto Wittgenstein!

A questo punto credo che ci sia ancora un ulteriore passo da fare. Nel 1972, ho sostenuto che l'interazione tra terapeuta e paziente trasforma il contenuto in esame, il che significa che lo schema del transfert-controtransfert corrisponde a ciò di cui il paziente parla in analisi. Questa corrispondenza, questo metaforico emergere dello schema è, io credo, la chiave dell'intervento terapeutico. I pazienti, come sappiamo, entrano nella stanza d'analisi, dicono qualcosa a caso e procedono con racconti a portata di mano. Questa scioltezza è spesso il *leitmotif* di tutta la seduta. Anche se si ricorre alle associazioni libere, alla narrazione o all'impiego di domande mirate, durante la seduta e di seduta in seduta, emergerà sempre uno schema coerente. Anche se si smette di chiedere associazioni o approfondire dettagli, si assiste alla stessa sorprendente situazione: gli stessi temi emergono, per così dire, verticalmente dal flusso orizzontale. Dall'interesse di Freud per le libere associazioni, al flusso della coscienza di James, fino all'impiego delle domande mirate di Sullivan, siamo in presenza di una eccezionale, intrinseca coerenza delle produzioni psicoanalitiche. Questi schemi ripetitivi, queste risonanze di temi, passano attraverso le produzioni del paziente, attraverso l'*enactment* paziente-analista, scaturendo dalla matrice socio-culturale nella quale entrambi sono radicati. È così!

Permettetemi di citare come esempio un altro sogno di transfert per illustrare questa ricorrenza di schemi. Al mio ingresso nella stanza d'attesa, il paziente, un uomo mite ed educato, sta parlando al cellulare. Alza lo sguardo, ma, stranamente, almeno per lui, continua a parlare. Entra nel mio studio ancora attaccato al telefono, sta in piedi, finisce la telefonata e poi si scusa. Il tutto sembra strano e inconsueto. Iniziamo la seduta, nella quale racconta due sogni. Ci soffermiamo parecchio tempo sul primo, che sembra riferirsi chiaramente al suo problema del momento. Per la verità, risulta fortemente confermata l'ipotesi che avevo in testa. Evito i dettagli, per non essere prolisso. Verso la fine della seduta, il paziente ricorda improvvisamente un secondo sogno. "Sto facendo una telefonata d'affari. Seduta di fronte a me c'è una donna nuda, che mi sta provocando in modo evidente. Io le faccio cenno: 'Aspetta, devo finire la telefonata'. Alzo lo sguardo e vedo, nell'angolo, mio padre, in piedi. Non sembra minaccioso o spettrale". Suo padre è morto.

Non ho bisogno di dire che tutte le sue indicazioni, dove è seduta la donna, dove sta suo padre, corrispondono esattamente a punti del mio studio. L'*acting-in* della telefonata dice chiaramente che questo sogno è un sogno di transfert. Lo schema, seguito metaforicamente dal sogno, si riferisce alla sua vita, alla sua terapia, alla storia con la sua famiglia, ma anche alla mia vita e alla mia interazione con lui, che è stata, ahimè, alquanto seduttiva. Noterete che entrambi i miei pazienti mi accusano della stessa colpa, della quale ero tutt'al più marginalmente consapevole. Arnold Rothstein (1995) ha notato recentemente che coinvolgere nel lavoro analitico il paziente riluttante, una contraddizione rispetto ai bei vecchi tempi in cui c'erano più pazienti che analisti e i pazienti dovevano provare all'analista il suo valore, richiede una certa iniziale seduttività. Il trucco è sapere quando fermarsi!

Lionel Trilling (1951) ha chiamato la psicoanalisi "la scienza dei tropi", cioè, la scienza delle figure retoriche del discorso. La metafora, secondo Vico, è la "più luminosa e perciò la più necessaria e frequente" dei tropi, ed è anche alla base delle teorie linguistiche moderne (Eco, 1984). Gli psicoanalisti sono sempre alla ricerca di metaforiche "trasposizioni" di significato. Correlare il presente del paziente con le fantasie o le esperienze del passato o correlare un sogno con contenuti attuali è di per sé un'azione metaforica, letteralmente una "trasposizione". Come ho detto in precedenza, credo che questa stessa risonanza o trasposizione di schemi, entrambe universali e, allo stesso tempo, altamente idiosincratiche, ricorrano simultaneamente nel campo interazionale del paziente e del terapeuta, vagamente definite come "transfert-controtransfert". Ho sempre ritenuto questa strana corrispondenza, questa inconscia attività mentale, l'aspetto più misterioso e potenzialmente terapeutico della prassi psicoanalitica. Resto sempre infinitamente attonito di fronte alla profondità con cui partecipo ed entro in risonanza con il vissuto del paziente e con la mia stessa esperienza di vita. Un fattore così profondamente organizzante non può essere senza significato. Hofstadter ha detto che "tanto più si osservano manifestazioni differenti dello stesso fenomeno, tanto più profondamente si comprende il fenomeno e tanto più chiaramente si può scorgere il filone di uniformità ripetitiva che attraversa quelle manifestazioni differenti" (Hofstadter, 1985). È possibile che una crescente consapevolezza di questi schemi sia la chiave della terapia. Non è la stessa cosa di una narrazione derivata da uno scambio reciproco, perché le trasposizioni metaforiche consentono innumerevoli narrazioni. Cioè, intorno alla stessa metafora si può costruire una varietà di storie e il valore della narrazione può essere meno nella narrazione in quanto tale, che nel suo essere espressione di significati possibili. Per esempio, le "Metamorfosi" di Kafka sono state lette come una parabola della alienazione sociale, delle dinamiche edipiche e del cristianesimo.

Bronowski (1966) ha detto che "ogni atto di immaginazione è la scoperta dell'uguaglianza tra due cose che si pensavano diverse". Non so perché un atto di immaginazione dovrebbe produrre cambiamento, ma, quando questi schemi diventano più dettagliati e più focalizzati, i pazienti sembrano cambiare. È possibile che la consapevolezza sia in se stessa mutativa; più probabilmente, la consapevolezza stimola piccoli cambiamenti che incrementano la partecipazione, a tal punto che il terapeuta può sentire di guidare un

processo, trasportato da questo flusso. Piccoli *inputs* possono davvero causare grandi cambiamenti, secondo il famoso “effetto farfalla” della teoria del Caos.

Siamo radicati in questa trama di eventi sincretici e la relazione tra ciò che io faccio e come il paziente risponde è quasi sempre non lineare e inevitabilmente oscura. In larga misura, ciò evita l’eterno problema dell’ambizione terapeutica, del bisogno di curare il paziente a ogni costo. Con la carenza di pazienti, il disagio dei pagamenti per conto terzi e la predilezione per i farmaci, tutte cose politicamente reazionarie, (“non ti preoccupare di cambiare la vita, prendi una pillola!”), gli analisti sono con le spalle al muro. La tentazione di fare pressioni è immensa. La conseguenza è l’uso retorico del linguaggio psicoanalitico, la pressione verso il possibile cambiamento (Levenson, 1978). Si noti che il terapeuta non tenta di perfezionare o purificare la propria partecipazione, ma di portarla a coscienza, non per ottenere una risposta mutativa dal paziente, ma per suscitare, nei limiti del possibile, una chiara e consapevole. Si pensi a quei pazienti che portano sogni intensi, come se fossero un campionario per la nostra edificazione, non per la loro. Vogliamo che i pazienti attingano alle loro risorse, godano dell’immaginazione e permettano al terapeuta di partecipare al processo senza doverlo dominare o sentirsi deficiente se non capisce ciò che accade.

Come dice con finezza Masud Khan, siamo i servitori del processo dei pazienti. Contemporaneamente, però, siamo anche immersi in un processo umano più ampio, che ha a che fare con la metafora: la creazione di schemi. Se questi schemi siano intrinseci alla realtà o siano nostre costruzioni è stato discusso fin dai tempi di Platone e non è rilevante per questa mia esposizione.

Nonostante io non sia molto interessato alla musica e piuttosto ignorante in matematica, ho la forte sensazione che il processo psicoanalitico non sia così diverso da questi due ambiti tra loro molto correlati. L’analista in sintonia ascolterà certamente melodiose armonie nel corso di una seduta e di seduta in seduta, per usare un’immagine di Pitagora, che parla di “musica delle sfere”.

L’importanza attribuita al contenuto dell’interpretazione, l’insistenza sull’autorevolezza di un interprete neutrale e sul campo non-interattivo hanno certamente influenzato gli assunti clinici e ritardato il cambiamento. Ma l’illusione che la psicoanalisi sia una “scienza ermeneutica” non è un gran progresso, poiché l’analista, arrivando a narrazioni congiunte, può essere così prevenuto e dottrinario quanto il suo predecessore. È necessario qualcosa di nuovo. La psicoanalisi si innesta in un processo più ampio e profondo che riguarda non tanto la psicoterapia o la psicopatologia, ma la centralità della metafora, una modalità tipicamente umana di organizzare l’esperienza e percepire la realtà. Noi sovrapponiamo i nostri canoni a questa struttura profonda, ma faremmo meglio a non confondere le nostre mappe con il misterioso territorio sconosciuto della mente.

BIBLIOGRAFIA

- Boesky D. (1992) *Review of 'The use of the self: Countertransference in the analytic situation* International Journal of Psycho-Analysis, 73, pp. 370-372.
- Bouchard, M.A. (1995) *The specificity of hermeneutics in psychoanalysis: leaps on the path from construction to recollection* International Journal of Psycho-Analysis, 76, pp. 533-546.
- Bromberg P. (1996) *Hysteria, dissociation and cure: Emmy von N. revisited*. Psychoanalytic Dialogues, 6, pp. 65-71.
- Bronowski J. (1996) *The creative process* Scientific American, 3, pp. 5-11.
- Brook A. (1995) *Explanations in the hermeneutic science* International Journal of Psycho-Analysis, 76, pp. 519-532.
- Eagle N.M. (1987) *La psicoanalisi contemporanea* trad. it., Laterza, Bari, 1988.
- Eco U. (1984) *Semeiotica e filosofia del linguaggio* Einaudi, Torino, 1984.
- Eco U. (1990) *I limiti dell’interpretazione* Bompiani, Milano.
- Ehremberg D. (1992) *The intimate edge: extending the reach of psychoanalytic interaction* W.W. Norton, New York.

- Ehremberg D. (1995) *Self-disclosure: therapeutic tool or indulgence?* Contemporary Psychoanalysis, 31, pp. 213-228
- Fiscalini J. (1994) *The uniquely interpersonal and the interpersonally unique* Contemporary Psychoanalysis, 30, pp. 114-134.
- Freud A. (1968) *Difficoltà della psicoanalisi: confronto tra punti di vista passati e presenti* trad. it., Opere, vol. III, Boringhieri, Torino, 1979.
- Freud S. (1895) *Progetto di una psicologia* OSF, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud S. (1925) *Autobiografia* OSF, vol. X, Boringhieri, Torino, 1979.
- Freud S. (1887-1904) *Lettere a Wilhelm Fliess* Boringhieri, Torino, 1986.
- Gill M.M. (1982) *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert* trad. it., Astrolabio, Roma, 1985.
- Gill M.M. (1983) *The interpersonal paradigm and the degree of the analyst's involvement* Contemporary Psychoanalysis, 18, pp. 200-237.
- Gruenbaum A. (1977) *How scientific is psychoanalysis?* in R. Stern, L. Horowitz, J. Lynes (a cura di) *Science and psychotherapy* Haven Press, New York.
- Hayek, F. A. (1978) *New studies in philosophy, politics, economics and the history of ideas* University of Chicago Press, Chicago.
- Hofstadter D. (1985) *Metamagical themes: questing for the essence of mind and pattern* Basic Books, New York.
- Hofstadter D. (1995) *Fluid concepts and creative analogies* Basic Books, New York.
- Hofstadter D., Dennet, D (1981) *The mind's I: fantasies and reflections on self and soul* Basic Books, New York.
- Jacobs T. (1986) *On countertransference enactments* Journal of the American Psychoanalytic Association, 34, pp. 289-308.
- Kahn M. (a cura di) (1972). *Exorcism of the intrusive ego-alien factors in the analytic situation and process* Science House, New York.
- Laplanche J., Pontalis J. B. (1967) *Enciclopedia di psicoanalisi* trad. it., Laterza, Roma-Bari, 1981.
- Levenson E. (1978) *Psychoanalysis: cure or persuasion?* in E.G. Witenberg (a cura di) *Interpersonal psychoanalysis: new directions* Gardiner Press, New York.
- Popper K.R. (1962) *Congetture e confutazioni* trad. it., Il Mulino, Bologna, 1972.
- Rothstein A. (1995) *Psychoanalytic technique and the creation of the analytic patient* International Universities Press, New York.
- Shah I. (1970) *Tales of the dervishes* E. P. Dutton, New York.
- Stern D.B. (1991) *A philosophy for the embedded analyst: Gadamer's hermeneutics and the social paradigm of psychoanalysis* Contemporary Psychoanalysis, 27, pp.51-80.
- Strenger C. (1991) *Between hermeneutics and science: an essay on the epistemology of psychoanalysis* International Universities Press, Madison.
- Sulloway F. (1979) *Freud: biologo della mente* Feltrinelli, 1982.
- Thompson M. G. (1985) *The death of desire: a study in psychopathology* New York University Press, New York.
- Trilling L. (1951) *Freud and literature* in *The liberal imagination* Viking Press, New York.