

Il problema del rapporto tra teoria e tecnica*

[...] In psicoterapia, il rapporto tra teoria e clinica (o tra teoria e tecnica) ha sempre rappresentato un problema, nel senso che non sempre è stato coerente, con un polo strettamente connesso all'altro. Anzi, spesso e volentieri venivano costruite delle teorie suggestive o affascinanti che però potevano spiegare dati clinici anche opposti a quelli per i quali erano state create (nel linguaggio di Popper [1957], queste teorie non erano "falsificabili", perché ad esempio erano così elastiche che potevano spiegare tutto e quindi nulla [vedi Migone, 1989]). La teoria della psicoanalisi, come è noto, viene chiamata "metapsicologia", poiché sta dietro, al di là, della psicologia intesa come clinica, cioè come studio del comportamento (allo stesso senso in cui si può intendere la metafisica quella che sta dietro alla fisica, al mondo apparente). Tradizionalmente la metapsicologia è rappresentata dai vari modelli astratti proposti da Freud (ad esempio i concetti di Io, Es e Super-Io, libido, ecc.). Va notato che Freud era ben consapevole che questi concetti metapsicologici erano provvisori, spesso insoddisfacenti, e sperava che in futuro sarebbero stati rimpiazzati da altri più appropriati alla luce delle scoperte che sarebbero state fatte sul cervello e sul funzionamento mentale (l'ambivalenza di Freud verso la metapsicologia era ben testimoniata dal fatto che la chiamava la sua "strega").

Ma i problemi del rapporto tra teoria e clinica non sono solo questi. Un altro grosso problema è derivato dal fatto che spesso il confine tra i due livelli non è chiaro, sono stati confusi tra loro e quasi sovrapposti, scordando la differenza tra descrizione e spiegazione, come se si potesse descrivere un fenomeno clinico direttamente con una formulazione metapsicologica, per di più ipotetica. In molti analisti era diffusa l'abitudine di parlare di un caso clinico direttamente in termini di libido, Es, Edipo, e così via, al punto che la vera storia del paziente veniva scordata e si rimaneva ad un astratto livello onniesplicativo (e forse onnipotente) che aveva soprattutto un effetto autorassicuratorio per l'analista, mentre il paziente si allontanava sempre di più, inascoltato e non conosciuto nella sua realtà "clinica". Negli Stati Uniti, dove la psicoanalisi si era diffusa più che in ogni altro paese, questa situazione raggiunse il suo apice a cavallo degli anni 1970, quando l'insoddisfazione crescente culminò nella proposta di George S. Klein (1976a, 1976b), uno psicologo americano appartenente al gruppo di David Rapaport, che dichiarò esplicitamente l'esistenza di "due teorie psicoanalitiche", quella clinica e quella metapsicologica, ormai divorziate e non più riavvicinabili al punto che una delle due (la metapsicologia) doveva secondo lui essere abbandonata del tutto (molto eloquente è il titolo del libro a cura di Gill & Holzman [1976], *Psychology versus Metapsychology*, che è appunto una raccolta di saggi in memoria di George S.

Klein, all'interno del quale vi è un saggio di Gill [1976] intitolato "Metapsychology is not psychology", cioè "la metapsicologia non è psicologia"). La proposta di George Klein, poiché criticava anche il fatto che la metapsicologia freudiana si reggeva su un impianto energetico-fisicalistico proprio delle scienze naturali e non delle scienze umane, necessariamente sfociò nella soluzione ermeneutica, continuata poi da altri ex-allievi di Rapaport come Schafer (1976), Spence (1982), ecc. (vedi Gill & Holzman, 1976; Gill, 1976; Rubinstein, 1967, 1952-83, 1980; Fabozzi & Ortu, 1996; Dazzi, 1985; ecc.).

Ovviamente per il progetto scientifico freudiano la teoria doveva essere invece una sola, con un saldo legame con la clinica e con diversi livelli diversi di astrazione a seconda dei dati che si intendevano spiegare. Invece la proposta di George S. Klein, come si è detto, fu di abbandonare la teoria metapsicologica e di mantenere solo una teoria clinica, rifondata su nuove basi (purtroppo la sua prematura morte gli impedì di completare la sua ricerca [per un profilo biografico di George S. Klein, vedi Migone, 1995a, pp. 229-232]). Altri autori (tra cui si possono includere Peterfreund [1971, 1983], Rosenblatt & Thickstun [1977], Rubinstein [1952-1983], Holt [1989], Bowlby [1969], ecc.), pur riconoscendo a George S. Klein il merito di aver posto con chiarezza questa problematica, non furono d'accordo con la sua proposta che sembrava solo una provocazione, e proposero semplicemente di migliorare o modificare la metapsicologia (ricorrendo ad esempio alla teoria dei sistemi o dell'informazione, o alle neuroscienze) per ricucire lo strappo tra teoria e clinica, non essendo possibile alcuna clinica senza una teoria più generale alle spalle (una "clinica senza teoria" infatti semplicemente non può esistere).

Se guardiamo alla storia della psicoanalisi (in cui certi passaggi in fondo sono stati paradigmatici per la storia di tutte le psicoterapie), vediamo che Freud partì da determinati quadri clinici, quelli che lui chiamò isterici, per formulare le sue ipotesi teoriche: prima il modello topico (conscio, preconscious, inconscio), poi quello strutturale, cioè la seconda topica (Io, Es, Super-Io), e così via. Se osserviamo come la teoria si è andata modificando nel corso del Novecento, arricchendosi continuamente in un processo che oggi è tutt'altro che completo, notiamo che quasi sempre le più grosse spinte all'innovazione teorica sono venute dalla sperimentazione clinica con quadri "al confine" della patologia tradizionale, cioè con situazioni cliniche spesso considerate non adatte alla psicoanalisi. A volte si è trattato di veri pionieri che, andando contro le direttive freudiane, sperimentavano la tecnica psicoanalitica in situazioni eterodosse rischiando persino l'espulsione dal movimento psicoanalitico; non raramente decenni dopo si è assistito al recupero, da parte della psicoanalisi ufficiale, delle idee di alcuni pionieri facendole passare come "nuove" acquisizioni.

Facendo un breve panorama di questi sviluppi, tra i primi e più noti ricercatori che tentarono la psicoanalisi in quadri precedentemente esclusi fu Sullivan, il quale lavorò fin dagli anni 1920 con gli psicotici, formulando quello che poi verrà conosciuto come approccio "interpersonale" e al quale poi si avvicineranno settori della psicoanalisi ufficiale. Un'altra figura importante che sperimentò la psicoanalisi in situazioni cliniche nuove fu Melanie Klein, che provò ad utilizzarla coi bambini (con la tecnica del gioco), contribuendo alla formulazione di ipotesi teoriche originali che furono in seguito foriere di sviluppi che arricchirono l'intero bagaglio psicoanalitico (si pensi solo al concetto di identificazione proiettiva [Migone, 1988]). Altre situazioni cliniche di confine che permisero grossi avanzamenti teorici sono state i disturbi di personalità, in particolare quello narcisistico (dove l'opera di Kohut ha rappresentato una delle sfide forse più interessanti alla tecnica classica [vedi Migone, 1993]), quello borderline (si pensi a un Kernberg [vedi Migone, 1990, 1991a, 1999a, 1999b]), e così via; inoltre le famiglie (anche questa un'importante area applicativa che ha portato a una ricchissima messe di studi e di critiche all'approccio tradizionale, si pensi solo a quelle provenienti dall'area sistemica), i gruppi, gli adolescenti, i disturbi alimentari, la delinquenza, ecc.

Ebbene, è il caso di dire che oggi una delle ultime frontiere è quella della tossicodipendenza, per la quale la psicoanalisi classica in genere veniva considerata poco efficace se non controindicata. Gli operatori che lavorano quotidianamente con i tossicodipendenti devono considerarsi quindi degli eroici esploratori che avanzano in una terra avversa e sconosciuta e che rischiano costantemente insuccessi e frustrazioni, ma che nel contempo rischiano anche di fare scoperte, di esplorare nuovi territori arricchendo il bagaglio di tutti i terapeuti. [...]

* tratto da "[Quale psicoterapia per i tossicodipendenti?](#)" di P. Migone