

TEORIA DEL PLACEBO IN MEDICINA E PSICOLOGIA VERSUS TEORIA DELLA SUGGESTIONE IN PSICANALISI: UNA VALUTAZIONE EPISTEMOLOGICA

Pamela Cagna

Abstract

The theory of placebo in medicine and psychology versus the theory of suggestion in psychoanalysis: an epistemological assessment.

Two theoretical models are here compared: the theory of placebo in medicine and psychology, and the theory of suggestion in psychoanalysis. Their strengths and weaknesses are pointed out, particularly in relation to the issue of empirical objectivity in the natural sciences. Current discussions on the problem of placebo entirely overlook the longstanding and fascinating debate on the problem of suggestion, which took place between the second half of the 1800s and the first half of the 1900s. Specifically, they disregard one insightful observation that Freud made as early as in 1888: that suggestion features both an *objective* aspect, which lies in that many physiological phenomena have a psychological correlate, as well as a *subjective* aspect, which is the influence the therapist exerts on the patient, consciously or unconsciously. Allowing for the distinction between these two components within the model enables psychoanalysts to solve the methodological problem of warranting the objectivity of their theories, and it can also trace the path to further development for medicine and psychology.

Keywords: *placebo effect, suggestion, method, objectivity, medicine, psychology, transference.*

Ma vi è una cosa ancora più grande di tutto ciò che ho detto ed è questa, cioè che, sebbene l'anima razionale non possa venir costretta, perché gode del libero arbitrio, tuttavia può efficacemente venir disposta, indotta e eccitata, così che volentieri voglia mutare i suoi costumi, i suoi affetti e le sue volontà secondo l'arbitrio di un'altra persona e questo può avvenire non solo per un individuo, ma per un esercito intero, per una città, e per tutti gli abitanti di una regione. Aristotele nel libro dei Segreti insegna a compiere tale cosa, sia nel caso di una regione, che di un esercito e di un

individuo. E in ciò è quasi il limite della natura e dell'arte.

Ruggero Bacone, *De secretis operibus artis et naturæ et nullitate magiæ*¹

Io sono del parere che l'intenzione dell'immaginazione abbia il suo peso su immagini e medicine, non tanto al momento della preparazione, quanto in quello dell'applicazione: ad esempio, se un tale, a quel che si dice, porta indosso un'immagine fatta nei modi debiti, o certamente, se facendo uso analogo di una medicina, desidera intensamente soccorso da quella e crede senza ombra di dubbio e spera con incrollabile fermezza, da questo atteggiamento deriva certo il massimo di incremento all'aiuto che essa può dare.

Marsilio Ficino, *De vita*²

1. Introduzione

Diversamente dalle scienze formali quali la matematica e la logica, definite dal concetto di verità come *coerenza*, l'orizzonte delle scienze naturali è circoscritto alla verità come *corrispondenza*. In altri termini un'ipotesi teorica, per essere accettata come scientifica, deve soprattutto essere corroborata sperimentalmente. Non che il problema della coerenza non si ponga anche nelle scienze naturali ma è secondario. Un esempio clamoroso di ciò è offerto dalla vicenda storica dell'Elettrodinamica Quantistica la cui teoria presentò gravi elementi d'incoerenza per circa vent'anni, fino al rinvenimento della procedura di *rinormalizzazione*. La ragione per cui in quell'arco di tempo la teoria non fu scartata fu appunto – come osservò Feynman nel libro che le ha dedicato³ – la sua fondatezza sperimentale. Viceversa, una teoria perfettamente coerente ma falsificata dall'esperienza sarebbe stata rigettata senza appello.

¹ Ruggero Bacone (1999), *I segreti dell'arte e della natura e confutazione della magia*, Edizioni Arché, Milano, p. 41.

² Marsilio Ficino (1991), *De vita*, a cura di Biondi A., Pisani G., Edizioni Biblioteca dell'Immagine, Pordenone, p. 185.

³ Feynman R. P. (1989), *QED. La strana teoria della luce e della materia*, p. 156.

2. Il problema fondamentale delle teorie scientifiche: la demarcazione soggetto/oggetto

Agli inizi del secolo scorso la comunità scientifica divenne *acutamente consapevole* di un problema epistemologico che prima non aveva mai davvero preso in considerazione, e lo divenne a causa di qualcosa che riguardava la fisica delle particelle elementari. Nella meccanica classica è perfettamente possibile conoscere esattamente e simultaneamente la posizione e l'impulso di un qualunque mobile (per esempio di un proiettile); ma quando abbiamo a che fare con qualcosa di molto piccolo come un elettrone, una tale conoscenza non è più possibile. Non che non si possano conoscere *separatamente* posizione e impulso, ma è impossibile conoscerle *simultaneamente*: quanto più precisamente si misura la posizione, tanto meno precisamente si può misurare l'impulso e viceversa. A che cosa è dovuta questa stranezza? Al fatto che, nel caso di oggetti così piccoli come le particelle elementari, lo strumento di misura *perturba* le condizioni in cui si trova l'oggetto osservato. E siccome lo strumento di misura è funzione dell'osservatore, si dice che *l'osservazione perturba l'oggetto*.

Questo nella fisica classica non era mai successo: si era sempre supposto che il sistema osservato rimanesse *indipendente* dalle misurazioni effettuate. Per l'atomo invece le cose sono differenti: l'azione esercitata dalle condizioni sperimentali sui processi atomici è ineliminabile, ed è impossibile operare una sottrazione che permetta di ritrovare la manifestazione «pura» dell'oggetto.

Si sa come i fisici quantistici hanno tamponato la situazione per ripristinare una certa oggettività della teoria: mediante il concetto di «ampiezza di probabilità», ossia dando all'oggettività una forma statistica. Naturalmente questo non è lo stesso tipo di oggettività vigente nella fisica classica, e ciò ha portato a distinguere tra oggettività *forte*, che è quella, per esempio, della meccanica classica, e oggettività *debole*, ossia quella della fisica quantistica.

3. Il problema del placebo in medicina

Generalmente si pensa che quello della fisica quantistica sia l'unico ambito in cui l'osservatore perturba l'osservato, ma non è affatto così.

A ben guardare la medicina ha incontrato lo stesso genere di problema – e questo a un livello assolutamente macrofisico – con il cosiddetto «effetto placebo». Un placebo è una «forma farmaceutica che non contiene sostanze biologicamente attive»⁴ ma che può produrre effetti terapeutici positivi *in base alle aspettative di chi lo assume*, effetti che però non sono né stabili né duraturi. Il fatto stesso di somministrare il placebo è ciò che suscita tali aspettative: dunque anche in questo caso, come nella fisica quantistica, si può dire che la posizione dell'osservatore

⁴ *Dizionario di medicina*, (2010), *sv* Placebo.

non è «neutra» rispetto all'oggetto osservato. In farmacologia questo è un problema rilevante quando si tratta di valutare l'efficacia di un determinato principio attivo, perché non si riesce a capire se l'eventuale miglioramento del paziente sia dovuto al principio attivo o a un concomitante effetto placebo. Per ovviare a questa difficoltà sono stati ideati i cosiddetti «studi in doppio o triplo cieco», ossia situazioni extracliniche in cui né chi assume il farmaco né chi lo somministra sa quando si tratti del principio attivo o del placebo, dopodiché si fanno valutazioni statistiche confrontando il gruppo sperimentale con quello di controllo.

Domandiamoci ora: il problema in medicina può dunque considerarsi risolto? Fabrizio Benedetti, ossia uno dei massimi esperti mondiali del placebo, autore di un libro di riferimento⁵ in materia, riconosce che non lo è. Dopo quasi quattrocento interessantissime pagine in cui esamina dettagliatamente il placebo in tutte le sue forme, è costretto a inserire un paragrafo intitolato molto significativamente: «*Le nuove conoscenze dei meccanismi placebo portano al principio d'indeterminazione*».

Questa è la miglior dimostrazione del fatto che dobbiamo comprendere più a fondo i meccanismi neurobiologici della risposta placebo. Prendendo a prestito dalla Fisica il principio d'indeterminazione di Heisenberg, che impone dei limiti alla precisione di una misura [...], lo possiamo applicare ai risultati dei trial clinici. Colloca e Benedetti (2005) hanno fatto notare, relativamente al principio d'indeterminazione, che una misurazione induce necessariamente un disturbo dinamico all'interno di un sistema, sicché nei trial clinici praticamente ogni tipo di farmaco potrebbe indurre un disturbo dinamico nel cervello. La vera natura di tale disturbo è l'interferenza del farmaco iniettato con le vie dell'aspettativa ed è in grado di influenzare sia il calcolo dei risultati che l'interpretazione dei dati. Come nel principio di Heisenberg, pertanto, il disturbo è la causa dell'indeterminazione. [...] Praticamente tutti i farmaci possono infatti interferire con i meccanismi di controllo discendenti per cui tale indeterminazione non può essere risolta dai trial clinici standard. L'unico modo per risolvere, almeno parzialmente, il problema è «silenziare», per così dire, le vie dell'aspettativa; per fare ciò è necessario somministrare la terapia all'insaputa del paziente. Così facendo è effettivamente possibile, almeno in parte, introdurre un farmaco in un «contenitore» vuoto, libero da qualsiasi attivazione delle vie biochimiche che sia stata indotta dai fattori psicologici.⁶

Relativamente a questo brano vi sono da fare due osservazioni.

La prima è che Benedetti confonde qui *il problema epistemico* che ha condotto alla formulazione del principio di Heisenberg *con il principio stesso* che ne è la soluzione. Il principio di Heisenberg in quanto tale, ossia

⁵ Benedetti F. (2015), *Effetti placebo e nocebo. Dalla fisiologia alla clinica*.

⁶ *Ivi*, pp. 385-387.

$$\Delta x \cdot \Delta p_x \geq \frac{\hbar}{2}$$

non ha ovviamente alcun significato in medicina; l'affermazione di Benedetti va dunque rettificata in questo senso: è esatto dire che il problema del placebo in medicina è *analogo* al problema della misura in fisica quantistica, ma non è esatto dire che abbia la sua stessa soluzione.

In secondo luogo occorre notare che definire la somministrazione all'insaputa del paziente una *soluzione parziale* è un modo elegante per ammettere che *nemmeno essa è una soluzione*. D'altra parte, leggendo il resoconto dei trattamenti in condizione «hidden», si può comprendere bene il perché di quel «parziale» con cui Benedetti la qualifica.

Un altro esempio di effetto correlato al placebo consiste nel diminuire l'efficacia di un trattamento scegliendo di somministrarlo di nascosto (condizione «hidden»). Se il paziente è del tutto inconsapevole del fatto che sta ricevendo una terapia medica, ciò rende possibile eliminare la componente placebo (di tipo psicosociale) e analizzare l'effetto specifico del trattamento, libero da ogni contaminazione psicologica [...]. Per fare ciò i farmaci devono essere somministrati da appositi macchinari che pilotano l'infusione all'insaputa del paziente. Infondere un farmaco di nascosto richiede l'uso di una pompa controllata da un computer e preprogrammata per rilasciare il farmaco al momento desiderato. In questi casi, l'elemento cruciale è che i pazienti non sanno di ricevere una terapia e quindi non si aspettano nulla. [...]. Calcolando la differenza tra i risultati clinici che seguono la somministrazione attesa e quella non attesa della terapia, si ottiene la componente placebo (psicologica), senza ricorrere all'uso di alcun placebo.⁷

Rispetto a ciò vi è innanzitutto da osservare che, anche in condizione «hidden», *qualcosa viene comunque fatto al paziente*, ed è quindi assai probabile che le «vie dell'aspettativa» – come le chiama Benedetti – si attivino: per iniettare un analgesico, per esempio, bisogna che almeno venga applicata una flebo, e questo solo fatto crea nel paziente l'aspettativa di ricevere un aiuto, il che lo mette in uno stato di maggiore tranquillità, cosa che può influire sulla percezione del dolore.⁸

⁷ Ivi, pp. 48-49.

⁸ In un esperimento, per esempio, le iniezioni in condizione «hidden» prevedevano che un apparato d'infusione pre-programmato somministrasse il farmaco in assenza di dottori o infermieri nella stanza ma, per quanto il paziente fosse all'oscuro del fatto che gli sarebbe stato somministrato un analgesico, era certamente in grado di accorgersi che *qualcosa* gli veniva iniettato: fatto sufficiente a far sorgere un'aspettativa. In un altro, un cerotto con cui si ricopriva la pelle dopo un'iniezione conteneva una dose di lidocaina e veniva posizionato senza fornire alcuna informazione riguardo al trattamento e alla possibile riduzione del dolore: per giustificare la mancata applicazione di

Purtroppo nulla nella tecnica di somministrazione è dedicato a escludere questa imbarazzante eventualità che, da sola, azzoppa la valutazione della componente placebo. Inoltre il fatto che l'effetto terapeutico possa essere minore nei casi di somministrazione «hidden» non significa automaticamente che la risposta placebo sia scomparsa, perché potrebbe essere soltanto ridotta. Riprenderò più avanti l'esame di questo problema.

4. Il problema del placebo in psicologia

Se non si tiene conto delle correnti della psicologia che o non valutano affatto il problema del placebo oppure lo considerano addirittura un buon mezzo terapeutico – correnti dunque insignificanti da un punto di vista scientifico – bisogna ammettere che l'unico modo di affrontare il problema degno di esser preso in considerazione è offerto da quanti cercano di servirsi di metodi extraclinici analoghi a quelli messi a punto in medicina: gruppi di controllo, ecc. Ora, se si consulta per esempio l'autorevole *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*,⁹ ci si sorprende a constatare un trionfalismo che in medicina abbiamo visto mancare.

Riteniamo inoltre definitivamente provato che l'effetto della psicoterapia non sia riconducibile a un effetto placebo [...] e ribadiamo che, in alcune circostanze, essa sembra più efficace dei farmaci.¹⁰

La notizia sarebbe in sé straordinaria se non fosse corredata da una nota a piè di pagina dai toni assai più mesti.

È assai difficile concettualizzare la condizione sperimentale di «trattamento placebo» in psicoterapia. La letteratura (Kendall, Holmbeck, Verduin, 2004, p. 20) definisce tale condizione come «un trattamento in cui sono presenti solo fattori di intervento non specifici e non attivi» (*sic*).¹¹

lidocaina, ai pazienti era stato detto che il medicinale a volte veniva applicato e altre no, a seconda delle circostanze. Ovviamente, il fatto che l'applicazione di lidocaina fosse comunque *possibile* era ancora una volta un elemento atto a far sorgere un'aspettativa, esattamente come in una lotteria.

⁹ Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (a cura di), (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*.

¹⁰ Cfr. Dazzi N. (2006) «Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia», p. 7.

¹¹ *Ibidem* nota 5. Infatti Benedetti sostiene il contrario di Dazzi: «Siccome è difficile identificare gli effetti placebo nel contesto psicoterapeutico, rimane ancora aperto il dibattito sul ruolo degli effetti placebo e di quelli a esso legati in diverse psicoterapie, così come non è definitiva l'evidenza scientifica della loro efficacia». Vedi Benedetti

Dunque: la granitica certezza che l'effetto psicoterapeutico non sia riconducibile a un effetto placebo riposerebbe su qualcosa di non ben concettualizzato, rivelandosi così un gigante dai piedi d'argilla. Aggiungiamo che alla validità della definizione del trattamento placebo come «un trattamento in cui sono presenti solo fattori di intervento non specifici e non attivi» non crede neppure l'autore del capitolo, visto la *sic* con cui chiude la nota.¹²

La considerazione che le psicoterapie di matrice psicologica non siano altro che trattamenti placebo dovrebbe quantomeno essere suggerita agli studiosi tanto dal fatto che tutti gli oltre quattrocento tipi di psicoterapia esistenti sembrano efficaci allo stesso modo, quanto dal fatto che risultati soddisfacenti possano essere ottenuti anche da psicoterapeuti senza esperienza:¹³ ovviamente il primo significa che la loro efficacia prescinde dalla teoria cui fanno riferimento, e dunque è inutile che il futuro psicoterapeuta studi, e il secondo che è pure inutile che si addestri. Sembra dunque piuttosto evidente che l'efficacia delle psicoterapie abbia un'origine esterna alle teorie psicologiche, le quali esibiscono così una fisionomia decisamente cialtronesca, per quanto mascherata da un serio *iter* accademico.

Ma, anche al di là di queste osservazioni, tale tipo di approccio extraclinico, se applicato in psicologia, è sbagliato in radice, e questo semplicemente perché le metodologie con i gruppi funzionano abbastanza bene in medicina per la ragione che a ciascuno dei componenti il gruppo dei soggetti esaminati si somministra lo stesso principio attivo e a ciascuno dei componenti il gruppo di controllo si somministra lo stesso placebo. Ora, fare la medesima cosa in psicologia è *impossibile*: infatti l'intervento psicologico è sempre personalizzato e consta in genere di una lunga serie di interazioni modellate sulle esigenze di ogni singolo individuo. Trasposto in termini medici, sarebbe come dire che a ciascun componente del gruppo si somministra un principio attivo diverso. Si vede che, semplicemente, salta l'esperienza. Quindi: ciò che funziona abbastanza bene in medicina non può funzionare in psicologia. Per la ragione che ho detto, se un metodo di controllo dovrà esservi in psicologia non potrà essere extraclinico ma dovrà per forza essere *intraclinico*. Ora, di questo fantomatico metodo di controllo intraclinico, in psicologia finora nessuno ha la più pallida idea. E non si dica che vi si fanno comunque studi *single-case*: certo che si fanno, ma sono considerati semplicemente ausiliari e non discriminanti, dunque non possiedono un vero valore metodologico.

F. (2015), p. 248.

¹² Per questo anche: *ivi*, pp. 247-248.

¹³ *Ivi*, pp. 246-247.

5. Il problema della suggestione in psicanalisi

Un fatto che colpisce nelle trattazioni odierne del problema del placebo è che prescindono totalmente dal lungo e interessante dibattito, intercorso tra la seconda metà dell'Ottocento e la prima del Novecento, sul problema della *suggestione*: sembra quasi che il placebo non abbia nulla a che vedere con questa, mentre invece a ben vedere vi è strettamente collegato. Si sa che il problema della suggestione fu lungamente discusso ai tempi in cui si sperimentava l'ipnosi come metodo di cura in psichiatria e neurologia. Si sa anche che il percorso di Freud nell'invenzione della psicanalisi partì proprio da questo tipo di pratica: egli espresse le proprie riflessioni teoriche sul problema soprattutto nella *Prefazione alla traduzione di «Della suggestione» di Hippolyte Bernheim*.¹⁴ In questo saggio egli compie un gesto strategico decisivo che purtroppo non è stato ripreso dagli attuali indagatori del placebo: esso consiste nel distinguere la *suggestione da parte dell'ipnotista* – che chiama suggestione *diretta* – dall'*autosuggestione* del paziente, che chiama suggestione *indiretta*.

La differenza tra una suggestione psichica diretta e una suggestione indiretta, fisiologica, si manifesta forse più chiaramente nell'esempio seguente. Quando io dico a un ipnotizzato: «Il tuo braccio destro è paralizzato, tu non lo puoi muovere», si tratta di una suggestione psichica diretta, Charcot invece batte lievemente sul braccio dell'ipnotizzato, oppure gli dice: «Guarda questa orribile faccia, picchiala» e il soggetto dà un colpo; [in entrambi i casi] il braccio cade giù paralizzato. In entrambi questi due ultimi [casi] la suggestione esterna ha risvegliato in primo luogo una sensazione dolorosa di stanchezza nel braccio, che a sua volta autonomamente e indipendentemente dall'intromissione del medico suggerisce la paralisi, se il termine «suggerire» ha qui ancora un senso. In altre parole, si tratta non tanto di suggestioni, quanto di un incitamento ad autosuggestioni che, come ben comprende chiunque, contengono un fattore obiettivo, indipendente dalla volontà del medico, e rivelano un rapporto tra diverse condizioni di innervazione o eccitamento del sistema nervoso. In virtù di queste autosuggestioni sorgono le paralisi isteriche spontanee, e la tendenza a queste autosuggestioni caratterizza l'isteria assai più che non la suggestionabilità nei confronti del medico, mentre non sembra vi sia un parallelismo tra i due aspetti. [...]. Le suggestioni indirette o autosuggestioni si devono quindi considerare fenomeni tanto fisiologici che psichici, e il termine «suggerire» diviene sinonimo con il risveglio reciproco di condizioni psichiche secondo le leggi dell'associazione. Chiudere gli occhi induce il sonno, perché è connesso con l'idea del sonno quale uno dei suoi fenomeni concomitanti più costanti; una porzione del fenomeno del sonno suggerisce le altre parti del fenomeno complessivo. *Questa connessione dipende dalla natura del sistema nervoso, non dalla volontà del medico*, e non potrebbe sussistere se non si fondasse su alterazioni

¹⁴ Freud S. (1888), *Prefazione alla traduzione di «Della suggestione» di Hippolyte Bernheim*, OSF vol. I.

dell'eccitabilità delle zone cerebrali interessate, nell'innervazione dei centri vascolari, e via dicendo: il quadro che ci si presenta è quindi sia psicologico sia fisiologico.¹⁵

È una distinzione teorica essenziale: nel fenomeno detto di suggestione va riconosciuto un aspetto *oggettivo* consistente nel fatto che molti fenomeni fisiologici hanno un correlato psichico. Questo può certamente essere un problema *conoscitivo*, gnoseologico, che ha bisogno di essere spiegato, ma non è un problema *metodologico* in relazione al controllo dell'oggettività di una teoria.¹⁶ Quest'ultimo si pone solo con la suggestione propriamente detta, ossia con l'influenzamento del paziente da parte della volontà consapevole o inconsapevole del terapeuta. Non distinguere chiaramente, rispetto al placebo, tra gli aspetti gnoseologico e metodologico è quello che lascia la medicina, e *a fortiori* la psicologia, in mezzo al guado.

In medicina la prima cosa che salta agli occhi è l'inadeguatezza del concetto di placebo per la comprensione dei fenomeni suggestivi. Quello di placebo è un concetto rozzo, massivo, che non consente un'articolazione interna come invece quello di suggestione: l'effetto placebo c'è tutto quanto oppure manca del tutto e ciò rende impossibile una reale neutralizzazione della componente soggettiva in ambito sperimentale. Se si considera che il concetto di suggestione e i suoi sviluppi teorici sono stati un prodotto del pensiero medico, personalmente ritengo che quello di placebo sia frutto di un suo deprecabile regresso. Gli esperimenti fatti in proposito sono tutti da reimpostare e reinterpretare: *la medicina non deve chiedersi se vi sia o meno effetto placebo, ma che cosa di questo effetto venga dal terapeuta e che cosa dal paziente*. Ciò è oggi interdetto dall'idea nefasta di poter «introdurre un farmaco in un “contenitore” vuoto, libero da qualsiasi attivazione delle vie biochimiche che sia stata indotta dai fattori psicologici»;¹⁷ che a sua volta si regge sull'illusione che l'organico e lo psichico siano due mondi fondamentalmente estranei l'uno all'altro, che sarebbe quindi possibile separare radicalmente, ma non è così: il secondo è semplicemente un aspetto del primo. Come ho osservato poco sopra, se per ottenere una valutazione dell'effetto placebo fosse necessario resecare ogni manifestazione psichica dall'organismo, questo tipo di esperimento sarebbe del tutto impossibile. Ma lo scopo dell'esperimento non dovrebbe essere affatto questo, perché non si tratta di eliminare ogni forma di aspettativa ma semplicemente neutralizzare le aspettative che il terapeuta potrebbe indurre nel paziente. Per raggiungere l'obiettivo di valutare l'effetto placebo *non si tratta di separare l'organico dallo psichico, ma le aspettative indotte dal terapeuta da quelle spontanee del paziente, che sono ineliminabili*. A questo proposito va riba-

¹⁵ *Ivi*, pp. 76-77. Il corsivo è mio.

¹⁶ *Ivi* comprende quelle che stanno dietro la proposta di un determinato principio attivo per la cura di una determinata patologia.

¹⁷ Vedi *supra*, citazione di cui alla nota 6.

dito che gli esperimenti di somministrazione «hidden» di farmaci non risolvono affatto il problema dell'effetto placebo, nemmeno parzialmente come crede Benedetti. Per comprenderlo bisogna riandare alle differenti posizioni che il terapeuta prende nella suggestione ipnotica diretta e indiretta: nella prima egli *suggerisce* qualcosa che dunque ovviamente viene da lui, nella seconda egli si limita a *catalizzare* la manifestazione di qualcosa che viene invece dal paziente. L'esperimento funzionerebbe quindi se l'ospedale, le macchine cui viene attaccato il paziente, ecc., fossero dei semplici catalizzatori, mentre invece sono purtroppo dei fortissimi suggeritori. L'ospedale innanzitutto, che è per definizione un luogo di cura, un luogo in cui si concretizza la volontà dei medici di alleviare le sofferenze dei pazienti, costituisce un immane dispositivo per *suggerire* aspettative, questa volta sì indotte dalla comunità dei terapeuti, aspettative che nessuna somministrazione «hidden» di un farmaco riuscirà mai a neutralizzare. Ugualmente, la semplice applicazione di un mezzo per somministrare farmaci può *suggerire* rappresentazioni anticipatorie positive pur senza che si sappia se un farmaco è stato somministrato o meno, e questo dipende certamente dai terapeuti, non dal paziente. Dobbiamo perciò riconoscere che, nonostante gli sforzi profusi, la medicina non arriva a una piena oggettivazione degli effetti farmacologici.

Del pari, questa distinzione freudiana fa crollare miseramente l'unico pilastro empirico su cui pretendono di reggersi le psicoterapie: mi riferisco qui agli studi che attesterebbero un'efficacia maggiore dei trattamenti psicoterapeutici rispetto al placebo. Un «trattamento in cui sono presenti solo fattori d'intervento non specifici e non attivi»¹⁸ è un intervento in cui il terapeuta chiacchiera del più e del meno, certo non dei problemi del paziente. In questo caso non è difficile capire che l'unica forma di suggestione possibile può essere evocata solo dalla pura presenza del terapeuta, e sarà quindi definibile in termini di suggestione indiretta, di autosuggestione. È chiaro che in situazioni in cui si aggiungesse un intervento psicoterapeutico specifico e attivo veicolante una suggestione diretta, l'eventuale effetto pseudoterapeutico si rafforzerebbe, fornendo così i risultati tanto vantati dagli psicologi. Ma, appunto, questi risultati non provano affatto – come invece essi credono – che la psicoterapia sia differente dal placebo; provano soltanto che l'effetto pseudoterapeutico di una suggestione diretta è apparentemente più efficace di quello di una semplice autosuggestione.

Torniamo alla psicanalisi e al suo modo di concepire la suggestione: Freud ci ha spiegato che non dobbiamo discriminarla massivamente, soltanto la suggestione diretta deve esserlo perché è questa che può perturbare l'oggetto osservato impedendoci di raggiungere l'oggettività. La suggestione indiretta invece è qualcosa che fa parte dell'oggetto e non proviene da un'ingerenza dell'analista. Così, mentre la suggestione diretta andrà semplicemente eliminata, quella indiretta – in quanto parte integrante della vita psichica del paziente – dovrà essere *interpretata*

¹⁸ Cfr. citazione nota 11 *supra*.

ta, decifrata attraverso quella che si chiama «analisi del transfert»: il concetto di suggestione indiretta o autosuggestione è infatti il punto di origine storico e concettuale del concetto di transfert nella teoria freudiana.

La situazione è altresì complicata dal fatto che la suggestione diretta impartita dall'analista potrebbe essere *unbeabsichtigten* – come Freud stesso si esprime – ossia *inintenzionale*:¹⁹ l'analista stesso potrebbe non esserne a conoscenza.

Si comprende molto bene che il problema di discriminare gli effetti dovuti a una suggestione diretta si pone principalmente quando il trattamento psicanalitico comincia a produrre nel paziente dei miglioramenti, perché questi ultimi potrebbero essere dovuti alle costruzioni analitiche oppure a suggestione diretta, oppure ancora a un concorso delle due. Il metodo freudiano di controllo intraclinico degli effetti terapeutici è stato messo in luce ed esposto nel dettaglio da Franco Baldini:²⁰ mi limiterò qui a riprenderne gli aspetti strettamente legati al problema della suggestione.

Come è dunque possibile eliminare la suggestione diretta dalla scena del trattamento? Mediante un espediente tanto semplice da non essere mai venuto in mente a nessun altro che a Freud.

Nei successi che subentrano troppo presto scorgiamo piuttosto ostacoli che incoraggiamenti al lavoro analitico, e distruggiamo nuovamente questi successi, dissolvendo di continuo la traslazione su cui sono basati. In fondo, è quest'ultimo tratto che distingue il trattamento analitico da quello puramente suggestivo e libera i risultati analitici dal sospetto di essere successi dovuti a suggestione.²¹

Questo è dunque, per dichiarazione esplicita di Freud, il tratto caratterizzante del trattamento psicanalitico. Che cosa fa insomma Freud per accertarsi che gli effetti del trattamento siano esenti da suggestione diretta? A partire dal momento in cui il suo metodo comincia a mostrare qualche successo, egli imputa integralmente questo successo alla suggestione e, come tale, lo ricusa. Anzi, fa di più, perché si sforza in ogni modo di dissolverlo.

Come si può distruggere un miglioramento dovuto alla suggestione diretta? Basta ricordarsi di una curiosa proprietà della suggestione che Freud aveva potuto

¹⁹ Freud S. (1915-17), *Introduzione alla psicanalisi. Lezione 27. La traslazione*, OSF vol. VIII, p. 595.

²⁰ Per questo vedi Baldini F. (1998), "Freud's line of reasoning. A note about epistemic and clinical inconsistency of Grünbaum's argument pretending to confute Freud's therapeutic approach, with reference to the thesis of Stengers on psychoanalysis"; vedi anche: Baldini F., Ottolini I. (2006), "La riscoperta vailatiana della *consequentia mirabilis* e il suo attuale impiego nella scienza sperimentale: il caso della psicanalisi", pp. 130-145.

²¹ Freud S. (1915-17), *Introduzione alla psicanalisi. Lezione 28. La terapia analitica*, OSF vol. VIII, p. 601.

constatare fin dai tempi in cui, giovane medico, assisteva alle lezioni parigine del professor Charcot. Mediante la suggestione – in quel caso ipnotica – Charcot poteva far scomparire i sintomi, ma poteva anche farli *ricomparire*. La suggestione cioè funzionava nei due sensi. Così Freud rivolge la suggestione diretta *contro* i risultati apparenti del suo lavoro. Ora, nella misura in cui il paziente è suggestionabile, se la suggestione fosse la vera causa dei risultati, questi dovrebbero venire immediatamente dissolti. Se e quando non è così, cioè se e quando si osserva che il miglioramento nella condizione sintomatica del paziente sussiste stabilmente, esso non potrà essere attribuito al nostro influsso suggestivo *in quanto noi lo abbiamo concentrato nell'impresa contraria*: quella, appunto, di dissolverlo. Il paziente, cioè, mantiene il miglioramento *contro* la suggestione.

È questo che costituisce, per gli psicanalisti autentici, garanzia probante della correttezza scientifica del loro lavoro. Si tratta di una vera e propria regola metodologica che Baldini ha chiamato *Modulo Epistemico Standard* e che recita: «Quando, nel corso di un'analisi, si produce un miglioramento delle condizioni sintomatiche di un paziente bisogna cercare in tutti i modi di dissolverlo mediante, appunto, una suggestione diretta». Se il paziente è suggestionabile il miglioramento si dissolverà mostrando di essere un falso miglioramento, se invece non è suggestionabile il miglioramento si manterrà dimostrando così di essere causato da una costruzione vera.

Come ho spiegato, questo espediente tecnico non dissolve la suggestione in ogni suo aspetto – infatti lascia intatta l'autosuggestione nella forma del transfert –, ma arriva a compiere perfettamente quello che né la medicina né la psicologia sono mai riuscite a realizzare fino in fondo, ossia *discriminare ciò che nell'osservazione scientifica è soggettivo da ciò che è oggettivo*. Ed è proprio questa discriminazione che consente poi – mediante l'analisi del transfert – di *indagare il fenomeno dell'autosuggestione come fenomeno intrinseco alla patologia*.

Credo che quanto ho scritto sia sufficiente a dimostrare come la riflessione psicanalitica sulla suggestione sia molto più profonda e avanzata di quella sul placebo in medicina e in psicologia e tracci per queste due discipline la via di un ulteriore sviluppo.

Sintesi

Vengono qui messi a confronto due modelli teorici, quello del placebo in medicina e in psicologia con quello della suggestione in psicanalisi per evidenziarne le criticità e i punti di forza, con particolare riguardo alla questione dell'oggettività sperimentale nelle scienze della natura.

Nelle trattazioni odierne del problema del placebo si prescinde totalmente dal lungo e interessante dibattito, intercorso tra la seconda metà dell'Ottocento e la prima del Novecento, sul problema della *suggestione*. In particolare, si prescinde da un'acuta precisazione fatta da Freud, che nel fenomeno detto di suggestione

riconosceva, già nel 1888, un aspetto *oggettivo*, consistente nel fatto che molti fenomeni fisiologici hanno un correlato psichico, e un aspetto *soggettivo*, che è l'influenzamento del paziente da parte della volontà consapevole o inconsapevole del terapeuta. Utilizzare la distinzione tra queste due componenti all'interno del modello teorico rende possibile la risoluzione in psicanalisi del problema metodologico relativo al controllo dell'oggettività della teoria, e può tracciare per la medicina e la psicologia la via di un ulteriore sviluppo.

Parole chiave: *effetto placebo, suggestione, metodo, oggettività, medicina, psicologia, transfert.*

Bibliografia

- Baldini F. (1998), "Freud's line of reasoning. A note about epistemic and clinical inconsistency of Grünbaum's argument pretending to confute Freud's therapeutic approach, with reference to the thesis of Stengers on psychoanalysis", *Psychoanalytische Perspectieven*, 32/33, pp. 9-36.
- Baldini F., Ottolini I. (2006), "La riscoperta vailatiana della *consequentia mirabilis* e il suo attuale impiego nella scienza sperimentale: il caso della psicanalisi", in *Giovanni Vailati intellettuale europeo*, a cura di Minazzi F., Thélema Edizioni, Milano.
- Benedetti F. (2015), *Effetti placebo e nocebo. Dalla fisiologia alla clinica*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Dazzi N. (2006), "Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia", in *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, a cura di Dazzi N., Lingiardi V., Colli A., Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (2006), (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dizionario di medicina*, (2010), Treccani, Roma.
- Feynman R. (1989), *QED. La strana teoria della luce e della materia*, Adelphi, Milano.
- Freud S. (1888), *Prefazione alla traduzione di «Della suggestione» di Hippolyte Bernheim*, in OSF vol. I, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1915-17), *Introduzione alla psicanalisi. Lezione 27. La traslazione*, in OSF vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1915-1917), *Introduzione alla psicanalisi. Lezione 28: La terapia analitica*, in OSF, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kendall P.C., Holmbeck G.N., Verduin T (2004), "Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research" in *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, a cura di Lambert, M.J., Wiley, New York, pp. 16-43.
- Moerman D. E., (2004), *Placebo. Medicina, biologia, significato*, Vita e Pensiero, Milano.