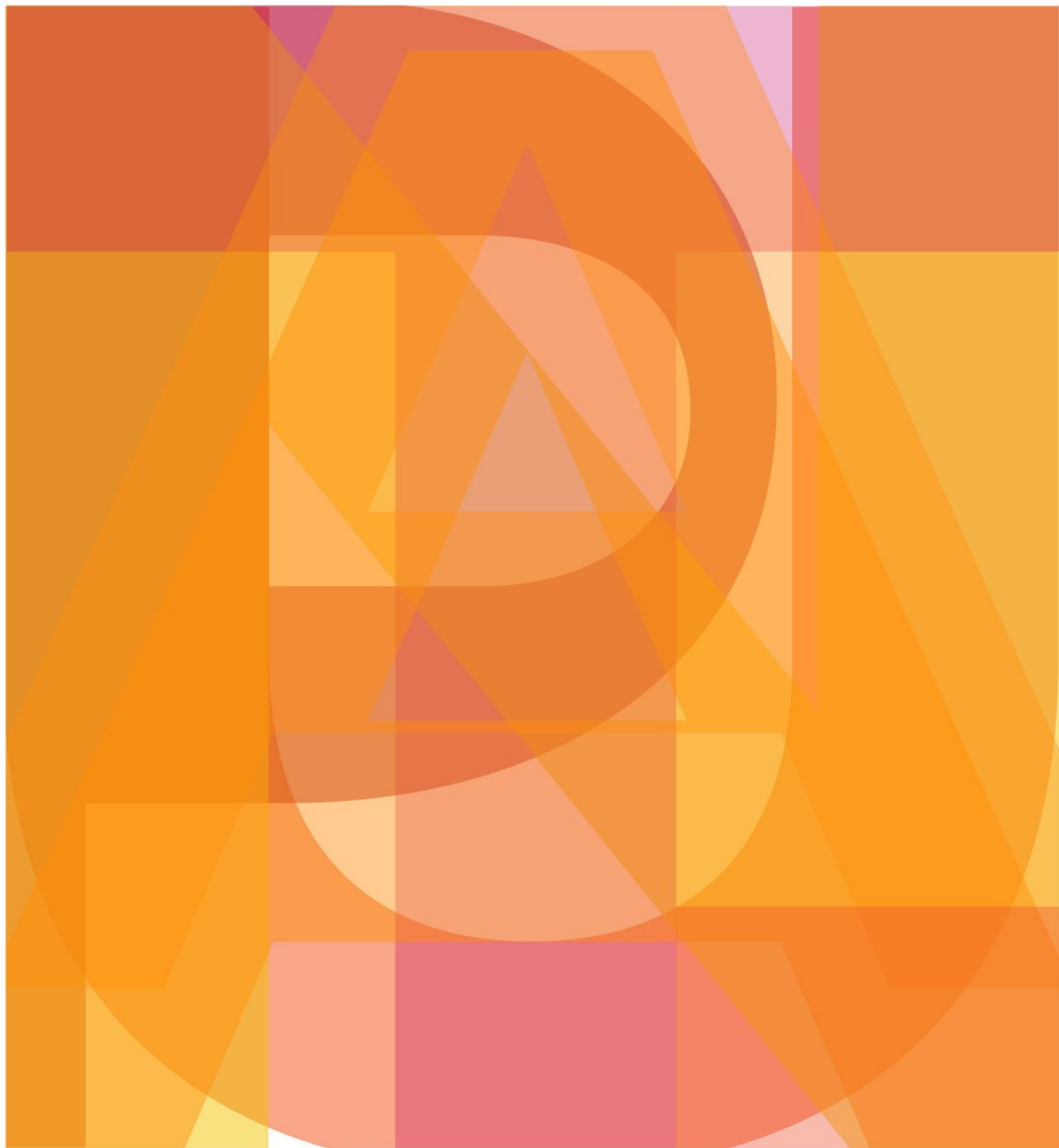


# APPUNTI

ANNO XIX N. 131  
SETTEMBRE 2015

Scuola Lacaniana di Psicoanalisi del Campo Freudiano



**Direttore responsabile della pubblicazione**

*Carlo De Panfilis*

**Segretaria di redazione**

*Emanuela Scattolin*

**Redattori**

*Alessandro Arena, Gian Francesco Arzente, Loretta Biondi, Monica Vacca*

**Rubriche**

Il bambino e l'inconscio (a cura di) *Gian Francesco Arzente*

Dibattiti e psicoanalisi nella società (a cura di) *Monica Vacca*

Psicoanalisi e Istituzione (a cura di) *Alessandro Arena*

Cartelli (a cura di) *Loretta Biondi*

**Corrispondenti esteri**

*Cinzia Crosali (ECF), Pascale Fari (ECF), Andrés Borderías (ELP), Marta Serra Frediani (ELP),*

*Anne Béraud (NLS), Flavio Ungarelli (NLS)*

**Traduzioni**

*Laura Pacati, Ilaria Papandrea, Stefano Avedano*

**Editing**

*Emanuela Scattolin (coordinatrice), Michela Zanella, Silvia di Caro*

**Grafica e impaginazione**

*PepSansò*

Il contenuto degli articoli pubblicati in *Appunti* è responsabilità degli autori.  
Pubblicazione edita dalla Scuola Lacaniana di Psicoanalisi del Campo Freudiano.  
Registrazione del Tribunale di Torino n. 4699 dell'8 luglio 1994.

La Scuola Lacaniana di Psicoanalisi del Campo Freudiano (SLP)  
con

l' École de la Cause Freudienne (ECF)

la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano (ELP)

la New Lacanian School (NLS)

la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)

la Escola Brasileira de Psicoanalise (EBP)

la Nueva Escuela Lacaniana (NEL)

sono membri istituzionali della Associazione Mondiale di Psicoanalisi (AMP)

SLP: [www.slp-cf.it](http://www.slp-cf.it)  
[www.bibliotecalacaniana.it](http://www.bibliotecalacaniana.it)  
[www.istitutofreudiano.it](http://www.istitutofreudiano.it)  
[www.lapsicoanalisi.it](http://www.lapsicoanalisi.it)

AMP: [www.wapol.org](http://www.wapol.org)

# INDICE

## Editoriale

<i>Carlo De Panfilis</i> .....	5
--------------------------------	---

## Psicoanalisi e medicina

### *Libertà ed etica: medicina e psicoanalisi nell'accelerazione dei tempi*

Intervista a *Dominique Laurent*

a cura di Carlo De Panfilis e Giovanna Di Giovanni.....	11
---	----

### *Un'alterità irriducibile: appunti per una medicina lacaniana*

di Paola Francesconi.....	14
---------------------------	----

### *L'essere e il corpo*

di Giovanna Di Giovanni.....	18
------------------------------	----

### *Il piacere nella pratica medica: stanno venendo a mancare le condizioni?*

di Jean-Christophe Weber.....	20
-------------------------------	----

### *È possibile una pratica ad orientamento lacaniano in un Policlinico Universitario?*

di Giovanni Lo Castro.....	27
----------------------------	----

## Psicoanalisi e istituzione

### *Alcuni appunti su Vie della terapia psicoanalitica*

di Anna Castallo.....	33
-----------------------	----

### *Una istituzione di psicoanalisi applicata alle patologie alimentari*

di Giuliana Grando.....	37
-------------------------	----

## Dal Campo freudiano

### *Su PIPOL 7 Vittima!*

di Monica Vacca.....	43
----------------------	----

### *Momenti di crisi a Ginevra*

di Violaine Clément.....	46
--------------------------	----

## Dibattiti e psicoanalisi nella società

### *L'essere parlante e il suo avere un corpo*

di Adriana Isabel Capelli.....	53
--------------------------------	----

### *Modern Dance tra corpo e corporizzazione*

di Irene d'Elia.....	55
----------------------	----

### *Legami d'amore*

di Ilaria Papandrea.....	58
--------------------------	----

### *Da un nuovo amore a un amore nuovo*

di Maura Fabrizia Musso.....	60
------------------------------	----

### *Come si costituiscono i legami*

di Paola Antoniotti.....	62
--------------------------	----

***Un amore etico***

di Alessandra Fontana..... 64

***La psicoanalisi è morta? Viva la psicoanalisi!***

di Leonardo Mendolicchio..... 66

**Appuntamenti** ..... 69

## Editoriale

Carlo De Panfilis

Cari lettori,

questo numero di Appunti si compone di quattro parti: la prima, quella monografica, ha per tema *Psicoanalisi e medicina*; seguono *Psicoanalisi e istituzione*, *Dal Campo freudiano* e, infine, *Dibatti e psicoanalisi nella società* che conclude il numero.

### **Psicoanalisi e medicina** (appunti per una medicina lacaniana)

Lì dove c'è un soggetto egli avviene con il suo corpo. È il corpo il luogo nel quale la medicina e la psicoanalisi s'incontrano. Due cliniche, diverse, in risposta alla sofferenza del malato. Confini attraversabili, crediamo, che in questo nuovo numero di Appunti interroghiamo.

Già nel 1966 Jacques Lacan, nel suo intervento tenuto al Collège de Médecine alla Salpêtrière, affrontando il tema di quale posto abbia la psicoanalisi nella medicina, aveva perfettamente previsto che il medico avrebbe dovuto fare i conti con problemi nuovi a causa “[...] della comparsa di un uomo [sempre di più] soggetto alle condizioni di un mondo scientifico, provvisto di nuovi poteri d'investigazione e di ricerca [...]”<sup>1</sup>. Da qui l'emergenza di nuove esigenze sociali provocate dal progresso della scienza. Lacan preannunciava, indicandone gli estremi, l'emergenza di una faglia epistemo-somatica nella relazione della medicina con il corpo, come effetto del progresso della scienza.

Il ruolo della scienza nella medicina, le frontiere che essa apre con nuove capacità d'intervento sul corpo e gli interrogativi che ne emergono, un ruolo (nuovo) del medico e una idea di medicina (nuova) che operi grazie all'orientamento lacaniano e ai medici lacaniani, sono tra i temi che troverete qui mirabilmente trattati dagli Autori.

La rubrica si apre con un'intervista a Dominique Laurent, *Libertà ed etica: medicina e psicoanalisi nell'accelerazione dei tempi*, nella quale è affrontata un'analisi sul divenire di un uomo “soggetto” alle condizioni del mondo scientifico, dei suoi effetti, delle sue implicazioni etiche e cliniche. Dominique Laurent ci precisa in modo molto chiaro che “per quanto riguarda il corpo e le speranze, [sostenute dai progressi scientifici], di averne il controllo genetico, biologico, biochimico, batteriologico, virale e addirittura meccanico sono stati fatti molti passi avanti”, tuttavia i progressi tecnici della medicina e dei trattamenti farmacologici incontrano ancora molti limiti. L'Autrice afferma, inoltre, che bisogna distinguere ciò che attiene “alle promesse immaginarie della struttura del discorso da ciò che dipende dai fatti reali”. Se “nella struttura del discorso esiste un illimitato legato al vacillare dei significanti padroni”, questo illimitato “va distinto dal registro immaginario e dalle sue promesse legate a eventuali modificazioni del corpo [...]”. Prendere in considerazione gli effetti reali sul godimento e la sua distribuzione tra i sessi – ne conclude l'Autrice – è qualcosa di diverso”.

Come risposta all'effetto che avrà il progresso della scienza sulla relazione della medicina con il corpo, nel testo prima indicato Jacques Lacan aveva precisato: Freud “[...] ha inventato ciò che doveva rispondere alla sovversione della posizione del medico in seguito all'ascesa della scienza: cioè la psicoanalisi come prassi”<sup>2</sup>. Un ritorno a Freud orientati dal pensiero di Lacan, la psicoanalisi come prassi per rispondere all'ascesa della scienza e ai suoi effetti sulla cura del corpo. Il corpo della medicina, oggettivato dalla scienza, è un corpo riferito al suo funzionamento, alle sue funzioni, differisce da quello preso in conto dalla psicoanalisi che la medicina, costituita da un

<sup>1</sup> J. Lacan, *Psicoanalisi e medicina*, in *La Psicoanalisi*, n. 32, Astrolabio, Roma 2002, p. 12 .

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 16.

sapere scientifico, oggettivo, non può cogliere: il corpo è un'immagine, più le parole dell'Altro, più il godimento.

Paola Francesconi scrive nel suo contributo *Un'alterità irriducibile: appunti per una medicina lacaniana*: “La medicina non può che fare appello alla psicoanalisi se vuole prendere in carico quello che non cessa di non scriversi, e che tuttavia parla, nel corpo, ovvero il suo reale di godimento”. Si tratta di porre il rapporto tra psicoanalisi e medicina in termini nuovi, scrive sempre l'Autrice, ovvero “raccolgere la sfida/ausilio lanciati da Lacan per una medicina che affidi allo psicoanalista medico la missione e la prospettiva di singolarità promossa dalla psicoanalisi”.

Lacan ci dava, sempre nell'intervento sopracitato, due riferimenti precisi: la significazione della domanda (del malato) con la faglia che esiste tra la domanda e il desiderio e il godimento del corpo. Da qui l'importanza di una medicina lacaniana, di una pratica che considera il reale (del godimento) e la risposta che il medico può dare considerando la struttura del soggetto, ovvero la “[...] presa in conto della singolarità della storia soggettiva, della modalità tramite cui il desiderio dell'Altro si incrocia con il godimento” come ribadisce Francesconi.

“Il diritto dell'uomo alla salute, sancito per legge, pone il medico in posizione di dover rispondere alla domanda del paziente. Ma la psicoanalisi mostra la faglia tra domanda e desiderio e questo è comune sia alla medicina che alla psicoanalisi e vale anche per la domanda di guarigione, dove anzi questa discrepanza può apparire assai evidente”. È su questo tema e con queste parole che Giovanna Di Giovanni, nel suo prezioso contributo *L'essere e il corpo*, affronta lo statuto della domanda (del malato) che non è detto che sia di guarire, o di una domanda dove il soggetto fatica ad emergere dal reale del corpo sofferente.

Nel suo intervento al Collège de Médecine alla Salpêtrière, Jacques Lacan indicava che “è nel registro della modalità di risposta alla domanda del malato che c'è una possibilità di sopravvivenza della posizione puramente medica”<sup>3</sup>. Jean-Christophe Weber, con *Il piacere nella pratica medica: stanno venendo a mancare le condizioni?*, intervento tenuto lo scorso anno a Clermont-Ferrand al VI Colloquio di *Médecine et Psychanalyse*, analizza le condizioni attuali (sviluppo delle tecnologie, le politiche di organizzazione sanitaria) nelle quali si trova a operare il medico e le loro conseguenze. L'Autore descrive un paradosso che ha effetti devastanti: cercare di rafforzare una pratica attraverso performance, qualità, certificazione, valutazione generalizzata, ovvero tutto ciò di cui si nutre oggi il sistema sanitario, “[...] suppone per ciascuno il controllo cosciente di ciò che deve fare e del modo di renderne conto attraverso una traccia”. Il medico formato e conforme alle pratiche attuali, afferma l'Autore, non potrà che schivare il movimento di fiducia del malato, rifiuterà ogni investimento al di là di capacità che gli siano state debitamente accreditate, rifiuterà di essere il destinatario di una domanda, perché il malinteso che ogni domanda genera sarà diventato insostenibile.

Conclude su questo tema il contributo di Giovanni Lo Castro, *È possibile una pratica ad orientamento lacaniano in un Policlinico Universitario?* L'Autore ci dimostra non solo che è possibile, ma anche come lo diventa attraverso la presentazione della sua pratica, orientata da Freud e Lacan, svolta in un Ambulatorio di Psicodiagnostica e Psicologia Clinica di un Policlinico Universitario. È una pratica in cui il proprio linguaggio e la clinica sono accessibili e non inconciliabili con il linguaggio degli altri operatori del servizio.

### **Psicoanalisi e istituzione**

La rubrica si apre con un contributo di Anna Castallo, *Alcuni appunti su Vie della terapia psicoanalitica*. L'Autrice commenta un testo di Sigmund Freud del 1918 presentato al Congresso di Budapest. Freud, stimolato tanto dagli esperimenti di “tecnica attiva” che dalla prospettiva di un impiego sociale del metodo psicoanalitico, aveva attirato l'attenzione sulle nuove possibilità aperte alla psicoanalisi dall'evoluzione della tecnica. In questo scritto Freud considera per la prima volta la possibilità di una clinica psicoanalitica in istituzione. Segue il contributo di Giuliana Grando, *Una*

<sup>3</sup> Ivi, p. 13.

*istituzione di psicoanalisi applicata alle patologie alimentari*, nella quale l'Autrice declina la prassi di una istituzione di psicoanalisi ad orientamento lacaniano in modo preciso e istruttivo.

### **Dal Campo freudiano**

Tra i diversi eventi che si sono svolti recentemente nel Campo freudiano ne riportiamo due tra i principali. Il lettore attraverso i due contributi potrà entrare o ritornare nell'atmosfera che i congressisti hanno respirato a Bruxelles e a Ginevra.

Monica Vacca con *Su PIPOL 7 Vittima!* tratteggia, con una scrittura precisa, tutti gli elementi centrali del III Congresso dell'EuroFederazione di Psicoanalisi (EFP), che ha avuto luogo a Bruxelles il 4 e 5 luglio 2015. Violaine Clément, con *Momenti di crisi a Ginevra*, ci "invita" nel clima che si è creato nel XIII Congresso della New Lacanian School (NLS), dal tema *Momenti di crisi*, lo scorso 9-10 maggio.

### **Dibattiti e psicoanalisi nella società**

In questa rubrica pubblichiamo testi che sono stati elaborati a partire dai contributi presentati in occasione di cicli di conferenze organizzate dalle Segreterie locali della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi e altri contributi che si riferiscono a temi dibattuti nella società che riguardano la psicoanalisi. I primi due testi di Adriana Isabel Capelli e Irene D'Elia provengono dalla segreteria di Rimini che ha scelto come tema dell'anno 2014/2015 *Il corpo*. Seguono i contributi della segreteria di Torino, *Declinazioni dell'amore* con i testi di Maura Fabrizia Musso e Alessandra Fontana e *Legami* con i testi di Ilaria Papandrea e Paola Antoniotti. Infine un testo di Leonardo Mendolicchio che ragiona sul tema di come alcuni organi di stampa, anche attraverso interviste a terapeuti non analisti, dibattono sui "modelli di intervento psicoanalitico".

Una nutrita agenda di **Appuntamenti** conclude questo numero di settembre.

*Buona lettura*





# Psicoanalisi e medicina



## Libertà ed etica: medicina e psicoanalisi nell'accelerazione dei tempi

### Intervista a *Dominique Laurent*\*

a cura di *Carlo De Panfilis* e *Giovanna Di Giovanni*

**D.** In questa epoca caratterizzata dal “senza limiti” delle frontiere della scienza grazie ai progressi delle tecnologie, si assiste oggi a una spinta a intervenire sul corpo, a costruirsi un corpo nel reale, rivolgendosi alla chirurgia piuttosto che al simbolico. Ci poniamo una domanda: quale rapporto si può instaurare tra il soggetto e il corpo?

**R.** Vorrei anzitutto riprendere la sua espressione, l’“epoca dell’illimitato”, e introdurre delle sfumature. Occorrerebbe sapere in che senso si parla di illimitato. Si potrebbe anche dire che sperimentiamo il limite nella maggior parte degli aspetti della vita quotidiana ormai da quasi vent’anni. Un premio Nobel per l’economia ha recentemente suonato un campanello d’allarme. Ha costatato una totale assenza d’innovazione nelle economie europee negli ultimi due decenni. L’economia francese e quella italiana sono le più interessate dal fenomeno. In questo senso, sperimentiamo la stagnazione, la crisi e i limiti.

D’altronde, se paragoniamo le innovazioni tecniche e i progressi scientifici dell’inizio del XXI secolo e quelli dell’inizio del XX secolo, non possiamo dire che la nostra esperienza dell’illimitato sia poi così straordinaria e generalizzata. Il computer e internet, e i progressi decisivi della biologia risalgono alla fine del XX secolo. Infine, potremmo dire che il limite ecologico del pianeta non è mai stato così evidente. Certo, si ripongono grandi speranze nei progressi della robotica che dovrebbero portare importanti cambiamenti nella società, ma questi sviluppi attesi appaiono anche come una minaccia per le future condizioni di vita e di lavoro.

Per quanto riguarda il corpo e le speranze di averne il controllo genetico, biologico, biochimico, batteriologico, virale, addirittura meccanico, sono stati fatti molti passi avanti. Le tecniche di procreazione assistita ne sono un esempio. Ciononostante, continua a non esistere un vaccino contro la malaria e milioni di persone muoiono ogni anno di questa malattia. Le epidemie di retrovirus o di virus provocano l’allerta generale delle burocrazie sanitarie. Insomma, gli uomini muoiono sempre di qualcosa che non funziona più. E d’altronde bisogna notare che i progressi tecnici della medicina e dei trattamenti farmacologici incontrano dei limiti molto forti a causa del loro costo. Ci sono importanti diseguaglianze nell’accesso alle cure, soprattutto quando i sistemi assicurativi fanno difetto. D’altra parte il costo di questi progressi mette in evidenza i limiti della protezione sociale che consentiva a tutti l’accesso alle risorse mediche.

Bisogna distinguere ciò che rientra nel campo delle alle promesse immaginarie della struttura del discorso da ciò che dipende dai ai fatti reali. Nella struttura del discorso, esiste un illimitato legato al vacillare dei significanti padroni. Questo illimitato va distinto dal registro immaginario e dalle sue promesse, tutte legate a eventuali modificazioni del corpo, a partire dall’appaiamento alle macchine, dalla sua riparazione continua, o dalle sue metamorfosi estetiche che possono giungere fino al cambio di sesso. Prendere in considerazione gli effetti reali sul godimento e la sua distribuzione tra i sessi è ancora qualcosa di diverso.

---

\* Psicoanalista (Parigi), Analista Membro dell’École de la Cause Freudienne e membro dell’Associazione Mondiale di Psicoanalisi.

**D.** La scienza, grazie all'evoluzione delle tecnologia, tocca un reale che sembra sfuggire al controllo degli stessi scienziati: che uso può fare il soggetto dell'inconoscibile che ne emerge?

**R.** Quando lei dice che la scienza sembra sfuggire al controllo degli scienziati, fa forse riferimento alle crisi di angoscia degli scienziati che Lacan menzionava prendendo in esame il grande movimento dei fisici dopo la Seconda Guerra Mondiale, davanti alle minacce di distruzione atomica della specie. L'angoscia che è seguita è quella dei biologi davanti alla messa a punto di armi di distruzione capaci di cancellare la specie umana dal pianeta. La stessa cosa vale per le armi chimiche. Se consideriamo questi grandi movimenti degli anni cinquanta e settanta, non c'è niente a oggi di paragonabile se non i segnali d'allarme di alcuni scienziati sui pericoli dell'intelligenza artificiale e sulle manipolazioni del genoma.

D'altronde, ciò che sfugge è che le tecniche, al di là delle loro prodezze, toccano un reale che non può essere inserito nel protocollo. Prendiamo l'esempio "semplice" di un trapianto renale con donazione del rene dal padre al giovane figlio condannato. L'operazione riesce alla perfezione. Ma quel che non era stato previsto è lo scatenamento di un episodio psicotico del padre nell'immediato *après-coup*. Un altro esempio, degli studi hanno mostrato il tasso particolarmente elevato di suicidio tra i transessuali operati. Benché la trasformazione sia stata perfettamente realizzata, questi soggetti si trovano davanti ad altre impasse decisamente più radicali. Se il commento continuo all'angoscia degli scienziati si impone sempre più, resta il fatto che il reale in tutte le sue manifestazioni, con le quali devono confrontarsi i soggetti il cui corpo è messo alla prova, deve essere preso in considerazione nella sua singolarità. E questo è il compito della psicoanalisi.

**D.** Quale rapporto c'è tra libertà e spinta a godere dell'oggetto tecnico-scientifico, possibile grazie all'unione di tecnica e scienza?

**R.** L'idea di libertà, notava Lacan, è un'idea delirante. È un significante padrone sul quale la politica del XVIII secolo ha fondato la messa a punto dello stato liberale, quello nato dall'Illuminismo, dalla Rivoluzione francese e dalle libertà inglesi. Dietro la libertà, c'è una spinta a godere con delle scelte obbligate. Ciò pone la questione della regolamentazione, per le nuove forme statali, di ciò che può ancora rappresentare "un bene comune" che possa tenere conto del delirio di ognuno nell'epoca in cui "tutti delirano". Le nuove legislazioni, molto eterogenee da un paese all'altro, in materia di procreazione medica assistita ne sono un esempio. Da questo punto di vista, è un cantiere perennemente aperto.

**D.** Come si situa per la psicoanalisi la volontà di godimento nell'accelerazione dei tempi?

**R.** Il posto della volontà di godimento nella psicoanalisi contemporanea è paradossale, plurivoco, multiforme. Da una parte, il soggetto vuole trovare delle risposte rapide a tutto ciò che lo imbarazza, ma la psicoanalisi ha bisogno di tempo. Si basa sul maneggiamento del tempo. Ciò non implica necessariamente una lunga durata, come ha dimostrato la seduta breve di Lacan. Dall'altra, le esigenze molteplici del godimento mettono il soggetto davanti a contraddizioni inedite che deve affrontare senza fare ricorso ai significanti padroni stabiliti nei quali non crede più tanto. Da qui la crescita di nuove richieste avanzate agli psicoanalisti, come testimoniano i nostri congressi. Freud sarebbe stato sorpreso dai motivi per i quali si va oggi dallo psicoanalista.

**D.** Non c'è psicoanalisi senza etica: come deve porsi l'analista rispetto agli interrogativi che l'accelerazione dei progressi tecnico-scientifici pone al soggetto e alla cultura del nostro tempo?

**R.** L'etica della psicoanalisi resta orientata quale che sia l'accelerazione dei tempi. La bussola psicoanalitica continua a essere determinata dalla presa in considerazione degli effetti di godimento che restano opachi per il soggetto e lo turbano profondamente. L'offerta del discorso psicoanalitico resta quella della delucidazione di questo turbamento fino a renderlo trattabile dal soggetto nella sua

singularità. Diversamente dalla forclusione del soggetto in quanto tale nella scienza e nei suoi effetti, la psicoanalisi reintroduce un processo di *Aufklärung* nel godimento singolare. Nessun bisogno di aspettare la pillola che risolverà, per tutti, l'opacità insormontabile del godimento che, a tratti, il soggetto affronta nella sua esistenza. Non sono le speranze permesse dalla scienza che risolveranno l'assenza del rapporto sessuale.

Traduzione di Francesco Paolo Alexandre Madonia e Simona Marino

Revisione di Emanuela Scattolin

## Un'alterità irriducibile: appunti per una medicina lacaniana

Paola Francesconi

La medicina è la disciplina che si occupa della parte vivente del corpo, quella che resiste alla mortificazione, potremmo dire, intendendo tale resistenza nel senso anche della malattia come espressione elettiva dell'obiezione alla morte in quanto soluzione radicale. È qui che la medicina incrocia la psicoanalisi, nell'articolazione del godimento, come non negativizzabile interamente dal simbolico, e il corpo. Se lo stato di buona salute è stato classicamente pensato dalla medicina come "la vita nel silenzio degli organi"<sup>1</sup> secondo la definizione data dal grande chirurgo René Leriche nel 1937, la medicina non cessa di confrontarsi con ciò che della vita obietta a tale silenzio di ciò che sta dentro. Si potrebbe dire che la medicina non può che fare appello alla psicoanalisi se vuole prendere in carico quello che non cessa di non scriversi, e che tuttavia parla, nel corpo, ovvero il suo reale di godimento. Fu questo il monito di Lacan nel suo testo *Psicoanalisi e medicina* del 1966<sup>2</sup>. La medicina chiede alla psicoanalisi, dice Lacan, di aiutarla a risolvere il problema di ciò che nel corpo sfugge all'omeostasi, al silenzio della buona salute, e che mette in scacco i progressi della tecnica per ridurlo. Così come la scienza, anche la medicina misconosce, nell'ideale che la ispira, il godimento come dimensione dell'esperienza, pur incontrandolo costantemente. Lo stato di salute diventa così, paradossalmente, rinuncia al godimento, alla vita del corpo, come condizione della padronanza, della proprietà su di esso, della scrivibilità del corpo come sapere. Nell'intervista ad Éric Laurent realizzata da *Telam*, Agenzia di stampa ufficiale argentina nel 2013<sup>3</sup>, egli dice che l'alternativa alla conoscenza del corpo come principio di pratiche incentrate sull'igiene, "solievo dalla pressione del desiderio"<sup>4</sup>, è la via della malattia come singolarità:

L'altra via di conoscenza del corpo, che non passa per il controllo dell'igiene, è la malattia. Colto dalla malattia il corpo rivela possibilità di sofferenza e di salvezza impensabili. Ma l'alleanza tra la medicina e la scienza ha inventato una nuova esperienza della malattia, che mette il corpo in un apparato inedito con tecniche sempre più sofisticate. Il vero corpo bionico non è il corpo sano che sogna di accrescere la potenza dei propri organi, è il corpo malato che si trasforma in oggetto per la sperimentazione di nuove generazioni dello stesso farmaco, o di macchine per controllare o per surrogare organi, per comporre nuovi organismi. Naturalmente questo delinea esperienze inedite di godimento del corpo, di cui abbiamo sempre maggiori testimonianze nelle analisi, nei resoconti letterari dell'attraversamento di una malattia potenzialmente letale. Le reazioni del corpo, la sua capacità di recupero o di abbandono, hanno un effetto di sorpresa che spinge la medicina contemporanea a uscire dalla semplice considerazione dei grandi numeri, tema della Evidence Based Medicine, per orientarsi verso una prospettiva della singolarità<sup>5</sup>.

Lacan, nel testo prima citato del '66, parla in modo premonitore delle estremizzazioni attuali della scienza, di come la medicina si sia fatta serva della scienza nell'averne sposato la domanda di erigere barriere al godimento, non più trattenuto al di qua del principio di piacere, come ai tempi della consistenza dell'Altro e dei suoi ideali. Ma l'insistenza di un reale ribelle alle "evidenze" della misurazione, della conoscenza igienistica, della prevedibilità delle reazioni del corpo, pone l'imprescindibilità per una medicina ispirata dalla psicoanalisi di prendere in conto, reintrodurre ciò

<sup>1</sup> R. Leriche, *La chirurgia de la douleur*, Masson, Paris 1937, p. 371.

<sup>2</sup> J. Lacan, *Psicoanalisi e medicina*, in *La Psicoanalisi*, n. 32, Astrolabio, Roma 2002, pp. 9-20.

<sup>3</sup> É. Laurent, *L'agitazione del reale: igienismo e malattia come modi di sapere sul corpo*, in <http://www.marcofocchi.com/1/post/2013/11/lagitazione-del-reale-igienismo-e-malattia-come-modi-del-sapere-sul-corpo>

<sup>4</sup> *Ivi*.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

che nella medicina viene, anche suo malgrado, cancellato: il riferimento al godimento e alla sua singolarità. È questa la nostra “missione”, come medici psicoanalisti, dice Lacan.

Dunque una medicina lacaniana, per così dire, ha per propria “missione” di considerare lo statuto del corpo in modo nuovo rispetto alla medicina tradizionale che lo metterebbe idealmente a tacere, se non fosse continuamente assillata dal non cessa di non scriversi di malattie dalle risposte non totalmente prevedibili o registrabili con strumenti diagnostici: anche solo in una banale radiografia c'è qualcosa di non radiografabile, per così dire, del corpo vivente.

Tale statuto del corpo è quello dunque di un'alterità irriducibile, di un'estraneità che marca il nostro rapporto con il corpo, e che ci fa dire che abbiamo, anziché esserlo, un corpo. Ma è un'appartenenza senza proprietà, come sembra dirci Lacan nel seminario *Il rovescio della psicoanalisi* con il suo indovinello retorico: “Che cos'è che ha un corpo e non esiste? Risposta – il grande Altro”<sup>6</sup>. L'Altro che non esiste più nei suoi ideali e consistenza simbolica è ora il corpo, il nuovo Altro per il soggetto. Ora più che mai lo ha senza esserlo.

Porre il rapporto tra psicoanalisi e medicina in termini nuovi, comporta raccogliere la sfida/ausilio lanciati da Lacan già dal '66 per una medicina che sia lacaniana, che affidi allo psicoanalista medico la missione e la prospettiva di singolarità promossa dalla psicoanalisi. Ciò passa oggi, innanzitutto, dal ridisegnare il rapporto tra dentro e fuori, tra silenzio interno e “rumore”, accidente del reale supposto solo esterno. Come dice Éric Laurent nell'intervista sopra citata, ci troviamo di fronte a invenzioni di “[...] macchine [...] per surrogare organi, per comporre nuovi organismi”<sup>7</sup>. L'alterità ci sollecita dall'interno, basti solo pensare ai trapianti d'organo, terreno elettivo nel fornire un'immagine pregnante dei vissuti del corpo come altro. E senza arrivare a questo registro in cui la questione si pone in termini così radicali, le acquisizioni all'interno del corpo, a farne parte integrante, di qualcosa ad esso esterno ci sono date costantemente, nell'immistione di cellule, fino alle cellule germinali, nella fecondazione eterologa.

Tali progressi della scienza, sovvertitori di una dualità statica tra dentro e fuori, prendono appoggio su un reale della struttura. Il corpo che abbiamo senza possederlo non è, come sembrava nella medicina classica, un insieme chiuso, delimitato, protetto da un fuori talora minaccioso, ad esempio nell'effrazione della barriera tegumentaria ad opera di ferite, virus, batteri etc. Il corpo di cui si occupa la psicoanalisi è non tanto quello biologico quanto quello pulsionale, e il silenzio delle pulsioni non è dello stesso ordine di quello degli organi in salute, è un silenzio dell'impossibile a dire, che nondimeno si fa sentire, anche se non si legge, non si radiografa. Potremmo dire, si legge diversamente, nella traccia letterale. La pulsione, con il suo pescare i propri oggetti fuori di sé, con il suo “alterificare” gli oggetti del corpo e riportarli nelle zone erogene, è l'esempio elettivo di un impossibile dentro, di un fuori dell'oggetto che, come dice Éric Laurent nel suo Corso di quest'anno, “insiste per entrare nel corpo”<sup>8</sup>.

Il corpo, dunque, è dalla sua nascita connesso all'Altro, fino a diventarlo, è un'alterità esso stesso nella sua dimensione singolare, irriducibile. Da sempre, fin dal primo Lacan, il corpo aderisce ad un'alterità. L'esperimento condotto da Federico II e verificato sul campo dallo psicologo René Spitz ci ha mostrato che, se qualcuno non gli parla, un neonato muore, anche se gli vengono dispensate tutte le cure biologiche. Pensiamo oggi alla sempre maggiore importanza della branca della medicina detta delle cure palliative, della necessità di accompagnare l'assistenza terapeutica, sia nei casi a prognosi infausta che non, da un insieme di pratiche miranti al sollievo del soggetto, alla presa in conto della sua reattività singolare anche laddove ciò non comporti risultati performativi in senso terapeutico stretto, tecnico. Nel libro di Gian Domenico Borasio, dal titolo che non gli rende giustizia *Saper morire*, egli spiega bene l'estendersi in importanza della medicina palliativa come insegnamento di ateneo nella Facoltà di Medicina, dove per esempio a Monaco di

<sup>6</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi* [1969-1970], Einaudi, Torino 2001, p. 77.

<sup>7</sup> É. Laurent, *L'agitazione del reale: igienismo e malattia come modi del sapere sul corpo*, cit.

<sup>8</sup> É. Laurent, *Parler lalangue du corps*. Corso 2014/2015, lezioni del 25/11/2014 e del 16/12/2014, in [www.radiolacan.com/fr/topic/583/3](http://www.radiolacan.com/fr/topic/583/3)

Baviera nel 2004 è diventata materia obbligatoria anche per infermieri, psicologi, assistenti sociali e cosiddetti assistenti spirituali<sup>9</sup>.

Il soggetto, per sua struttura, deve, potremmo dire riprendendo il concetto di “aderenza terapeutica” largamente impiegato anche nella medicina dei trapianti, aderire terapeuticamente, per esistere, ad un Altro, un Altro desiderante, che lo desideri, gli parli, che gli dia il soffio vitale in senso simbolico. Il corpo biologico differisce da quello che la psicoanalisi prende in considerazione, per il fatto che è organismo più soffio vitale, più pulsione messa in moto dal desiderio dell’Altro. La pulsione è il collante che fa sì che il soggetto fruisca del beneficio essenziale che il desiderio dell’Altro gli offre. Questa alterità irriducibile è veicolata nel primo Lacan dal desiderio dell’Altro, per giungere nell’ultimo Lacan a radicalizzarsi come alterità interna del corpo a sé nei suoi molteplici registri che non possiamo qui prendere in considerazione. La consistenza del primo Altro, desiderante, viene sostituita, senza però mai venire ridotta, poiché il desiderio rimarrà per tutto l’insegnamento di Lacan a connotare, anche se in modi differenti, l’essere parlante e il suo “volere”. Ciò che subentra come accento di importanza insieme alla salita allo zenit del registro del godimento è il corpo come alterità inconsistente, bucata, ma irriducibile.

Dallo stadio dello specchio, mito fondante della soggettività, alla primarietà del simbolico come alterità nominante, immagine o parola, è dall’altro che qualcosa prende inizio. Si ha un corpo grazie all’immaginario, e poi al simbolico. Dopodiché invece il corpo si alterifica tramite il reale stesso, il reale del suo godimento.

Abbiamo parlato dell’involucro corporeo e delle sue discontinuità che lo rendono non tutto, bucato. E gli organi? Agli organi normalmente non si pensa e tantomeno come qualcosa che viene da fuori. Ci si pensa, appunto, quando non funzionano più, la sensazione è allora quella di un’alterità sgradevole, non costituente, ma dissonante, in opposizione al soggetto. Il soggetto si risveglia a qualcosa che è in lui oltre lui, oltre le sue capacità di gestirlo. E andiamo dal banale malessere all’esperienza drammatica del trapianto d’organo, con tutto il vissuto di estraneità che comporta<sup>10</sup>.

Se l’esperienza di alterità nella forma del desiderio dell’Altro è stata ben integrata dal soggetto, egli ha i mezzi per elaborare una risposta che, per quanto impaurita, angosciata, rabbiosa e comunque rifiutante, è passeggera, non capace di compromettere le basi su cui si fonda la stabilità identificatoria soggettiva. Ma dove il soggetto ha in sé qualcosa che ha fatto passare il desiderio dell’Altro come intriso di capriccio, o di malignità, o di qualcosa di soffocante per lui, allora l’emergenza dell’alterità in sé, dalle forme più banali come un disturbo a quelle più severe come il non più funzionamento di un organo o la sua sostituzione, può rimettere in discussione l’appartenenza simbolica di una parte di sé a se stesso. Lì la psicoanalisi può venire in aiuto con la sua presa in conto della singolarità della storia soggettiva, della modalità tramite cui il desiderio dell’Altro si incrocia con il godimento che vi ha risposto (ricordo la definizione di Lacan del soggetto come risposta del reale, di godimento), per capire se, ad esempio nella medicina dei trapianti, ci sia rischio di rigetto, non dell’organo, ovviamente, ma dell’organo in quanto elemento da integrare immaginariamente e simbolicamente come parte di un insieme<sup>11</sup>.

Ad esempio, l’organo può venire, come nel caso di psicosi ordinarie e non, vissuto come deformato, deformante dell’immagine corporea, fuori insieme, fuori forma, talora carico di una valenza maligna: lì la valenza persecutoria del desiderio dell’Altro può entrare nel corpo e produrvi dei danni, come quando faccia intrusione con l’organo estraneo l’idea che l’Altro abbia inserito nell’organo degli elettrodi tramite i quali poter teleguidare, manovrare il soggetto. Nella psicosi

<sup>9</sup> G. D. Borasio, *Saper morire*, Boringhieri, Torino 2015.

<sup>10</sup> Segnalo a questo proposito il testo di Jean-Luc Nancy, che narra la sua personale esperienza di trapiantato e le vicissitudini di inquietante estraneità che egli ha attraversato: *L’intruso*, Cronopio, Napoli 2000.

<sup>11</sup> Il 12 giugno scorso si è svolto a Catania, organizzato dall’Università degli studi di Catania, dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico di Catania e dal Centro Nazionale Trapianti, un Convegno sull’aderenza terapeutica nella clinica medica dei trapianti, articolato su contributi interdisciplinari, cui hanno partecipato anche membri della SLP ed un’allieva dell’ISDSF: *Il Follow-up nel percorso trapiantologico: aspetti clinici e psicosociali, aderenza e terapia immunosoppressiva*.



l'organo è inintegrabile simbolicamente, e dunque la riuscita di un trapianto d'organo nella psicosi passa dalla condizione della trasformazione di un delirio a tinte persecutorie in un delirio a tinte di convivenza pacifica, come la costruzione di un patto, di un accordo tra due estranei. Laddove si può, dove l'urgenza medica lo consente, e la dimensione sanitaria che pertiene al codice deontologico della medicina lo consente. Ma senza estenderci su questo tema specifico che esula dall'argomentazione introduttiva al problema generale, citiamo brevemente anche i casi più benigni, in cui si tratta di aiutare il soggetto ad integrare, fare posto simbolicamente al nuovo organo, laddove determinate condizioni vi fanno ostacolo. Anche qui non posso dilungarmi in questa sede, ma vi rientra il caso di insofferenza al debito simbolico, o di importanti precarizzazioni dell'equilibrio identificatorio del soggetto che vanno a toccare un nucleo di intrattabilità del godimento prima sopito dall'artificio simbolico e immaginario. Lì si tratta di costruirne un altro, di artificio, avvalendosi delle risorse soggettive e della loro duttilità o meno ai rimaneggiamenti manipolatori. Mai come in questo caso può venire in ausilio il principio lacaniano della manipolabilità come *modus operandi* applicato alle manifestazioni sintomatiche, in questo caso che riguarda una clinica ben al di qua della clinica del reale di pertinenza psicoanalitica in quanto tale.

Su questo caso della medicina dei trapianti, come clinica dell'alterità per eccellenza, vorrei concludere le mie osservazioni introduttive. Si tratta qui di operare un trapianto illuminato, così come nella medicina in generale si tratta di ispirarne la capacità di accompagnare il soggetto alle conseguenze di un trattamento medico. Parlavo prima della medicina delle cure palliative, che ne è un altro esempio. L'accompagnamento serve non tanto, come nei trapianti, a valutare l'opportunità psicologica della sua effettuazione, che talora è impossibile per ragioni deontologiche, ma a far fronte ad alcune terapie con maggiore consapevolezza e preparazione alle conseguenze che il godimento cosiddetto silente può comportare nel suo ripetersi e virulentarsi in certe circostanze. E questo vale anche per il trattamento diagnostico del corpo dove può fare intrusione l'opacità alla diagnosi, altro nome del godimento.

## L'essere e il corpo

Giovanna Di Giovanni

In un intervento al Collège de Médecine nel 1966<sup>1</sup> Lacan inizia chiedendosi quale sia il posto della psicoanalisi nella medicina, per passare poi a considerarlo dal punto di vista del medico, la cui funzione – dice – è in rapido cambiamento.

Il diritto dell'uomo alla salute, sancito per legge, pone infatti il medico in posizione di dover rispondere alla domanda del paziente. Ma la psicoanalisi mostra che vi è una faglia tra domanda e desiderio e questo è comune sia alla medicina che alla psicoanalisi e vale anche per la domanda di guarigione, dove anzi questa discrepanza può apparire assai evidente.

Già Freud scriveva che la vita vuol giungere per sue vie misteriose e sempre devianti alla morte e Lacan aggiunge che quando l'essere umano è posto di fronte alla scelta inevitabile sceglie il danno<sup>2</sup>.

Potremmo aggiungere, con un'accelerazione distruttiva che richiama la pulsione di morte e che appare sempre più legata alla fruizione esasperata dei beni che la scienza-tecnica propone. Il rischio distruttivo ormai è noto e rimanda anche qui alle parole di Lacan sulle scoperte scientifiche, che non diminuiscono i problemi né la responsabilità ma chiamano in causa l'etica.

Con questa accelerazione sembra si trovino confrontate sia la medicina che la psicoanalisi, che tuttavia hanno da tener conto del soggetto essere umano-corpo e dei suoi tempi.

In un diffuso quotidiano dell'1 settembre 2015 è apparso un articolo sui "cattivi" malati, coloro che non seguono le cure prescritte dal medico, mentre altre volte preferiscono curarsi da soli. Il giornale lamentava soprattutto il dispendio economico per la società e il tradimento – così definito – del medico da parte del malato<sup>3</sup>. Invece di gratitudine insomma, sembrava dire, per quanto viene messo a disposizione dalla scienza, tecnica e pianificazione socio-sanitaria, il malato volta le spalle e cerca altro.

Dopo aver constatato l'inefficacia dei bombardamenti mediatici su ogni tipo di terapia e senza mostrare il minimo sospetto che anzi questo sia fra le cause della non *compliance* farmacologica, il giornale esponeva il dubbio che ad essere in causa fosse il rapporto medico-paziente e che forse non è tempo perso quello dedicato a tale relazione. Cioè ad un ascolto del malato e quindi alla risposta a cui in ogni caso chiama la domanda dell'uomo sofferente.

Domanda che non è detto sia di guarire, con il ritrovato più recente e ritenuto efficace. Senza tener conto di questo, le cure non sono rivolte ad un corpo vivente ma ad un corpo assemblato di organi da anatomia patologica.

Il paziente stesso talora si pone in questa condizione spersonalizzata, arrivando dal medico con la cura (supposta) indicata appunto dai media per l'organo malato, sperando così di essere lasciato a lato di ciò che lo concerne e di cui non vorrebbe sapere.

Anche il medico quindi deve recuperare in certo senso il soggetto di un corpo vivente, perché ci sia un margine possibile di cura. Il rischio infatti della medicina è la credenza nella guarigione dalla malattia. Le scoperte scientifiche e le tecniche, la prospettano e tuttavia permane la variabile singolare, che la rende incerta e fallibile.

La psicoanalisi con Freud e Lacan sa che l'essere umano è malato, affetto dal parassita del linguaggio, che lo aliena per sempre dalla biologia comune alle altre specie animali. Il recupero de

<sup>1</sup> Cfr. J. Lacan, *Psicoanalisi e medicina*, in *La Psicoanalisi*, n. 32, Astrolabio, Roma 2002, pp. 9-20.

<sup>2</sup> Cfr. J. Lacan, *Petit discours aux psychiatres* [1967]. Conférence au Cercle d'études psychiatriques dirigé par H. Ey, inedito.

<sup>3</sup> M. Bocci, "Sono malato ma non mi curo": così gli italiani tradiscono i medici in [www.repubblica.it/salute](http://www.repubblica.it/salute)

*la Cosa* per lui è precluso, l'oggetto perduto per sempre e soltanto ogni volta ritrovato in un'illusione di fuggevole benessere.

È di fronte a questo inevitabile, senza scelta, che si prospetta la via rapida della distruttività nelle sue forme più attuali e diffuse, dalle droghe classiche a quelle più mascherate.

Anche all'analista, dice Lacan, l'essere umano viene a chiedere la felicità, ma lui non può prometterla senza inganno<sup>4</sup>. È in questo che la via analitica diverge solitaria da ogni altra prospettata dalle diverse scienze. L'essere ha da utilizzare il suo sintomo, il suo malessere stesso, per farne il suo particolare strumento di vita.

Nell'accorgersi che nel suo male è intriso il suo essere, il soggetto è chiamato a farne un uso per vivere. Il passaggio dal sintomo al *sinthomo* non è breve né lieve, né si può compierlo da soli, come dice Lacan agli psichiatri<sup>5</sup>, ed è tuttavia l'unica composizione possibile per la vita.

In questo percorso, di cui l'uomo mascherato del *Risveglio di Primavera*<sup>6</sup>, indica solo l'ingresso, sussiste sempre ad ogni svolta il rischio del rifiuto, del ripiegamento, dell'accelerazione mortifera. Nessuna assicurazione è data a priori nel percorso analitico, che solo il desiderio dell'analista può accompagnare finché esso si svolge.

Forse per questo per la medicina sempre più organicista diviene difficile accompagnare la malattia incurabile, il declino insanabile, dove il soggetto fatica ad emergere dal reale del corpo sofferente. La psicoanalisi allora, e sempre più sono le domande rivolte in tal senso all'analista, può porsi come appiglio per il discorso di un soggetto che possa fare anche della fine un suo atto di vita.

---

<sup>4</sup> Cfr. J. Lacan, *Il Seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi* [1959-1960], Einaudi, Torino 1994, p. 380.

<sup>5</sup> Cfr. J. Lacan, *Petit discours aux psychiatres*, cit.

<sup>6</sup> B. F. Wedekind, *Risveglio di primavera*, ed. Torinese, Torino 1981.

## Il piacere nella pratica medica: stanno venendo a mancare le condizioni?

Jean-Christophe Weber\*

### Introduzione

A. Sotto certi aspetti, “Il piacere nella pratica medica” è un campo minato oppure è fuori moda<sup>1</sup>. Forse si pensa agli osceni fatti di cronaca che finiscono in tribunale, o al richiamo nostalgico a tempi ormai passati, quando il medico provava piacere quando credeva di far piacere al malato. Parlerò del piacere associato all’esercizio di una pratica, piacere tanto serio quanto inattuale.

B. La psicoanalisi non ne dice granché, ma permette di distinguere, e non è cosa da poco, la “direzione della cura” dalla cosiddetta, per dirla in breve, “relazione medico-malato”. Le due vengono regolarmente confuse, il che rende di rado fruttuosa la controversia sulla disumanizzazione della medicina.

C. Suddividerò il mio intervento in otto punti, di lunghezza diversa, ciascuno dei quali meriterebbe una conferenza a sé. Alcune cose verranno quindi proposte in modo un po’ perentorio, ma vedetele solo come delle affermazioni aperte alla discussione.

### 1. *Dispiacere, sofferenza, burnout*

S’incontra la questione del piacere attraverso l’altra faccia della medaglia: la sofferenza dei medici. Nei paesi più ricchi, l’entusiasmo sul lavoro dei medici conosce un declino più o meno accentuato. Le conseguenze sono disastrose perché il medico infelice lavora meno, commette errori, va presto in pensione se non si è suicidato prima. Conoscete tutti probabilmente le forme cliniche di questa insoddisfazione, che culmina nel *burnout* – di cui esistono ormai degli esperti con punteggi e programmi di individuazione e prevenzione<sup>2</sup>.

### 2. *Il piacere nella relazione?*

Per contrasto la letteratura medica è avara di lavori dedicati alla soddisfazione sul lavoro, si osa appena, peraltro, scrivere la parola “piacere”. L’opinione condivisa è che la relazione con il malato ne sia la fonte principale, se si lasciano da parte le sensazioni forti che alcuni chirurghi conoscono quando compiono delle prodezze. Nelle inchieste tuttavia, le relazioni con i malati occupano in modo quasi esclusivo il registro di raccolta dati sul piacere nel lavoro<sup>3</sup>.

Questa esclusività è problematica, soprattutto quando si rivela come una sorta di ripiego. Potrebbe essere grande la tentazione di compensare la durezza crescente del lavoro con relazioni calorose richieste principalmente dal medico. Sarebbe rischioso se un’intersoggettività patetica

\* Professore ordinario di medicina interna dell’Ospedale Universitario di Strasburgo, ricercatore presso l’Istituto di Ricerche Interdisciplinare sulla Scienza e Tecnologia presso l’Università di Strasburgo.

<sup>1</sup> Intervento tenuto a Clermont-Ferrand, VI Colloquio di *Médecine et Psychanalyse*, 25-27 settembre 2014.

<sup>2</sup> Cfr. J.-C. Weber, *Souffrance et plaisir. La techné médicale aujourd’hui*, in B. Ancori, G.-H. Melenotte, J. Strauser, J.-C. Weber, *Que sommes-nous aujourd’hui? Les Figures du Sujet*, Peter Lang, Bern 2014, pp. 223-245.

<sup>3</sup> Cfr. J.-C. Weber, *Pleasure in medical practice*, in *Medicine Health Care and Philosophy*, Springer, Netherlands 2012, vol. XV, fascicolo 2, pp. 153-164.

diventasse la sorgente principale della felicità del medico. Rischioso perché? Perché non sta qui l'essenza della sua pratica.

Due citazioni a questo proposito:

– Nel 1912, Freud consigliava agli analisti di prendere a modello il chirurgo, “[...] il quale mette da parte tutti i suoi affetti e persino la sua umana pietà nell'imporre alle proprie forze intellettuali un'unica meta: eseguire l'operazione nel modo più corretto possibile”<sup>4</sup>. Freud aggiungeva che la freddezza dei sentimenti crea le condizioni più vantaggiose per condurre il trattamento<sup>5</sup>. Quindi ciò che muove il medico è proprio la conduzione del trattamento e non la conduzione del malato.

– La questione dell'apatia che ci si deve attendere dall'analista ha fatto versare fiumi di inchiostro. Nella seduta del suo Seminario dell'8 marzo 1961<sup>6</sup>, molto vicina alla pubblicazione del testo su *La direzione della cura e i principi del suo potere*<sup>7</sup>, Lacan propone – purtroppo devo abbreviare: “non c'è motivo per affermare che il riconoscimento dell'inconscio pone di per sé l'analista al di fuori della portata delle passioni”<sup>8</sup>. “Se l'analista realizza [questa] apatia è nella misura in cui egli è posseduto da un desiderio più forte [...] di quello di prendere [il paziente] tra le braccia o di gettarlo dalla finestra”<sup>9</sup>. Vedete che la questione è presa in esame sotto un altro angolo ma la si può certamente estendere alla medicina.

3. Quale definizione del piacere può allora guidarci? La soddisfazione di un bisogno non si confà alla nostra questione. La soddisfazione di un desiderio è già più prossima a ciò che cerchiamo. Svolgere un'attività gratificante è il terzo significato della parola “piacere” indicato dal dizionario<sup>10</sup> ed è quello che possiamo prendere senza esitazioni<sup>11</sup>: il piacere di mettere all'opera un'intelligenza pratica quando si ha a che fare con il reale complesso delle situazioni dell'uomo malato; il piacere di lavorare in accordo con il proprio senso di responsabilità e con l'etica professionale; il piacere della realizzazione di sé attraverso il lavoro<sup>12</sup>. Sono proprio questi piaceri a essere direttamente minacciati<sup>13</sup>: ci torneremo.

<sup>4</sup> S. Freud, *Tecnica della psicoanalisi* [1912], in *Opere*, vol. 6, Boringhieri, Torino 1974, p. 536.

<sup>5</sup> Cfr. *Ibidem*.

<sup>6</sup> La qualità della trascrizione di questo Seminario nella versione pubblicata da Seuil ha fatto versare fiumi d'inchiostro. Si può preferire il testo in <http://www.ecole-lacanienne.net/>

<sup>7</sup> J. Lacan, *La direzione della cura e i principi del suo potere*, in *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, vol. II.

<sup>8</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro VIII. Il transfert* [1960-1961], Einaudi, Torino 2008, p. 202. “[...] perché dovrebbe essere di per sé escluso il moto dell'amore o dell'odio? [...] Direi persino: più l'analista sarà analizzato, più sarà possibile che rispetto al suo partner sia francamente innamorato o francamente in uno stato di avversione, di repulsione, secondo i modi più elementari del rapporto fra i corpi. Quel che vi dico è un po' tosto, ci turba. E se consideriamo che ciononostante deve ben esserci qualcosa di fondato nell'esigenza dell'apatia analitica, bisognerà che essa si radichi altrove”, *Ivi*, p. 203.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

<sup>10</sup> Per il dizionario *Trésor de la Langue Française Informatisé* (accessibile gratuitamente on line) in [www.tresor-de-la-langue-francaise-informatise.fr/](http://www.tresor-de-la-langue-francaise-informatise.fr/), il senso generale di piacere indica uno stato affettivo gradevole, duraturo, che procura la soddisfazione di un bisogno, di un desiderio o lo svolgimento di un'attività gratificante.

<sup>11</sup> Avendo in mente tutte le sfumature ben sviluppate da Bourdieu sulla questione della gratificazione, cioè del riconoscimento simbolico che va al di là della remunerazione.

<sup>12</sup> Si veda C. Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, Paris 2000. La sofferenza sul lavoro è ripartita su tre assi che trovano la loro pertinenza nel campo medico: lo scostamento tra il lavoro prescritto e il lavoro reale (che comporta il “reale del lavoro”, cioè “ciò che resiste alle conoscenze, ai saperi, ai saper-fare, e in modo generale alla padronanza” p. 32); la costrizione a lavorare male; il lavoro non riconosciuto.

<sup>13</sup> Attraverso la riorganizzazione manageriale dei sistemi sanitari che accompagna, per altro, la situazione globale, post-fordista, del lavoro.

4. Devo fare adesso una deviazione per occuparmi della nozione antica di *téchne* che mi sembra adatta a fornire alcune invarianti di quell'attività, peraltro così instabile nel corso della storia, che è la pratica medica<sup>14</sup>.

In Aristotele, la nozione di *téchne* (τέχνη)<sup>15</sup> si ricollega a un sapere di ordine pratico che guarda verso la scienza (*epistème*) pur restando ancorata all'esperienza (*empeiria*) e all'osservazione. La pratica non è l'applicazione di un sapere, ma la condizione stessa del sapere utile. Così, il sapere sulle malattie e i loro rimedi non basta per trattare il malato particolare<sup>16</sup> che è davanti al medico e gli rivolge la sua domanda, ci vuole anche la conoscenza pratica che è quella dell'esperienza. La pratica non è l'applicazione "discendente" di un sapere – ecco che cosa bisogna tenere a mente, in qualche modo qui è già detto tutto sul rapporto fra pratica medica e scienza bio-medica.

Ogni *téchne* si regola sull'oggetto particolare con il quale ha a che fare, uno per uno, e tiene conto delle circostanze contingenti della propria azione. Non la si può imparare né acquisire se non praticandola, il che richiede sforzi assidui<sup>17</sup>. La pratica della *téchne* presuppone delle decisioni precedute da deliberazione perché le cose che tratta possono essere modificate dall'azione e perché il loro esito particolare non può essere conosciuto in anticipo<sup>18</sup>. [Si noti che, a circa venticinque secoli di distanza, Canguilhem fa delle affermazioni simili<sup>19</sup>]. Una buona deliberazione non è una scienza (non si deve più cercare quando si sa), non si tratta della sola finezza intuitiva (che fa a meno del ragionamento), ma della correttezza nel distinguere lo scopo da perseguire, i mezzi da impiegare, e il momento nel quale occorre agire<sup>20</sup>. Siamo sinceri: questa formulazione "correttezza nel distinguere..." dà un'immagine idealizzata: nella quotidianità dei nostri atti pratici, si tratta il più delle volte di una decisione che resta segnata da una profonda precarietà perché si tratta di impegnarsi in una zona che rimane in gran parte sconosciuta, opaca e vaga. Quella che Kahneman chiama l'"intuizione degli esperti"<sup>21</sup> se la cava alla meno peggio quando si tratta di manipolare delle possibilità, delle proposizioni vaghe, dei valori di verità intermedi, dei ragionamenti approssimativi, le cui equivalenze linguistiche sono, ad esempio: "nella maggior parte dei casi", "generalmente...", "spesso è vero che...", "è quasi troppo..."<sup>22</sup>. Si è qui vicini alla dimensione di *mètis* che ha preceduto la *téchne*<sup>23</sup>, quell'astuzia dell'intelligenza pratica che l'uomo della *téchne* non trascura, tutt'altro.

Lo spazio della clinica medica, luogo di decisione e di atti, è ricco di intrecci che lo rendono complesso, in quanto contempla simultaneamente registri eterogenei, ad esempio: corpo organico e corpo vissuto (la famosa distinzione fra *Körper* et *Leib*), determinismo biologico, sociale e psichico delle malattie, normative e regolamenti scientifici, legali, morali, economici. Schematizzata all'estremo, la decisione medica è una risposta a una domanda che mobilita insieme ragione, emozioni e affetti, linguaggio informativo e parola performativa, registro del bisogno e del desiderio, sapere esperto e conoscenze tattiche. La *téchne* medica è l'arte di annodare tutto questo, di integrarlo con tatto in gesti e parole che determinano una traiettoria – diagnosi e terapia – senza garanzia a priori di riuscita. I gesti e le parole del medico non sono, in ultima istanza, l'esecuzione

<sup>14</sup> Cfr. J.-C. Weber, *La médecine comme techné: tactique du geste, éthique du tact*, in *Texto!*, in [www.revue-texto.net/docannexe/file/2743/weber-namur.pdf](http://www.revue-texto.net/docannexe/file/2743/weber-namur.pdf)

<sup>15</sup> La *techné* indica un modo d'essere che, diretto dalla ragione (regola) vera, mira a una produzione. Secondo le traduzioni, si troverà nei testi francesi "arte" o "tecnica". La *téchne* medica è particolare per il fatto di non mirare alla produzione di un oggetto materiale. Per evitare i controsensi con "arte" o "tecnica", preferisco conservare il termine *téchne*.

<sup>16</sup> Cfr. Aristotele, *Etica nicomachea*, vol. 7, [1097a], Laterza, Bari 1979, pp. 11-12. Ma vedi anche il primo capitolo di Aristotele, *Metafisica*, vol. 6, Laterza, Bari 1982, pp. 3-47.

<sup>17</sup> Aristotele, *Etica Nicomachea* [1103a], cit., p. 28.

<sup>18</sup> Cfr. *Ivi*, [1112 a] e [1112b], pp. 55-57.

<sup>19</sup> Cfr. G. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Vrin, Paris 1994, pp. 383-391.

<sup>20</sup> Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, [1142b], cit., p. 152.

<sup>21</sup> D. Kahneman, *Système 1, système 2. Les deux vitesses de la pensée*, Flammarion, Paris 2012, p. 22.

<sup>22</sup> Le teorie della logica fuzzy permettono in parte di renderne conto in modo formale. B. Bouchon-Meunier, *La logique floue*, PUF, Paris 2007.

<sup>23</sup> Cfr. M. Detienne e J.-P. Vernant, *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, Flammarion, Paris 2009.

di un compito programmabile perché questa *téchne* dei rimedi che è la medicina è destinata all'uomo malato, nella singolarità del suo modo di percepire la malattia. La precarietà irriducibile della *téchne* è inerente alla particolarità del suo destinatario.

5. Il passo da fare ora, è vedere che genere di piacere si associa all'esercizio di una *téchne*. Per Aristotele, le azioni conformi alla virtù (cosa inascoltabile oggi, lo preciserò più tardi) sono fonte di piacere<sup>24</sup>. Aristotele insiste: il piacere che si associa all'azione non è solo un principio di giudizio sulla sua qualità, ma è necessario anche prestarvi attenzione<sup>25</sup>. È quindi un argomento tutt'altro che da trascurare. Perché il piacere dell'atto accresce la sua energia; si giudicano tanto meglio le cose e le si pratica con più precisione quanto più le si fa con piacere<sup>26</sup>. Teniamo sempre Freud e Lacan in filigrana: non si tratta di soddisfacenti affettivi presi nell'umidore vischioso del relazionale.

Aggiungiamo altri argomenti: nella *Critica del giudizio* di Kant si trova questa affermazione sull'arte (parola che traduce *téchne* ma che va intesa più come arte dell'artigiano che come quella dell'artista): “Soltanto ciò che, anche quando non sia conosciuto perfettamente, non si ha ancora l'abilità per produrlo, appartiene all'arte”<sup>27</sup>. In medicina, la teoria medica è conoscenza generale, ma nella clinica è il particolare che fa caso – vale a dire ciò che ci cade addosso (*cadere*) e ciò a cui occorre far caso, cioè prendere in considerazione. Bisogna allora attivare quella che Kant chiama la facoltà del giudizio riflettente, si potrebbe anche dire, per capire meglio, “ascendente”, quella che permette di risalire dal particolare al generale<sup>28</sup>. Ora, Kant non manca di segnalare che l'accordo che si può trovare tra il contingente e le leggi generali è fonte di un notevole piacere<sup>29</sup>. Segnale di sfuggita la prossimità di questo movimento con il ragionamento abduttivo, quello utilizzato dal detective (si vedano Eco, *Il nome della rosa*; Peirce; Ginzburg<sup>30</sup>), ma anche da altri professionisti che partono da dettagli, da indizi sparsi, tentando di risalire da questi effetti fino alla loro causa. Ginzburg lo chiama paradigma indiziario.

Insistiamo: il piacere di curare non è legato in modo prioritario né alla bellezza della cura (anche se lavorare bene è un bel lavoro), né al fatto che la cura dia sollievo (anche se il suo fine è orientato verso il conforto del corpo e dello spirito), ma al fatto che, per il medico appassionato al suo campo (con le parole di Bourdieu si potrebbe aggiungere “preso nel gioco”<sup>31</sup>), curare è ciò che vuole, è ciò che desidera in quanto professionista (si vede che si può quindi adottare questa occorrenza semantica della definizione del piacere). “Ma – ci dice Kant – volere qualche cosa e avere piacere della sua esistenza, cioè prendervi interesse, sono la stessa cosa”<sup>32</sup>.

Abbiamo parlato di tatto, ma prima di questo abbiamo parlato di pratica assidua che permette di incorporare questi saperi taciti che rendono i gesti e le parole più adatti a ciò che è da raggiungere. Noi incorporiamo (è una vera e propria conoscenza per mezzo del corpo) una conoscenza pratica che è all'opera in un gran numero di decisioni ordinarie<sup>33</sup>. Come dice Bourdieu, l'agente impegnato in una pratica abita il suo mondo come un abito, ha il senso del gioco, la sua relazione con il fine a cui tende non è un calcolo di utilità. Le cose da fare “come si deve” non hanno più bisogno di essere totalmente costituite in imperativi coscienti. Esercitare “con felicità” (soggettiva e oggettiva, cioè al tempo stesso con piacere ed efficace disinvoltura) presuppone l'aver incorporato i gesti della

<sup>24</sup> Cfr. Aristotele, *Etica nicomachea*, [1104b], cit., pp. 31-32.

<sup>25</sup> Cfr. *Ivi*, [1105a], p. 34.

<sup>26</sup> Cfr. *Ivi*, [1175a], p. 256.

<sup>27</sup> E. Kant, *Critica del giudizio*, [§43.2], Laterza, Bari 1970, pp. 161-162.

<sup>28</sup> Cfr. *Ivi*, [§§ III-IV], p. 19.

<sup>29</sup> Cfr. *Ivi*, [§§ V-VI], pp. 27-28.

<sup>30</sup> Cfr. C. Ginzburg, *Signes, traces, pistes, Racines d'un paradigme de l'indice*, in *Le Débat*, n. 6, Gallimard, Paris 1980, pp. 3-44.

<sup>31</sup> P. Bourdieu, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Seuil, Paris 1994, p. 151.

<sup>32</sup> E. Kant, *Critica del giudizio*, [§4], cit., p. 50.

<sup>33</sup> Questo mi sembra interessante, perché a insistere troppo sulla scelta razionale dell'uomo prudente (tipo di deriva intellettualistica del pensiero aristotelico), ci si allontana dalle pratiche ordinarie dei medici (o di tutti gli altri agenti).

pratica. Quando il medico, chiamato a rispondere alla domanda dell'uomo malato – perché è questa la specificità della posizione medica come hanno detto altrettanto bene Foucault, Canguilhem e Lacan<sup>34</sup> –, fa uso di tutte le componenti della *téchne*, il piacere associato al suo atto è legato alla loro riuscita combinazione. Non è necessario che il malato esprima un qualche riconoscimento, né che la relazione sia ricca di emozione, né che la malattia diagnosticata sia un “bel caso”, né che si sia compiuta una prodezza terapeutica. Quando è tutt'uno col suo fare, il medico cura la persona ma anche il proprio lavoro e, facendo questo, si prende cura anche di se stesso.

6. Veniamo dunque alle minacce che pesano sulla sua pratica. In campo medico, la precarietà del giudizio pratico è attaccata su tutti i fronti<sup>35</sup>. Posso qui prendere in dettaglio solo una modalità tra altre.

Tutto ciò da cui è oggi pervaso il sistema sanitario (performance, qualità, certificazione, valutazione generalizzata) presuppone per ciascuno il controllo cosciente di ciò che deve fare e del modo di renderne conto attraverso una traccia. Ora, le competenze di mestiere sono largamente applicate fuori da un controllo cosciente, il che non significa che sono fuori controllo, ma che l'autore si affida implicitamente a ciò che ha interiorizzato in una disposizione dei saperi tattici acquisita nel corso dell'esperienza, esperienza che non è altro che la traversata rischiosa di un dominio vago, traversata che determina una congettura nell'indeterminato dell'*a-peiron*<sup>36</sup>. Fidarsi di sé presuppone precisamente di non controllare più in dettaglio lo svolgimento delle operazioni cognitive. La performance professionale vera e propria riposa su una base tanto affidabile quanto quella di un *misirizzi*, ma essa non è sufficientemente tracciabile per essere credibile e dunque accreditata, precisamente perché non la si potrebbe rendicontare nel modo in cui è richiesto oggi di rendicontare. La conseguenza è la seguente: il potenziale inedito di ogni situazione non provoca più l'adattamento del *misirizzi*, ma un ostacolo che fa inciampare. Nella Prefazione dello *Zarathustra* di Nietzsche, un pagliaccio diabolico lancia un grido che fa precipitare il funambolo<sup>37</sup>. Ebbene, il funambolo ha bisogno di un tatto che ricostituisce in permanenza, tacitamente e inconsciamente, del sapere sulla corda e sul corpo<sup>38</sup>. Quando è tutt'uno col suo fare, è stabile quasi quanto un *misirizzi*. Ma quando il pagliaccio della valutazione del controllo gli impone di rendere conto di quello che sta facendo, non può che cadere. Non ha alcuna forza critica per resistere, poiché questa sensibilità della corda, questo tatto, “si dissolve nella rivendicazione della propria esistenza”<sup>39</sup>.

La microattività che si può esigere dal medico – è vero che si fonda su un difetto, vale a dire sull'assenza di controllo totale a priori di ciò che dirà o farà – questa micro-attività è ostacolata dal controllo di conformità alle procedure. La fiducia nell'incorporazione tacita di quel che c'è da fare si disfa rapidamente, così come si atrofizza rapidamente un muscolo sotto il gesso che venisse posto per correggere temporaneamente un'incapacità. Sotto la conchiglia delle procedure possono trovare riparo solo i molluschi, cosa che rende allora il controllo sempre più oggettivamente necessario e il medico oggettivamente carente. Le belle nozioni di qualità delle cure e di responsabilità diventano gli strumenti stessi attraverso i quali il potere dell'azione si sfalda, la pratica diviene vulnerabile, l'*ethos* si trasforma. La prospettiva della medicina come *téchne* è resa invisibile tanto più facilmente

<sup>34</sup> È la specificità della posizione medica, come ha detto J. Lacan, *Psicoanalisi e medicina*, in *La Psicoanalisi*, n. 32, Astrolabio, Roma 2002, p. 12 e M. Foucault, *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine?*, in *Dits et écrits*, Gallimard, Paris 1994, vol. III, pp. 40-58.

<sup>35</sup> Lo spiego diffusamente in due testi in via di pubblicazione che trattano dell'impatto del nuovo management pubblico sulla pratica medica: J.-C. Weber, *Performance et qualité: malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ?*, e J.-C. Weber, *Chasser le flou: vers une plus grande fragilité? Le cas de la pratique médicale*.

<sup>36</sup> Cfr. M. Detienne e J.-P. Vernant, *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, cit.

<sup>37</sup> Cfr. F. Nietzsche, *Così parlò Zarathoustra. Un libro per tutti e per nessuno*, Adelphi, Milano 1989, p. 13.

<sup>38</sup> J. P. Resweber, *Le soin: affaire de technè et de tact*, in J.P. Resweber et al., *Les gestes de soin*, Editions du Portique, Strasbourg 2003, pp. 85-103. Vedi anche in [www.leportique.revues.org/905](http://www.leportique.revues.org/905) e E. Kant, *Critica del giudizio*, cit.

<sup>39</sup> Come dice con eleganza J. Le Marec, in tutt'altro contesto: *Le public, le tact et les savoirs de contact*, in *Communication et langages*, n. 175, NecPlus, 2013, pp. 3-25.



quanto più l'esercizio del giudizio pratico si atrofizza da sé attraverso il ricorso esponenziale alle procedure di riferimento, alle raccomandazioni, ai sistemi esperti, alla *evidence-based medicine*<sup>40</sup>. Non si tratta di rimettere in causa la loro esistenza, ma il loro uso. Converrebbe “profanarli”, cioè restituirli all'uso comune, invece di sacralizzarli<sup>41</sup>.

L'uso profano di queste norme richiede di considerare il posto del giudizio pratico rispetto alla regola<sup>42</sup>. Nessuna regola (legge, norma) fornisce indicazioni sul modo in cui il caso particolare deve essere trattato. Resta un'opinione su ciò che deve essere fatto e uno stesso contenuto normativo rende possibile azioni a volte del tutto opposte<sup>43</sup>.

Il disaccordo verte sulla natura del fossato che separa la regola dalla sua applicazione<sup>44</sup>: o il fossato è irriducibile e apre – e al tempo stesso garantisce – lo spazio del giudizio pratico che consiste nell'attraversare questo fossato in un modo contingente e non interamente prevedibile; o, al contrario, è riducibile, detto altrimenti, non c'è veramente uno iato fra la regola e la sua applicazione, ma<sup>45</sup> in questo caso è necessario aggiungere delle regole supplementari che dicano come bisogna obbedire alla regola, togliere le esitazioni sul modo di applicarla. Le procedure e i protocolli intendono determinare il comportamento degli attori più precisamente di quanto possano fare le regole non sufficientemente dettagliate. Ecco il punto delicato: da un lato l'assenza di determinazione assoluta delle condotte fa correre un rischio di disorientamento, ma dall'altro lato questa assenza è anche la condizione per porvi rimedio con l'invenzione *hic et nunc* di un comportamento, di un gesto, di una parola che non sono interamente predicibili, ed è questa che ho chiamato “micro-creatività”. È riprendere altrimenti le parole di Kant, che ho citato prima e che parafrao così: tutto ciò che non può essere effettuato a partire dalla sola conoscenza della regola ha a che fare esattamente con la *téchne*, con la pratica clinica, e non appartiene che a questa<sup>46</sup>. La conoscenza perfetta della norma non fornisce *ipso facto* la capacità di compiere quel che è da fare. [Imparare a memoria i passi da seguire per annunciare una malattia grave non fornisce alcun aiuto per annunciare quella malattia a quella persona].

La sacralizzazione della regola, come quella della perizia, come quella dei centri di riferimento o di competenza, va di pari passo con il rigetto del campo del giudizio (troppo arbitrario, non provato, troppo incerto, troppo rischioso), il che fa sì che gli attori si amputino quasi volontariamente di quel che faceva l'essenza stessa della loro qualità, perché l'esitazione in questo ambito è diventata inaccettabile, anche ai loro stessi occhi.

7. Abbiamo provato a sottolineare un paradosso dagli effetti devastanti: cercare di rafforzare una pratica può portare a indebolirla. Se i principi del suo potere sono inseparabili da una fragilità irrimediabile, questo significa che non si dovrà cercare troppo di sradicarne in modo sistematico le insufficienze. È vero, c'è il pericolo di essere sedotti dalle emozioni che sono ambivalenti, ci sono angolature diverse nel giudizio, la tecnica è vulnerabile: ma è irragionevole pensare che tutto questo si possa correggere moltiplicando le norme. Assumere la parte irriducibile di bricolage, di vaghezza, di incertezza è un gesto inaugurale importante. Tuttavia, nel tempo della performance, che sia questa corporea, tecnica o manageriale, questa affermazione diventa scandalosa, e di fatto è delicata, perché non si tratta di rifiutare di migliorare quello che deve essere migliorato anche servendosi delle procedure di riferimento e non si può nemmeno dire che esiste un complotto per

<sup>40</sup> In generale, la delega della decisione a sistemi esperti corrode l'autonomia umana. J. De Mul, *Des machines morales, Cités*, 2009/3 n. 39, pp. 27-38, in [www.cairn.info/zen.php?ID\\_ARTICLE=cite\\_039\\_0027](http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=cite_039_0027)

<sup>41</sup> Cfr. G. Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, Rivages, Paris 2003.

<sup>42</sup> Cfr. J.-C. Weber, *Des biotechnologies à la pratique clinique: innovations et dommages collatéraux*, in G. Le Dref, T. Droulez e C. Allamel-Raffin, *Les Usages du Vivant: Enjeux des Biotechnologies*, Université Louis Pasteur, Strasbourg 2011, pp. 65-80.

<sup>43</sup> Cfr. V. Descombes, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Seuil, Paris 2007.

<sup>44</sup> Cfr. L. Wittgenstein, *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino 1974.

<sup>45</sup> Cfr. P. Virno, *Et ainsi de suite. La régression à l'infini et comment l'interrompere*, Editions de l'éclat, Paris 2013.

<sup>46</sup> Cfr. E. Kant, *Critica del giudizio*, [§43.2], cit., pp. 161-162.

stradicare il giudizio pratico: ovunque manchi, i danni sono immediati, ma il legame causale non è ancora stabilito, mi sono semplicemente impegnato qui a suggerirlo.

Questo si ripercuote, di certo, in modo considerevole nella relazione con il malato: il medico formattato e conforme di domani non potrà che schivare il movimento di fiducia del malato perché sarà convinto di non poterselo assumere, si rifiuterà di essere lo zimbello di ogni investimento che vada al di là delle capacità debitamente accreditate: rifiuterà di essere il destinatario di una domanda, perché il malinteso che ogni domanda genera sarà diventato insostenibile<sup>47</sup>. Allo stesso modo, la fiducia in sé del praticante poggia anche, in qualche modo, su un errore il che si trasforma oggi in qualcosa di spregevole.

Il contesto attuale fa di tutto affinché il medico ne sia terrorizzato e cerchi riparo dietro le raccomandazioni e le procedure di riferimento. Si loderà forse la sua precauzione, misconoscendo tuttavia che si priva così della possibilità di consolidare la propria pratica. Imparare a determinare una traiettoria, a tracciare un percorso, a trovare una via d'uscita, ad affrontare la vaghezza e l'indeterminato, questo non dipende dall'applicazione di un sapere che padroneggia la situazione (sarebbe assoluto), ma da un saper-fare mai garantito e tuttavia migliore garanzia possibile di accostarsi – senza abbandonarsi al caso né alla provvidenza – alla giusta misura propria del caso particolare, alla sua normatività direbbe Canguilhem. Questa giusta misura propria al caso, ecco il significato delle azioni conformi alla virtù che prima vi ho promesso.

Questa misura non dipende da un'aritmica, dal calcolabile, essa ha a che fare con ciò che cade a puntino, che è appropriato.

8. La conclusione è tanto dubbia quanto zoppicante: il medico può solo lasciare (a) a desiderare<sup>48</sup>. Si avrebbe torto di sorridere dell'equivoco. Nella logica dello scambio contrattuale come in quella della valutazione o della comunicazione, non c'è più, per l'esattezza, alcun posto legittimo per l'equivoco di questa formula, il che provoca, da un lato, un'inflazione di norme destinate – ma invano – a stradicare ogni malinteso, – cioè a negare il fossato fra la regola e la sua applicazione – , ma anche, dall'altro lato, il “ricorso compulsivo a delle formule stereotipate”<sup>49</sup>, perché la proliferazione delle norme supera le possibilità concrete di farle proprie per fabbricare alla bell'e meglio un “ambiente”, un “*milieu*” dove si possa stabilire il basamento di una pratica, incorporare un *habitus*, forgiare un'esperienza, per poter affrontare, con un certo piacere, la parte che resta indeterminata. La condizione del piacere minacciata è dunque quella della pratica stessa.

Traduzione Ilaria Papandrea

Revisione Giuliana Zani

<sup>47</sup> Cfr. J.-C. Weber, *Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale*, in *Revue des sciences sociales*, n. 50, Presses universitaires, Strasbourg 2013, pp. 102-109.

<sup>48</sup> Cfr. J.-C. Weber, *Gouverner les chairs et les esprits*, in *Studia Philosophica*, Schwabe Verlag, Basel 2011, vol. 70, pp. 117-122. Anche in [www.sagw.ch/en/philosophie/Publikationen/studia-philosophica.html](http://www.sagw.ch/en/philosophie/Publikationen/studia-philosophica.html) e J.-C. Weber, *Prendre soin de sa techné*, in *Le Coq Héron*, n. 206, Érès, Toulouse 2011, pp. 33-47.

<sup>49</sup> P. Virno, *Histoire naturelle*, in *Conjonctures*, n. 36/37, in [www.trempet.it/ConjoncturesWEB/Numero36/EC-27-HistoireNaturelle.pdf](http://www.trempet.it/ConjoncturesWEB/Numero36/EC-27-HistoireNaturelle.pdf)

## È possibile una pratica ad orientamento lacaniano in un Policlinico Universitario?

Giovanni Lo Castro

*Io non ho paura*<sup>1</sup> è il titolo di un film che Gabriele Salvatores ha ricavato da un testo di Nicolò Ammaniti. Vi si racconta di un bambino rapito a scopo di estorsione e trattenuto nel fondo di un pozzo, al buio, liberato, dopo molte vicissitudini, grazie all'aiuto di un suo coetaneo, figlio di uno dei rapitori. Egli aveva agito per aiutarlo appena ha riconosciuto in lui un suo simile, precisamente un bambino con il quale condivide il suo discorso, le sue paure e i suoi bisogni.

“Io non ho paura”, mi sono detto, non senza sofferenza, nel momento in cui mi si disse, ormai quasi venti anni fa: “A Parigi si dice che i buoni psicoanalisti lasciano l'Università”. Avevo appena comunicato che lavoravo nella Università, e che ero responsabile di un ambulatorio di psicologia clinica, in particolare e che avevo intenzione di introdurre applicazioni del nostro orientamento. Sentivo dire in quegli anni che quello dell'Università era un “discorso” inconciliabile con quello dell'analista. Confesso che non sono mai riuscito a comprendere bene il significato di questo dire e, soprattutto, non riuscivo a comprenderlo guardando alla magnifica attività che i nostri colleghi svolgono nelle Università francesi.

Dal 1986 sono nella Università e dal 2000 dirigo e oriento al Campo freudiano, l'ambito e le persone con le quali lavoro, senza la paura di distaccarmi da Freud e Lacan e con la voglia non celata di “contaminare”, con gli strumenti che ci hanno fornito, la mia pratica istituzionale. Mi piace sentirmi guidato dalle parole di J.-A. Miller che suggerisce di parlare la lingua dell'altro e mi dico da sempre: se la lingua dell'altro della mia realtà quotidiana è quella della scienza, allora io proverò a parlarla, ma senza rinunciare alla mia: io non ho paura! Posso sempre sperare che un bambino mi tiri fuori dal pozzo nel quale posso restare sequestrato dalle esigenze della Istituzione e dal suo discorso: questo “bambino” forse saranno i colleghi, la Scuola, e la pratica della psicoanalisi.

François Ansermet, nomino lui ma il mio pensiero va ai tanti colleghi del Campo freudiano che lavorano nelle Università, in questi ultimi anni ci ha mostrato, in maniera lucida ed efficace, uno dei modi in cui è possibile fare questa operazione. Come sia possibile parlare la lingua dell'altro: passare dalla propria *lalingua*, alla lingua della scienza, annodandone i saperi senza confonderli; come sia possibile ridurre il rischio di cedere alla tentazione di quella autoreferenzialità, la cui seduzione si accompagna troppo spesso con la pericolosa idea di possedere la verità, per accedere ad una dimensione aperta al tutto incerto della esperienza dell'altro che può anche toccare punti di limite del nostro sapere.

È possibile stare in una istituzione universitaria, precisamente un Policlinico Universitario e dirigere un Ambulatorio di Psicologia Clinica e Psicodiagnostica, restando orientati da Freud e Lacan, e rendere il proprio linguaggio accessibile e non inconciliabile con quello degli altri operatori. È possibile somministrare persino dei reattivi psicodiagnostici (i famigerati test psicologici!), senza fare del sapere che se ne estrae la gabbia nella quale imprigionare la soggettività del paziente, rendendoli piuttosto lo strumento per la ricerca di almeno un traccia che dica qualcosa delle cause della sua sofferenza, aprendo velocemente una breccia che possa attivare la possibilità di parlare da una nuova posizione. Il reattivo diventa, così, il cavallo di Troia per entrare: da una parte dentro le mura fortificate di una pratica medica chiusa, spesso in buona fede, in difesa delle sole posizioni che conosce; dall'altra per tentare l'avvio di un cambiamento di prospettiva, nel

<sup>1</sup> *Io non ho paura* [It. – Sp. – GB. 2003] di Gabriele Salvatores, con G. Cristiano, M. Di Pierro, D. Abatantuono, D. Abbrescia, G. Careccia, A. Sánchez-Gijón, G. Bocchino.

paziente rispetto al sintomo. Si tratta di prendere atto, con coraggio, che spesso il nostro linguaggio necessita di essere tradotto, non meno di quello medico; mi dico allora: meglio correre il rischio di tradire traducendo, piuttosto che contrapporre alle mura di Troia dell'altro, la propria chiusura *Turris eburnea* immaginaria.

Una molteplicità di casi che la pratica quotidiana ci rende disponibili, provano che è possibile realizzare quel sapere fare che Gil Caroz indica come: “[...] lo sforzo di dire bene, dire meglio, dire in modo diverso”<sup>2</sup>, operando per “[...] strappare il discorso interno alla istituzione dalle coordinate immaginarie ed educative o “scientifiche” dell’evento clinico, per localizzarlo nella struttura [...]”<sup>3</sup>.

Lo facciamo rileggendo i dati ottenuti dai reattivi psicodiagnostici in generale, ed in maniera sistematica – in quanto orientati dalla psicodinamica, con i test proiettivi, quali il Rorschach ed il TAT – attraverso una griglia di lettura mirata ad individuare gli effetti della struttura, piuttosto che a collocare in categorie diagnostiche il soggetto che li ha prodotti. Lavoriamo per cogliere elementi che ci dicono del rapporto che il soggetto ha instaurato con il suo altro, non negandogli, anzi procurandogli, l’occasione di dire direttamente le sue questioni e lasciandoci accompagnare dalla sua parola nella ricerca dei significanti che ne particolarizzano la esistenza. Il “profilo psicodiagnostico” – questo è ciò che l’universale della Istituzione ci richiede – porta certo i segni della lingua della scienza (gli “indici” e le formule che lo standard del test produce), mantenendone le tracce che servono a non fare sentire escluso il lettore avvezzo a tale linguaggio. Tuttavia ciò che vi trova non si limita alla descrizione quantitativa, bensì a una logica della qualità che sovverte il linguaggio universalizzante della scienza, per produrre il profilo di un soggetto: uno per uno.

Questo nostro agire ha prodotto un interesse crescente da parte degli altri operatori, verso una lettura dei sintomi che riconosce l’esistenza di un soggetto non riducibile all’organismo. Dalla neurologia, ad esempio, ci giungono richieste di indagini su pazienti che hanno disorientato i curanti portando sintomi che pur manifestandosi con effetti sul corpo, non danno loro la soddisfazione di trovarvi una dimostrabile causalità organica. Soggetti che producono una sorta di *lalingua* primigenia; una *lalingua* del corpo preverbale. Sintomi che per la loro peculiarità ci hanno fatto affermare più volte: “Ben tornata isteria!”. Sì: isteria, perché, ed è più che una nostra semplice impressione, si incontrano in maniera sempre più nitida, costellazioni sintomatiche a connotazione chiaramente charcottiana, con buona pace del DSM V. Manifestazioni leggibili come isteriche, evidenziate come tali non solo nel corso dei colloqui, ma anche da quanto emerge dai reattivi psicodiagnostici. Strumenti, lo ripetiamo, dei quali non ci serviamo per classificare, bensì per cogliere quanto sfugge al controllo razionale del soggetto. Dispositivi idonei a facilitare l’accesso a produzioni dell’inconscio, là dove il tempo a disposizione e l’assenza di un transfert di apertura sul terapeuta (in quanto esso è sulla Istituzione) ci impone di attendere che questo si installi per consentire una “Clinica-Sotto-Transfert [CST]”<sup>4</sup>. Il discorso dell’istituzione subisce così effetti che la liberano dal ricatto della classificazione, dalla trappola della sua azione mortificante sulla unicità del soggetto.

Anche dei numeri, tuttavia, abbiamo imparato a non avere paura, perché è innegabile che alcune nostre certezze sul funzionamento della struttura sono di ordine quantitativo. Per questo diciamo che è possibile, in assenza di condizioni per un transfert, trovare segni del rapporto instaurato tra il soggetto ed il suo Altro attraverso altri dispositivi, che permettano di porre almeno delle ipotesi. È possibile osservare il soggetto nel suo rapporto con il suo altro immaginarizzato, quello che le “immagini” del reattivo hanno il potere di evocare. Viene detta “proiezione” questa operazione, che pur mantenendo tutta la sua operatività al livello dell’immaginario, è innegabile come sia capace di dischiudere la porta del simbolico. È sufficiente che lo psicoanalista non esca dal suo discorso. Rimettendo al lavoro l’*a* piccolo della sua posizione, costringe l’S<sub>2</sub> del sapere

<sup>2</sup> G. Caroz, *Il caso, l’istituzione e la mia esperienza della psicoanalisi*. Introduzione alle simultanee cliniche di PIPOL 6, in *Lettre mensuelle*, n. 318, maggio 2013, in [lettres-mensuelle.com/IMG/pdf/lettre-318](http://lettres-mensuelle.com/IMG/pdf/lettre-318), [trad. nostra].

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> J.-A. Miller, C. S. T., in *La Psicoanalisi*, n. 1, Astrolabio, Roma 1987, p. 146.

della scienza e della Università, a muoversi dalla sua. Possiamo dire che il passaggio attraverso una osservazione delle produzioni del paziente raccolte tramite i reattivi, può equivalere ad una isterizzazione; si noti: non del soggetto ma dell'operatore, nella misura in cui può fare emergere l'impossibile a dirne abbastanza del soggetto nella sua particolarità, rischio che si corre se si rimane incollati a quell'universale costituito dai cosiddetti "dati oggettivi". Tuttavia è opportuno dire che se questi "dati", in quanto tali, non dicono a sufficienza del soggetto, per la nostra esperienza possono essere utili per avere delle indicazioni sul funzionamento della struttura.

Il lavoro in una istituzione porta con se un altro elemento non secondario: il dover "render conto" del proprio atto. L'essere costantemente sottoposti allo sguardo di un altro che ne verifica gli effetti e che richiede che questi siano condivisibili, costringe ad un continuo confronto e ad una continua messa in discussione, e questo non è un male.

Pochi tratti da una esperienza della pratica. Lella è una adolescente per la quale viene richiesta una indagine. È ricoverata in neurologia perché presenta una ipotonia muscolare agli arti inferiori che la costringe da quasi tre anni su di una sedia a rotelle. Neurologi, a più riprese ed i molti ospedali anche del nord Italia (ad esempio il Gaslini di Genova e lo Stella Maris di Pisa) che l'hanno vista, non sono riusciti a modificare al sua condizione, pur escludendo la presenza di danni organici.

Lella ha un atteggiamento di sfida. Al nostro arrivo dirà chiaramente: "Neppure voi riuscirete a farmi alzare da qui". Apriamo una piccola fessura con dei test carta-matita e da questi prendiamo spunto per darle l'occasione di farci conoscere qualcosa della sua storia che lei non dice. È il padre che si occupa di lei, persino di toglierle l'assorbente intimo (!). La madre non l'ha mai presa in braccio. I reattivi ci permettono di "triangolare" il nostro intervento. Non abbiamo bisogno di dire: "Abbiamo capito che hai trovato questa tua soluzione particolare per essere presa in braccio, per avere la prova che ti si ama". Sono i reattivi psicodiagnostici che ci permettono di dire: "Sai, da qui, dai test, viene fuori che tu [...]", ma, è implicito: non siamo noi a dirlo, quindi non stiamo forzando il tuo desiderio!

Lella sorride. Non può più dire: voi mi volete fregare! Comprende, forse, che si è "fregata" da sé. Inizia a parlare dei suoi bisogni, della sua lotta con il fratello per guadagnarsi un poco di attenzione, della sua paura di essere abbandonata. Si farà scoprire, mentre di notte si alza, camminando, per andare a mangiare e nel corso dei colloqui che seguono alla indagine, si creeranno anche condizioni perché possa finalmente dire delle cose ancora più complesse e gravi, che in questa occasione non è possibile presentare.

Noi possiamo dire che è bastato davvero poco per aprire nuovi spazi per il dire il non ancora detto, per muovere qualcosa dal reale al simbolico. I colleghi della neurologia ci sono apparsi stupiti ed ammaliati dalla magia della nostra parola, noi ringraziamo Freud e Lacan per avercene insegnato l'uso.



# Psicoanalisi e istituzione





## Alcuni appunti su *Vie della terapia psicoanalitica*<sup>1</sup>

Anna Castallo

Si tratta di uno scritto che Freud stese per il V Congresso Internazionale di Psicoanalisi che si tenne il 28 e 29 settembre 1918<sup>2</sup>. La relazione allora si intitolava: *Direttive di sviluppo nella terapia psicoanalitica*. È il primo congresso di psicoanalisi al quale partecipano rappresentanti ufficiali dei governi, a causa del crescente interesse - nei circoli militari - per le nevrosi di guerra: in quel periodo si pensava di istituire delle “cliniche di psicoanalisi”<sup>3</sup> dedicate al trattamento delle nevrosi di guerra.

In questo scritto Freud considera per la prima volta la possibilità di una clinica psicoanalitica in istituzione e fa considerazioni molto interessanti. Mi pare che si possano individuare tre temi principali che corrono attraverso l'intero articolo: la tecnica, la suggestione e la presenza dello Stato come interlocutore non psicoanalitico cui rendere conto.

### La tecnica

Freud inizia col parlare di analisi come di un lavoro di “scomposizione, dissezione”<sup>4</sup>, che assomiglia al lavoro del chimico sulle sostanze, al lavoro di isolare la sostanza o elemento più semplice. Dopo la scomposizione, afferma, “[...] cosa c'è di più naturale dell'esigenza che il nostro aiuto si esprima anche nel far sì che questi elementi si combinino in lui in modo nuovo e migliore?”<sup>5</sup> Cioè dopo l'analisi, la cosa più naturale sembrerebbe la sintesi - dice Freud - e in virtù di questa naturalezza - di questo buon senso si potrebbe dire - si è instaurata la tendenza a spostare tutto il peso della psicoterapeutica su questa sintesi, “una sorta di ripristino”<sup>6</sup> di ciò che era stato distrutto nella analisi. Ma Freud aggiunge “Eppure io non posso credere, Signori che questa psicossintesi rappresenti per noi un nuovo compito”<sup>7</sup>. Freud, quindi, mette definitivamente il ripristino fuori dalla portata della psicoanalisi. Fuori dai suoi scopi, non è di ripristino che si tratta, non è di psicossintesi, di ricostituzione.

Freud inizia, quindi a trattare il tema delle diverse strade che seguirà lo sviluppo della psicoterapia psicoanalitica. Si chiede: dovremmo aiutare il malato a liquidare le resistenze che gli abbiamo mostrato “[...] trasponendolo in quella situazione psichica che è più favorevole alla auspicata risoluzione del conflitto?”<sup>8</sup> e risponde: “Ritengo che una siffatta attività dello psicoanalista sia ineccepibile e perfettamente legittima”<sup>9</sup> e aggiunge che “[...] si schiude qui un nuovo campo per la tecnica psicoanalitica [...]”<sup>10</sup>. Si apre a mio avviso qui, nel 1918, con questa frase di Freud, tutto il campo della ricerca sulla possibilità di un orientamento analitico nella clinica istituzionale. Quando Freud parla di “situazione psichica che è più favorevole”<sup>11</sup>, mi pare che si

<sup>1</sup> S. Freud, *Vie della terapia psicoanalitica* [1918], in *Opere*, vol. 9, Boringhieri, Torino 1977.

<sup>2</sup> Una prima lettura critica di questo articolo di Freud è stata fatta ad *Artelier* con la dott.ssa Branca e il dott. Palomino.

<sup>3</sup> E. Jones, *Vita e opere di Freud*, vol. 2, il Saggiatore Economici, Milano 1995, p. 245.

<sup>4</sup> S. Freud, *Vie della terapia psicoanalitica*, cit., p. 20.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

<sup>6</sup> *Ivi*, p. 21.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> *Ivi*, p. 22.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

<sup>10</sup> *Ibidem*.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

possa intravedere qualcosa dell'ordine della rettifica dell'Altro, presente nella clinica istituzionale di orientamento lacaniano.

Pur nell'impossibilità di approfondire una nuova tecnica che dovrà ancora svilupparsi, Freud decide di dare un principio che ritiene fondamentale in analisi e - poi chiarirà - anche nelle cure in istituzione: “[...] la cura analitica deve essere effettuata in stato di privazione [...]”<sup>12</sup>. È un errore quello che compiono le case di cura per malattie nervose che, ignorando i metodi psicoanalitici, hanno come unico scopo creare un'atmosfera gradevole dove il malato trovi rifugio alle difficoltà dell'esistenza.

Quindi no alla psicosintesi o alla ricostituzione, sì alla rettifica dell'Altro o almeno alla trasposizione “in quella situazione psichica che è più favorevole”<sup>13</sup>, ma non nel senso riduttivo di creare un'atmosfera gradevole, di soccorrere il malato. Questi i primi insegnamenti che Freud ci dà sulla clinica in istituzione.

Quando lo scritto di Freud volge verso la conclusione - come se fino a quel punto non avesse trattato del futuro - scrive: “E ora, per concludere, vorrei considerare una situazione che appartiene al futuro. [...] La nostra attività terapeutica non è particolarmente intensa”<sup>14</sup>, sia perché gli psicoanalisti sono pochi, sia perché l'analisi è limitata ai ceti superiori e benestanti. Ma se un giorno la coscienza della società si destasse e si creassero case di cura o ambulatori dove vi siano medici con preparazione analitica e cure gratuite, “Dovremmo allora affrontare il compito di adattare la nostra tecnica alle nuove condizioni che si saranno create”<sup>15</sup>. Freud quindi qui precisa la possibilità di “adattare la nostra tecnica” nell'ipotesi di condizioni diverse della pratica psicoanalitica classica.

Insomma Freud in questo scritto va sempre di più nella direzione di lasciare aperte le possibilità di evoluzione della tecnica: all'inizio dell'articolo vi si fa solo qualche cenno che sembra andare molto vicino all'idea lacaniana di curare l'Altro del paziente. Ciò che fa in realtà, man mano che procede nello scritto, è lasciare il campo aperto per una più ampia modifica della tecnica psicoanalitica per adattarla dallo studio alle istituzioni.

### *La suggestione*

Il tema della suggestione è presente seppure tra le righe anche in quella parte dello scritto di cui si è già trattato, quando Freud parla dell'inopportunità di soccorrere l'altro e di creare rifugio alle difficoltà dell'esistenza: poco dopo, infatti, assocerà ogni assistenzialismo alla suggestione. Ma a parte ciò che si legge tra le righe, Freud affronta esplicitamente questo tema, già quando scrive che è necessario tener fermo il rifiuto di decidere del destino del malato, imporgli i propri ideali e plasmarlo, eppure - egli aggiunge - “Non possiamo evitare di prendere in cura anche dei malati talmente sprovveduti e incapaci di condurre una vita normale che per essi l'influsso analitico non può non combinarsi con quello pedagogico e [...] accadrà talvolta che il medico sia costretto ad assumere la funzione dell'educatore e del consigliere”<sup>16</sup>. Si apre qui nell'oscillare di Freud tra una esigenza ferma e la constatazione di ciò che può ostacolare il mantenimento dei principi dell'analisi classica, tutto il campo delle pratiche in istituzione, divise tra il principio psicoanalitico fondamentale del rifiuto della suggestione e la difficile compatibilità di tale principio con altre esigenze. Ma quali vie allora ipotizza Freud?

- Freud constata che potrà esserci la necessità di svolgere una funzione di educatore con dei risvolti pedagogici; nel fare questa constatazione, però aggiunge: “Ma bisogna sempre agire con la massima cautela, e il malato non deve essere educato ad assomigliarci, ma piuttosto a

<sup>12</sup> *Ibidem.*

<sup>13</sup> *Ibidem.*

<sup>14</sup> *Ivi*, p. 26.

<sup>15</sup> *Ivi*, p. 27.

<sup>16</sup> *Ivi*, p. 25.

liberarsi e a realizzare compiutamente la sua stessa natura”<sup>17</sup>. Essere educato a liberarsi e non ad assomigliarci è la via che Freud sembra ipotizzare. In fondo anche nelle analisi classiche talvolta Freud fa appello al superio del paziente per legare quest’ultimo alla regolarità del lavoro di analisi.

- Più oltre, nel considerare la possibilità di un sistema che introduca anche il povero alla psicoanalisi, attraverso sovvenzioni pubbliche, osserva che probabilmente il povero è più attaccato del ricco alla sua nevrosi, come alla possibilità di pretendere un aiuto da parte della società e delinea il rischio che le cure dei meno abbienti siano più difficili, per una tendenza del povero a usare la malattia per pretendere un aiuto. A questo punto, subito dopo aver parlato della gratuità, Freud parla di nuovo della suggestione, ma questa volta per dire che forse questa situazione obbligherà anche ad un po’ di suggestione: “Forse in molti casi potremo raggiungere un risultato positivo solo se riusciremo a combinare l’assistenza psichica con l’appoggio materiale alla maniera dell’imperatore Giuseppe. È anche molto probabile che l’applicazione su vasta scala della nostra terapia ci obbligherà a legare in larga misura il puro oro dell’analisi con il bronzo della suggestione diretta”<sup>18</sup>. In questo passaggio la necessità di combinare l’assistenza psichica con l’appoggio materiale conduce direttamente ad una situazione in cui gratuità e suggestione sembrano difficilmente scindibili.

Insomma Freud in questo scritto parla spesso di suggestione e lo fa in modi diversi in diversi punti del lavoro. All’inizio asserisce che è fuori discussione, essa non può convivere con la psicoanalisi, poi parla di figure di educatori e ipotizza che una attività pedagogica possa essere resa compatibile con la psicoanalisi, ma a patto di educare a liberarsi poi termina ipotizzando apertamente una componente suggestiva in strutture per poveri ma afferma che questo potrà convivere con i principi analitici, senza però qui precisarli.

### *Lo Stato*

Freud tratta poi in questo scritto dell’intervento dello Stato e dell’esigenza di confrontarsi con un Altro non analitico a cui probabilmente dover rendere conto in qualche modo. Si delinea, sullo sfondo di una attività orientata analiticamente, un altro statale che introduce il povero alla psicoanalisi e a causa del quale si pone l’esigenza di “[...] dare alle nostre concezioni teoriche un’espressione il più semplice e tangibile”<sup>19</sup>. In effetti, nel racconto che fa Jones<sup>20</sup> di quelle circostanze, in cui - come si è detto - erano per la prima volta presenti al Congresso rappresentanti dei governi, colpisce che “per qualche strana ragione”<sup>21</sup> Freud leggesse la sua relazione, venendo meno a quella che Jones chiama “la sua fondamentale regola”<sup>22</sup> di tenere discorsi senza leggere i propri appunti. Si può dire che sullo sfondo di questo intervento era già presente un Altro non analitico, che richiedeva un adattamento della tecnica - quanto meno della tecnica oratoria di Freud - perché ci si spostasse dalla psicoanalisi - così come era conosciuta fino a quel momento - ad un lavoro psicoanaliticamente orientato.

A questo punto l’introduzione dello Stato come colui che permette delle cure gratuite, annoda gli altri due assi delle variazioni della tecnica e della suggestione in una possibile dimensione istituzionale. È infatti l’intervento dello Stato e della gratuità cui esso introduce ad aprire un quesito sulla possibilità di fare dell’assistenzialismo affiancando un appoggio materiale nella tecnica psicoanalitica ed a introdurre la questione di come gestire gli effetti di suggestione.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> *Ivi*, pp. 27-28.

<sup>19</sup> *Ivi*, p. 27.

<sup>20</sup> E. Jones, *Vita e opere di Freud*, cit.

<sup>21</sup> *Ivi*, p. 245.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

*Formazione degli operatori*

Un ulteriore quesito cui a mio parere lo scritto apre è quello della formazione degli operatori: a un certo punto Freud parla infatti di medici formati analiticamente: “Saranno allora formate delle case di cura o degli ambulatori dove lavoreranno un certo numero di medici con preparazione psicoanalitica che si serviranno dell’analisi per restituire [...]”<sup>23</sup>. Viene da chiedersi cosa intenda qui Freud con “preparazione analitica”. Nell’articolo subito successivo: *Bisogna insegnare la psicoanalisi alle università?*<sup>24</sup> Freud in effetti precisa che lo studente di medicina non imparerà mai la psicoanalisi vera e propria. Infatti quest’ultima mediante lezioni teoriche “[...] può essere impartit[a] soltanto in forma dogmatica e acritica”<sup>25</sup>. Quando Freud parla di medici con preparazione psicoanalitica pensa allora a medici che abbiano ricevuto delle lezioni teoriche o pensa ad una formazione analitica in senso più ampio? È una questione che in questo scritto resta aperta.

In conclusione, non si tratta di uno scritto su un tema da Freud già approfondito ed elaborato; è piuttosto uno scritto interrogante, in cui lo stesso Freud ha delle oscillazioni nelle sue posizioni. È uno scritto che sicuramente per questo è di grande stimolo, perché nelle sue diverse considerazioni, Freud ci permette di intravedere le questioni che già per lui sorgono rispetto alla possibilità di un lavoro analitico in istituzione. Egli prima si chiede se mai ci sarà una dimensione istituzionale della psicoanalisi, poi ne parla come di “[...] un traguardo a cui prima o poi si dovrà arrivare”<sup>26</sup>, con tutte le questioni sul lato della suggestione da un lato e della tecnica dall’altro, che questo traguardo pone. Su questo tema, estremamente complesso ed esposto al rischio di derive diverse, l’auspicio che mi pare Freud voglia comunque consegnare ai posteri è che anche in istituzione, “le [...] componenti più efficaci e significative resteranno quelle mutate dalla psicoanalisi rigorosa e aliena da ogni partito preso”<sup>27</sup>. Forse è proprio questa possibilità di restare alieni da ogni partito preso che permette a Freud di spingersi ad immaginare un lavoro analitico in istituzione ed a poter fare riferimento ai principi psicoanalitici anche laddove considera l’impossibilità di fare del tutto a meno della suggestione.

---

<sup>23</sup> S. Freud, *Vie della terapia psicoanalitica*, cit., p. 27.

<sup>24</sup> S. Freud, *Bisogna insegnare la psicoanalisi nell’università?* [1918], in *Opere*, vol. 9, Boringhieri, Torino 1977.

<sup>25</sup> *Ivi*, p. 35.

<sup>26</sup> S. Freud, *Vie della terapia psicoanalitica*, cit., p. 27.

<sup>27</sup> *Ivi*, p. 28.

## Una istituzione di psicoanalisi applicata alle patologie alimentari

Giuliana Grando

L'esperienza della *passé* di entrata nella Scuola Europea di Psicoanalisi e un lutto familiare fanno incontrare necessità e contingenza e precipitare, con un atto, la mia entrata nelle istituzioni. Mentre salivo le scale del Centro Antiviolenza del Comune di Venezia, dove ero stata chiamata come supervisora clinica, un sentimento e un pensiero mi attraversò nitidamente la mente: "Sono qui a causa di...".

L'Altro familiare si dispose immediatamente sull'albero genealogico materno e paterno ed un unico significante accomunava, su entrambi i rami, le donne e gli uomini: la cura della Polis.

Il ramo femminile, meno legato ad un significante istituzionale, era intrecciato alla contingenza (i malati, anche mentali della piccola comunità dove abitavo): "aiutare gli affamati, vestire gli ignudi", istituire luoghi di partecipazione collettiva.

Sul ramo maschile erano posizionati i fondatori, seminatori, operai e artigiani della *Res Publica*.

Io ero l'ultima vivente su quell'albero, ancora fiorente. Prendere o lasciare!

Presi.

Non molto tempo prima mi era stata affidata la responsabilità del Centro ABA di Venezia, fondato da una donna, Fabiola De Clercq.

L'esperienza della *passé* aveva operato un taglio nel mio percorso analitico e aveva agganciato saldamente il soggetto all'oggetto *a* causa di desiderio del Campo Freudiano.

In quel periodo, la Scuola Lacaniana, appena nata in Italia, apriva il Campo Freudiano alla psicoanalisi applicata e molti colleghi iniziavano a creare nuove istituzioni o entrare in altre già esistenti. La scommessa era quella di tenere la barra sul Discorso del Padrone per far emergere l'istituzione non-tutta.

In quella situazione, la chance per il desiderio dell'analista era mettersi alla prova con le manifestazioni *sinthomatiche* del reale e riuscire a creare delle radure nella foresta di un discorso olofrastico per far venire alla luce una domanda soggettiva.

Anche l'ABA costruì dei dispositivi clinici per far posto alla particolarità del soggetto.

Il Centro ABA si distinse e si distingue, da altre istituzioni, perché non prendeva in carico delle unità standard da immettere nella linea aziendale attraverso l'offerta a tutti dello stesso menu, (vale a dire della stessa procedura), ma offrendo una linea sartoriale su misura, adattando così il sapere all'unicità del soggetto.

Nel caso di soggetti che soffrono di una patologia alimentare ci troviamo di fronte alla vischiosità di un godimento che poco cede al significante. Parafrasando una definizione di Lacan, io osservo che il significante morde sulla carne, ma non sull'osso scarnificato dell'anoressia e quindi c'è necessità di strutturare altre modalità di cura.

Per accogliere questo tipo di sofferenza-godimento è importante, che i luoghi in cui si pratica la cura rappresentino una casa "sufficientemente buona", diversa da un ambulatorio, o da una filiera aziendale asettica.

Chi pratica in questo contesto deve portare, nella contingenza della cura, un corpo vitalizzato dalla singolarità della propria *lalingua* indispensabile per poter incontrare i corpi devitalizzati, devastati, anestetizzati delle pazienti, in maggior parte donne.

Nella sua introduzione a PIPOL 6, Gil Caroz, giustamente afferma che: “Poiché fa la lettura della propria *lalingua* nella sua esperienza analitica, il praticante è disponibile anche a *lalingua* di un altro”<sup>1</sup>.

### *Annodamenti e supplenze*

Il lavoro dei terapeuti e dell'équipe è poter costruire dei punti di riferimento, che diventino degli annodamenti in grado di frenare la deriva pulsionale o che possano costruire una supplenza, seguendo il movimento soggettivo del paziente.

Questi annodamenti singolari non si ottengono solo con le interpretazioni del lavoro inconscio, ma devono includere necessariamente la lettura delle modalità inventive con cui un soggetto crea una propria punteggiatura, una neo creazione semantica, una grammatica personale scritta sul corpo attraverso, per esempio, i piercing e i tatuaggi. Sono storicizzazioni degli eventi attraverso raffigurazioni fonetiche; graffiti, mediante i quali il soggetto annota la storia delle sue relazioni attuali e pregresse: una lettera incisa sul braccio è l'iniziale del primo incontro amoroso, un cerchietto rosso sulla mano ricorda un evento considerato iniziatico o una esperienza importante o mortificante; una *G.* contornata di rose, può rappresentare l'iniziale di un'amica o un amico particolare. La pulsione circola, si annoda, si arresta, riprende a circolare in un circuito disegnato sul corpo che diventa punto di una regolazione che rende vivibile un godimento senza limite.

### *L'istituzione come oggetto transizionale*

Nei casi, sempre più frequenti, in cui i mandati generazionali non sono stati elaborati per generazioni, creando delle configurazioni familiari chiuse come in scatole cinesi, l'Istituzione viene a funzionare come un oggetto transizionale, condensatore di godimento, che può permettere al soggetto di inaugurare una propria relazione con l'Altro, non alienata nell'Altro familiare.

Questi casi necessitano il lavoro<sup>2</sup> di un'équipe laboriosa (*labour* è il termine inglese che significa il travaglio del parto, ma anche elaborazione) che si pone come direzione della cura la separazione-individuazione sia della paziente, sia dei singoli soggetti che compongono il nucleo familiare, per restituire alla Polis dei soggetti che occupano il loro posto nella generazione e nella sessuazione.

L'équipe non è solo il luogo dove si discutono i casi portati dai terapeuti, ma è anche un luogo interno alla relazione terapeutica, che si presentifica in alcuni momenti topici della cura con la comunicazione al paziente: “Ne parlerò in équipe”. Convocando il Terzo, la semplice comunicazione decompone il terapeuta; l'équipe, a sua volta, viene “bordata” da funzioni non gerarchiche all'interno e all'esterno dell'Istituzione.

Per i casi in cui il godimento senza limite implichi il corpo fino al rischio della vita o della devastazione, ogni componente dell'équipe deve poter entrare tempestivamente in rete con la responsabile del Centro, per ogni singolo caso, anche al di là dell'incontro settimanale.

Nei casi in cui è in gioco il *Primum Vivere*, a cui ci rinvia Freud, l'équipe si muove al ritmo dell'emergenza, per includere figure esterne scelte, caso per caso, tra la rosa degli specialisti già in contatto con l'Istituzione (siano essi un nutrizionista, un medico di base, medico ospedaliero,

<sup>1</sup> J. Caroz, *Il caso, l'istituzione e la mia esperienza della psicoanalisi*, introduzione alle simultanee cliniche di PIPOL 6, in *La lettre mensuelle*, n. 318, maggio 2013, in [lettre-mensuelle.com/IMG/pdf/lettre-318](http://lettre-mensuelle.com/IMG/pdf/lettre-318), [trad. nostra].

<sup>2</sup> Distinguerai, in questo contesto, il lavoro dal lavoro. Il lavoro può entrare nel numero discreto, essere contabilizzato e eventualmente remunerato. Nel termine lavoro ravviso l'eccedenza, il surplus fecondo del godimento femminile che, come ci spiega Lacan nel Seminario XX, non entra tutto nella contabilità fallica. In questa logica l'équipe non-tutta è in linea con il non-tutta dell'Istituzione.

psichiatra, insegnante, datore di lavoro, e così via) per accompagnare i movimenti del soggetto e rafforzare il transfert.

L'Altro medico non potrà quindi essere un altro qualsiasi, ma necessariamente un altro "pescato" nella rete.

Per esempio, se dal colloquio con i genitori emerge che la figlia, in condizioni di salute già precarie, si trovi in un momento molto critico e necessiti di ricovero ospedaliero, anche per offrire una "pausa", ai genitori angosciati, il colloquio con la terapeuta sarà finalizzato a preparare la paziente a questa necessità.

Il successo terapeutico, in molti casi, risulta infatti nel far sì che la paziente si rechi dal proprio medico, prenda i farmaci, acconsenti ad entrare in comunità e/o in ospedale, si rechi al lavoro, frequenti la scuola.

Nel caso in cui, invece, già i pazienti hanno avuto dei buoni incontri con uno specialista (il medico di medicina generale, un ginecologo, o una comunità frequentata prima di venire al Centro), si andrà a recuperare e rafforzare la loro rete di buoni incontri.

La cura non mira alla restaurazione del Nome del Padre, in un'epoca del declino del padre e della caduta dei sembianti, ma alla costruzione di un rapporto vivibile del godimento che si è prodotto, per ciascuno, nell'incontro tra il significante e il corpo. Non si tratta soltanto di includere il soggetto nella rete (operazione del resto non necessaria in diversi casi) ma anche di permettere il lavoro dell'inconscio. Attraverso i colloqui individuali o di gruppo, si recupera, dove possibile, tutta la costellazione significativa che riguarda il soggetto e l'annodamento singolare con l'immaginario e il reale che il soggetto è riuscito a costruire.

Il "dispositivo famiglia", attraverso colloqui individuali o incontri di gruppo tra genitori, è un ausilio importantissimo, anzi essenziale. Senza di esso la gran parte delle domande di cura non sarebbero poste. La patologia alimentare è già un'autocura e i percorsi di maggior parte dei pazienti non inizierebbero o si interromperebbero molto precocemente. In particolare, nel lavoro con i genitori viene reperito l'invisibile oggetto di godimento, l'oggetto *a*, attorno al quale ruota il funzionamento familiare sintomatico, per poterne quindi individuare la rotta in modo da consentire a ciascun componente della famiglia di costruirsi un proprio singolare percorso di navigazione.





Dal Campo freudiano



## Su PIPOL 7 Vittima!

Monica Vacca

Più di mille congressisti si aggiravano per Bruxelles, città sede delle istanze istituzionali dell'Europa, con un segno distintivo, una spilla con Freud imbavagliato, particolare estratto da un disegno fatto per onorare il Dipartimento di Psicoanalisi di Parigi VIII, dove Freud seduto sulla poltrona dietro il divano, legato, è in ostaggio. *Ancora un altro ostaggio. Liberate Sigmund!* Possiamo aggiungere, ancora un'altra vittima. Liberatela! Sì il bavaglio è stato tolto e le varie voci di psicoanalisti, giornalisti, intellettuali, artisti hanno suonato un concerto esaltante e sorprendente.

All'ingresso del Palazzo dei Congressi una video-performance di Pierre Bismuth, artista contemporaneo, dal titolo *En suivant la main gauche de Jacques Lacan*. L'artista riprende l'intervista rilasciata da Lacan per la televisione. La voce di Lacan fa eco, il corpo esce dallo schermo, la mano bascula, la linea tracciata dalla mano sinistra di Lacan si sovraimprime, il segno si scrive. Pierre Bismuth mette in luce un movimento del corpo di Lacan, movimento che indica il reale. Non dimentichiamo che proprio in *Televisione*, Lacan oppone il versante del senso al versante del segno<sup>1</sup>, vale a dire senso e fuori senso, senso e reale. E proprio questa opposizione si fa filo, annoda e snoda le due giornate dedicate al tema *Vittima!* Tema trattato da due prospettive differenti: le questioni cliniche e le questioni politiche.

### Questioni cliniche

Vittima è un significante che circola sempre di più nel discorso corrente e che oramai risuona come un ritornello, ci sono sempre più vittime e si è vittima di tutto. Vittima non è un concetto psicoanalitico. *Stalking, mobbing*, abusi sessuali, donne vittima di violenza, vittime della medicina, vittime della giustizia etc. È stato messo in evidenza, in più di un caso, che l'identificazione alla vittima, diventa l'unica via di accesso per domandare aiuto. Subito si palesa una questione sulla colpa e sulla responsabilità. Se da un lato la macchina del discorso del padrone mette in campo le risorse necessarie per salvare la vittima, per separarla, liberarla dal carnefice e tutelare i suoi diritti, dall'altro il lavoro analitico punta a far cadere l'identificazione alla vittima, a "demitizzare" la povera vittima, l'anima bella. La possibilità di incontrare uno psicoanalista introduce una dimensione etica che mira alla singolarità, che va al di là della vittima, dell'etichetta che inchioda e oltrepassa la logica universale vittima-carnefice.

Ed è proprio Freud ad aprire con la sua teoria sul trauma, la questione della responsabilità soggettiva. Il trauma per il soggetto ha sempre a che fare con il desiderio dell'Altro. E per dar senso al trauma si struttura il fantasma. La vittima si difende dall'incontro con il reale. Con Lacan possiamo dire che non solo siamo tutti vittime del linguaggio ma anche siamo tutti martiri dell'inconscio. Sempre responsabili dell'incontro con il reale e della risposta inconscia, il sintomo. L'uso del significante vittima si può declinare come difesa, come identificazione o come certezza, identità-soluzione, come  $S_1$  rigido, non dialettizzabile che protegge dal ritorno del godimento. Dunque la giornata clinica ci indica che il *parlessere*, vittima della *lalangue*, deve farsi sempre responsabile dell'impossibile incontrato.

<sup>1</sup> J. Lacan, *Televisione* [1973], in *Altri scritti*, Einaudi, Torino 2013, p. 510.

## Questioni politiche

Il reale, per quanto poco la scienza vi si impegni, si estenderà, per cui la religione troverà molti motivi in più per acquietare i cuori. La scienza è qualcosa di nuovo e introdurrà un sacco di cose sconvolgenti nella vita di ognuno. [...] Bisognerà che a ogni sconvolgimento introdotto dalla scienza diano un senso. [...] Sono [...] capaci di dare un senso a qualunque cosa. Per esempio alla vita umana<sup>2</sup>.

L'insegnamento di Lacan rovescia l'insegnamento della storia, fatto di guerre e conquiste. In *Joyce il Sintomo* Lacan puntualizza “[...] poiché la storia non è niente di più che una fuga, di cui si raccontano solo gli esodi. [...] Solo i deportati partecipano alla storia [...]”<sup>3</sup>. Oggi l'Europa si trova a dover rispondere a una emergenza, a un'emigrazione di massa, a una fuga di una moltitudine di persone, per lo più di fede mussulmana. Esodo di massa che diviene minaccia di identità, di democrazia, esodo che diviene paura, terrore. Islamofobia. Terrore e orrore prodotti e alimentati dagli attentati di *Charlie Hebdo*, e del museo *Il Bardo* etc. L'Europa minacciata dall'urlo della *Jihad* e dai martiri disposti a sacrificare la loro vita in nome di Allah. L'organizzazione del Congresso ha cambiato rotta dopo l'attentato di *Charlie*. Se subito si è risposto in *Lacan Quotidien*<sup>4</sup> al *Je suis Charlie* con *Pour Charlie*, a Bruxelles si è tentato di leggere ciò che il disagio della civiltà contemporanea mostra.

Jean-Daniel Matet butta le carte sul tavolo articolando la questione clinica con quella politica. In particolare sottolinea come ciascuna esistenza sia toccata dalla contingenza buona o cattiva che sia. Ma rilancia il dibattito dove il discorso della psicoanalisi si incrocia con gli altri discorsi e invita i relatori della giornata a rispondere a ciò che minaccia oggi la così detta democrazia, la libertà di azione e di pensiero.

Miquel Bassols mette in luce l'epidemia prodotta dal senso religioso. Il sacro è dell'ordine dell'indicibile, non può essere rappresentato, si situa in una zona fuori senso. L'oggetto prodotto dalla tecnica prende il posto dell'oggetto sacro. Ci invita a ripensare la concezione della vita a partire dal tempo. In occidente la vita è programmata dal tic-tic dell'orologio. Per l'Islam invece dal giudizio universale, c'è la dimensione dell'eterno e della promessa del paradiso-godimento della Cosa. L'oggetto sacro è promesso e questa promessa muove i martiri a sacrificare la loro vita. Gli atti sacrificali mostrano sempre una zona di intersezione tra senso e fuori senso. Fethi Benslama e Rachid Benzine dialogano con Antonio Di Ciaccia e Éric Laurent sulla radicalizzazione. Marie-Hélène Brousse rilancia la conversazione, i diversi discorsi si annodano in modo straordinario. Fethi Benslama apre il dibattito. La radicalizzazione, è un termine che viene dagli USA dopo gli attentati del 2001, indica un estremismo politico-religioso-sociale alla base della globalizzazione. L'islamismo non è il solo. La *jihad* è il nome della guerra santa, autorizza i giovani a uccidere, a diventare assassini senza essere assassini. La psicologia ha tentato invano di definire un profilo psicologico dei giovani combattenti. Anche la sociologia ha fallito nel reperire un identikit (classe sociale, livello di istruzione), ma ha classificato delle categorie: età tra i 16 e i 25 anni, il 40% non sono mussulmani, il 30% sono donne convertite all'Islam. Ecco la nuova offerta, che circola su internet, indirizzata a tutti: divenire eroi, unirsi all'Ideale islamico ferito, accedere al Pantheon. Il martire immortale può accedere al godimento del Paradiso, la sua vita diviene sacra. Internet promuove un'offerta indirizzata a tutti. Ma in un tempo in cui non ci si può più identificare agli ideali, resta solo un aggancio individuale, una soluzione al di là dei gruppi. I giovani che vivono una vita priva di significato, vogliono vendicare la loro esistenza e non gli resta che la vendetta dell'ideale mussulmano ferito. La vita priva di valore viene votata alla morte, morte come prolungamento della vita. L'ideale coincide con l'ideale dell'io.

Antonio Di Ciaccia riprende alcuni passaggi storici. Indica due date fondamentali, date che fanno scansione il 1924 e il 2014. Nel 1924 cade l'impero ottomano, ne consegue l'abolizione del

<sup>2</sup> J. Lacan, *Il trionfo della religione* [1974], in *Dei Nomi-del-Padre*, Einaudi, Torino 2006, p. 98.

<sup>3</sup> J. Lacan, *Joyce il Sintomo* [1975], in *Altri scritti*, cit., p. 561.

<sup>4</sup> *Lacan Quotidien*, bollettino sotto forma di blog dell'École de la Cause freudienne, on-line, nn. 450-458.

Califfato, del principio di sovranità. Non ci sono più soggetti politici, si avvia la frammentazione delle tribù, viene ristrutturato il sistema simbolico. La caduta diviene trauma, c'è un crollo del mondo islamico, e inizia questo processo di radicalizzazione. Nel 2014, finalmente risorge lo Stato islamico, il Califfato, l'unità per far fronte all'umiliazione, alla ferita narcisistica. La messa in questione degli ideali occidentali produce la *jihad* come soluzione, come discorso che riempie il vuoto di senso.

Éric Laurent legge la radicalizzazione come fenomeno reale. Riprende il paradosso che il dire dei giovani combattenti evidenzia “vendicare la vita” e “dare senso alla vita”. Si tratta di un godimento nuovo di chi si autodistrugge. Il teocentrismo spinge a un nuovo godimento, produce una nuova spinta al godimento, produce un nuovo tipo di martire.

Una domanda si palesa. Che cosa attira nella radicalizzazione? Il mito dell'unità, il Califfato, diviene un ideale assistito. La radicalizzazione è una risposta politica. I testi religiosi hanno effetti sociali, si produce una fede pazza. Vivere come il profeta. A differenza della tradizione giudaico-cristiana, nell'Islam non c'è tradizione di parola, di rapporto al testo. C'è un arresto dei testi nel XIV secolo e proprio da lì oggi si riparte e si spettacolarizza la violenza. Dunque il discorso del profeta produce un debito di senso. E anche Hitler affermava che si può morire solo per un'idea che non si capisce. Ma Marie-Hélène Brousse puntualizza “non c'è guerra senza discorso”.

Réginald Blanchet ci ricorda la profezia di Lacan: “Sono solo i martiri ad essere senza pietà e senza timore. Credetemi, il giorno del trionfo dei martiri, sarà l'incendio universale”<sup>5</sup>. E avanza ancora nel dire che l'Islam della guerra santa promuove la violenza sacra e la vittimizzazione volontaria. I martiri si votano alla causa sacra autodistruggendosi o come difensori della loro comunità oppressa e umiliata. Si offrono a Dio o offrono l'oggetto impuro a Dio. Il godimento di Dio è in primo piano. Lo *jihadista* si vota a essere lo strumento del comandamento divino, questa sottomissione totale alla volontà di Dio comanda il sacrificio, urla, “*Allah Akbar*”, la voce di Dio. L'applicazione della Legge di Dio non ammette che lettura letterale, nessuna possibilità di interpretazione.

Le diverse sessioni sono state scandite da testimonianze registrate e interviste in vivo. Molto toccante è stata la testimonianza registrata di Sigolène Vinson, vittima della contingenza di un reale senza legge, sopravvissuta alla strage di *Charlie Hebdo*, la testimonianza dettagliata non vuole reperire la posizione del soggetto come martire dell'inconscio, ma nominare, contornare il bordo di un buco, di un orrore senza nome.

L'intervista in vivo di Didier François è stata di grande insegnamento. Giornalista inviato di guerra da più di trent'anni, portavoce delle vittime di guerra e testimone della nascita dello Stato Islamico, ostaggio per un anno dello Stato Islamico, e non ultimo sopravvissuto perché molti dei suoi compagni di prigionia sono morti. Subito ha chiarito la sua posizione. “Non sono una vittima. Ho scelto di trattare i conflitti, conosco i rischi e bisogna assumerli e in queste occasioni si fanno cattivi incontri. Ho una responsabilità reale, sapevo che la situazione era tesa e che potevo incappare in diversi pericoli. Sono riuscito a incuriosire i miei sequestratori”. Il giornalista ci ha mostrato nella sua testimonianza il modo singolare in cui tratta il godimento della pulsione di morte in azione, a oltranza. La militanza come giornalista di guerra, che incontra il reale, va oltre quando dice che “la gente nei paesi in guerra è molto coraggiosa e dobbiamo essere all'altezza di ciò che vediamo. Prendo lezioni di dignità e coraggio durante le guerre”.

La Scuola di Lacan ancora una volta al passo con i tempi. Le questioni trattate durante queste giornate ci mettono al lavoro sulle nuove forme di disagio nella civiltà. E oggi più che mai l'Europa si trova a dover rettificare la sua posizione, forse a dover far cadere l'*islamofobia* che soffia nell'aria.

<sup>5</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi* [1959-1960], Einaudi, Torino 1994, p. 338.

## Momenti di crisi a Ginevra

Violaine Clément\*

Un congresso della New Lacanian School, scuola fondata nel 2003, è sempre un'avventura<sup>1</sup>. Che cosa possono imparare degli psicoanalisti d'orientamento lacaniano da un congresso sulla crisi, *a fortiori* in Svizzera? Sebbene lo psicoanalista sia amico della crisi,<sup>2</sup> la crisi non è un concetto lacaniano. Ginevra rischiava di subire delle inondazioni: il luogo della conversazione clinica fu semplicemente spostato. Un *black swan*? Jacques-Alain Miller notò che, in Svizzera, questo non ha lo stesso impatto che a Venezia.

*Dal black swan*

Di fronte all'impossibilità di render conto della ricchezza degli interventi per coloro che non erano presenti il 9 e 10 maggio, ho scelto di dare alcuni flash essenziali.

Miquel Bassols<sup>3</sup>, articolando la questione della crisi, ha evocato il soggetto moderno come soggetto malinconico e ha ricordato l'umiltà della psicoanalisi che può trattare il reale solo uno per uno. Ha spiegato che la psicoanalisi avrà una chance se saprà fare dello scacco del sintomo un buon modo di fallire con il reale. Un estratto del film di Jules Dassin, *Jamais le dimanche*<sup>4</sup>, dimostra come il registratore di cassa contabilizzi ogni perdita. Ma la perdita della fiducia rimette in gioco la legge del mercato, dell'offerta e della domanda.

*all'inconscio*

Eric Laurent ha preso la questione della crisi attraverso la differenza tra il non conosciuto e l'inconscio. Se la scienza moderna tenta di rispondere al non conosciuto, la psicoanalisi tenta invece di rispondere all'angoscia suscitata da queste stesse risposte, che aprono la porta al meglio e al peggio. Le ricerche sul cervello, che invadono le reti sociali, sono ancora ai primi balbettii, "come era stata la ricerca in genetica prima della scoperta della doppia elica". Gli strumenti di ricerca permettono oggi di stabilire e di raccogliere qualsiasi tipo di dati cifrati, ma in un mondo in cui il significante padrone non è deciso, che ne sarà di queste cifre? Pazienti, medici, economisti, politici, chi potrà scegliere? Qualcosa zoppica nel sistema, un principio d'indeterminazione che blocca il calcolo. Il reale per Lacan è l'impossibile da calcolare, in questo senso la malattia mentale non esiste, poiché il soggetto per la psicoanalisi è la risposta singolare di ciascuno a ciò che non si può calcolare. Se il cinema, per Jean-Luc Godard, registra "un oblio della realtà"<sup>5</sup>, "questo bel ricordo

\* Psicoanalista a Fribourg (Svizzera), membro dell'Association Suisse Romande de l'Ecole Européenne de Psychanalyse (ASREEP), della New Lacanian School (NLS) e dell'Associazione Mondiale di Psicoanalisi (AMP).

<sup>1</sup> Rapporto sul XIII Congresso della New Lacanian School, *Momenti di crisi* che si è tenuto a Ginevra il 9 e 10 maggio 2015.

<sup>2</sup> Cfr. J.-A. Miller, *La crise financière*, intervista pubblicata in Marianne, Paris, 10 ottobre 2008, in [www.quotidiani.net/fra-period.ntm](http://www.quotidiani.net/fra-period.ntm)

<sup>3</sup> M. Bassols, *Incidences cliniques de la crise financière*, intervento nella sessione plenaria del 9 maggio 2015 in <http://miquelbassols.blogspot.com.es/2015/05/incidences-cliniques-de-la-crise.html>

<sup>4</sup> *Mai di domenica* [Grecia-Usa 1960], di J. Dassin, con M. Mercuri, J. Dassin, G. Foundas, T. Vandos, M. Liguissos.

<sup>5</sup> J.-Luc Godard, *Le cinéma c'est un oubli de la réalité*, intervista al quotidiano *Le monde* pubblicata il 13 giugno 2014 in <http://www.lemonde.fr/culture/article/2014/06/11/jean-luc-godard-le-cinema-c-est-un-oubli-de-la-realite>

che è l'oblio" – come viene definito da Blanchot, la psicoanalisi permette di elevare alla dignità di un gioiello "l'errore" di quell'allievo che scriveva al laboratorio di esser(si) obbligato/dimenticato [*obligé*]<sup>6</sup> di venire a scuola. Alla scuola dell'inconscio siamo tutti invitati.

Marie-Hélène Brousse ha definito la crisi con Lacan come il momento in cui la verità, sospesa, permette il passaggio ad un'altra verità. Il "momento" raggiunge il suo senso etimologico di "movimento". Ne ha sentito parlare all'ONU, nel paese in cui la questione di Dio si declina in modo diverso rispetto alla Francia. Tuttavia, qui come lì, il buon vecchio Dio è più vivo che mai, e vede i suoi fedeli morire come mosche. I significanti hanno una loro vita propria, e nessuno li detiene, né li ferma: djihad, fatwa, blasfemia circolano come su di una striscia di Moebius. "La posizione dell'analista è quella dell'esorcista".

### *e la criminalità*

Tra crisi e atto, gli analisti, pensarono la criminalità con Lacan come un'altra forma di crisi, declinando le conseguenze moderne dell'assenza di causalità. Crimine e crisi in effetti sono entrambi nati dal verbo greco *krino*, che significa giudicare, decidere. L'opacità dell'atto criminale aveva avuto come conseguenza la nascita della psichiatria. Che cosa può fare oggi uno psicoanalista in un tale contesto? Come sedere in una commissione sulla pericolosità, come insegnare il diritto, come fare il perito? Per "commettere" una perizia, l'analista perito è lo strumento di un atto, e diventa traduttore del discorso del criminale davanti alla giustizia, il che può permettere di staccare il criminale dalla sua posizione di mostro.

### *non senza Rousseau*

Alain Grosrichard<sup>7</sup>, con Jacques-Alain Miller, ci ha condotti ad analizzare un momento di crisi di un celebre cittadino di Ginevra, Rousseau, tra due morti, leggendolo con la categoria forgiata da Lacan in una lettura di Antigone e di Sade. Laddove un clinico avrebbe dichiarato Rousseau megalomane, A. Grosrichard ci ha mostrato un Rousseau che si dichiarava "come Dio stesso" e ci ha offerto per concludere la decifrazione di un passaggio del manoscritto di *Narciso o l'amante di se stesso*, nel quale si vedeva apparire come in palinsesto sotto la parola *metamorforizzato* [*métamorphosé*] la parola meta morte [*méta mort*]<sup>8</sup>.

Lilia Mahjoub<sup>9</sup> ha ricordato che per Lacan, dopo la crisi, si ritorna allo stesso punto di prima. Lo psicoanalista deve tenere un posto nelle crisi che si producono nel mondo. Egli dunque deve metterci il naso, guardarsi dall'amore del prossimo, uno dei nomi della pulsione di morte. Interrogando la gioventù in crisi, una crisi mortifera ma da cui noi non dobbiamo distogliere lo sguardo, ricorda coraggiosamente che se il transfert non domanda che di instaurarsi, e ci incoraggia a riflettere sulle ragioni della mancanza di transfert.

### *né il malinteso*

Jacques Borie ci ha dato una chiave dell'interesse di una scuola multipla, come la NLS: una scuola in cui non ci si capisce, e dunque ci si deve spiegare. Richiamava così un punto comune tra

<sup>6</sup> *Obligé*: neologismo sincratico formato da *obligé* (obbligato) e *oublié* (dimenticato), [NdT].

<sup>7</sup> A. Grosrichard, *Jean-Jacques entre deux morts (Moment de crise dans la critique)*, inedito. Intervento tenuto il 9 maggio 2015 al Congresso NLS.

<sup>8</sup> Cfr. J.-J. Rousseau, *Narcisse ou l'amant de lui-même*, scène XIII, in <http://www.rousseauonline.ch/pdf/rousseauonline-0051.pdf> "C'est un portrait... métamor... non, maétaphor... oui, métaphorisé".

<sup>9</sup> L. Mahjoub, *La crise dans le transfert*, inedito. Intervento tenuto il 9 maggio 2015 al Congresso NLS.

la Svizzera e la NLS. In effetti, pochi paesi come il nostro devono pensare tra lingue diverse. Se il malinteso è evidente tra lingue diverse, la logica del malinteso è all'opera allo stesso modo tra la lingua dell'uno e quella dell'altro. La lingua della psicoanalisi è precisamente quella che si crea nel vuoto che si tratta di scavare tra *lalingua* dell'uno e la lingua universale. Nei centri di crisi, nelle istituzioni, si dimostra come civilizzare l'isolamento, soprattutto quando, di fronte rispetto alla psicosi, non ci si può appoggiare su di un sapere. Permettendo che il godimento si dica, è possibile talvolta evitare il passaggio all'atto. Solo l'esperienza analitica permette di separare un soggetto da ciò che lo manipola.

### *o il politico*

B. Cremniter ha dimostrato come la psicoanalisi deve oggi innovare, se vuole avere un posto nella clinica dell'immediato. Egli si spinse a dire che il *debriefing* collettivo può ricreare un legame sociale. La psicoanalisi non si oppone a questa clinica meno pura, più polivalente. Lo psicoanalista può, deve addirittura prendere posto nei media e nella politica. Si evocò l'orientamento lacaniano in una clinica del disastro, in un'etica che si preoccupa tanto della vittima quanto del boia, tutti e due fanno coppia. Il vero problema è il godimento di coloro che vogliono, occupandosi di tale clinica, alloggiarvi il loro godimento, senza volerne sapere nulla.

### *con la gioventù*

Philippe Lacadée ci ha invitato a non perdere i giovani che non trovano un lettore desideroso di leggere la loro pantomima. Questi soggetti "scompagnati dall'altro" giocano la loro partita da soli, in una logica della presentazione più che della rappresentazione, tipica di *Facebook*. Solo la dipendenza non conosce la crisi: gli uni tutti soli. Occorre dunque creare una crisi per rendere problematica tale soluzione. È compito dell'analista accogliere un soggetto con il suo modo di godimento; sostenendo il suo sguardo, il suo corpo e anche la sua parola, un soggetto che potrà dirsi all'imperfetto: "facevo parte della gente che si guarda, ma che non si vede".

### *e il ridere degli AE fino al Più-di-vita*

Gil Caroz ha domandato infine a sei AE se la fine della loro analisi sia stata o meno una crisi. Questa sessione suscitò il riso, evento di corpo che riunì i congressisti e fece apparire qualcosa dell'inconscio. Ciascuno di loro ha mostrato con humor che la passe non garantisce nulla, che dallo sgabello si può cadere, poiché lo sgabello dell'AE non è l'io.

Per Santiago Castellano, alla fine di venti anni di lavoro, è stata la gioia di aver stanato la vita. Era stato aspirato dalla scena di suo padre caduto sul marciapiede. Dopo aver trascorso la sua vita a domandarsi se fosse morto o vivo, scopre che quella cacca che brilla e che cade è lui stesso.

Danièle Lacadée, è l'incontro con il segretario della passe che è stato un momento di crisi. Sentendosi dire che è il morso che vivifica, si misero a ridere. Lei può così continuare a sostenere il suo desiderio, e questa piccola conchiglia può farsi raccogliere, grammaticalmente.

Marie-Hélène Blancard ha legato la crisi alla coppia. Lei, che domandava all'uomo l'impossibile, accetta di lasciare il suo fantasma per gettarsi nella passe. Questo salto nel vuoto le permette d'imparare una nuova lingua, quella del *sinthomo*, non così stabile come quella del fantasma.

Bruno de Halleux, come Colombo, ci ha raccontato l'effetto d'interpretazione di un dire di sua moglie: "Testo perfetto, peccato!", poi l'ironia di Yves Vaenderveken: "*Be serious, be relax, do the best, be you!*" E poi il suo sogno, nel quale prende parola nella sessione, ma nel sogno è Jacques-



Alain Miller che presiede al posto di Gil Caroz. E lì, patatrac, il suo testo è scritto su dei fogli non numerati, ed egli vi si perde. Vuole sparire. Al risveglio, scoppia a ridere. Essere AE non protegge dal fantasma, né dall'inconscio. La passe è innanzitutto la risata. La crisi è diventata permanente, non cessa di animarlo.

Anna Aromi ha parlato di significanti tagliati di fresco nella passe, della libido che, durante la testimonianza, risuona nel corpo. Dopo la passe, il rifiuto dei sembianti può isolare e rendere impossibile la scuola. Ma essa è necessaria, almeno per un altro analizzante. Lei ci crede e la sua condanna è di continuare ad amare, anche la psicoanalisi.

Jérôme Lecaux, l'unico AE che non abbia ancora testimoniato, ha raccontato come per economizzare sui segni richiesti, non aveva dato un titolo al suo intervento. Anziché cedere sul suo desiderio, ha accettato di darsi al desiderio, acconsentendo a una posizione femminile. Attendiamo con impazienza il momento di ascoltarlo, durante le giornate d'autunno.

Gil Caroz infine ha dato alla crisi un altro modo; ciò che tutti abbiamo avvertito nella singolarità dei dire di ogni AE, che ci avevano trasmesso attraverso la risata, ebbene era proprio un Più-di-vita.

Traduzione di Stefano Avedano

Revisione di Francesco Paolo Alexandre Madonia



# Dibattiti e psicoanalisi nella società



## L'essere parlante e il suo avere un corpo

Adriana Isabel Capelli

Lacan non ha mai smesso d'interrogare l'esperienza analitica e così facendo ci ha dato un insegnamento che orienta e mantiene aperta la via che conduce eticamente gli analisti.

Negli anni abbiamo imparato a seguire le trasformazioni e cambiamenti che Lacan introduceva per ogni concetto del campo freudiano. Questa spinta del suo desiderio singolare, questo suo stile lo troviamo ancora nell'anno 1975<sup>1</sup> all'apertura della Sezione Clinica: come coordinare il sapere e il godimento?

Il sapere, cioè quello che un significante rappresenta per un altro significante è il soggetto supposto sapere, il soggetto lacaniano è sempre una supposizione che si produce tra almeno due. Questo è il primo insegnamento.

Nell'anno del Seminario X sull'angoscia<sup>2</sup>, l'oggetto piccolo *a* viene in primo piano a fare tremare tutta l'impalcatura significante. Il significante mente, non c'è verità che nel dirsi non menta; la logica significante non è tutta. In questo Seminario lo stadio dello specchio<sup>3</sup> è dissimetrico e la questione del corpo viene ripresa nello schema ottico per fare posto all'oggetto *a* come ciò che è irriducibile al significante. Dalla parte del soggetto qualcosa non è rappresentabile.

Il linguaggio e la parola, che sono le pietre della cattedrale costruita da Lacan per sorreggere ciò che conta nella pratica clinica, avevano lasciato fuori il godimento?

Facciamo un viaggio in Giappone.

Vi propongo di immaginare una scena di teatro di tradizione *Bunraku*.

Le bambole di questo teatro [...]: "sono alte da uno a due metri. [...]; ogni bambola è mossa da tre uomini visibili, i quali l'avvolgono, la sostengono e l'accompagnano: il maestro sostiene la parte superiore della bambola e il suo braccio destro; egli ha il viso scoperto, liscio, chiaro, impassibile, freddo [...]; i due assistenti [...] avanzano lungo un fossato poco profondo, che lascia il loro corpo in vista. Lo scenario sta dietro di loro, come a teatro. A lato una pedana accoglie i musicisti e i recitanti; il loro ruolo è di *esprimere* il testo [...]; questo testo è per metà parlato per metà cantato, [...], è a un tempo misurato ed espulso, con violenza e artificio. Sudati e immobili, i porta-voce sono seduti dietro piccoli leggi, su cui è posata la grande scrittura ch'essi vocalizzano"<sup>4</sup>.

Il teatro *Bunraku* serve a Lacan per trovare come il corpo dell'attore si trovi in un dispositivo totalmente differente da quello in cui si trova il corpo e la voce dell'attore nel teatro occidentale dove corpo e testo sono congiunti.

Lacan si chiede se ci siano altri modi nei quali la parola e il corpo abbiano una giunzione.

In questo tipo di teatro c'è disgiunzione tra il corpo e l'enunciazione. Secondo Miller, la frase di Lacan "è il mistero del corpo parlante"<sup>5</sup> si riferisce a questo passaggio sul teatro *Bunraku*. Abbiamo da una parte il corpo che si agita, un corpo marionetta, manipolato e sostenuto da un certo numero di persone e dall'altra parte l'enunciazione del recitante.

Dopo il suo viaggio in Giappone Lacan scrive *Lituraterre*<sup>6</sup>, che illustra il significante come materia in sospensione, quei significanti che l'analizzante porta alla consultazione aspettando che l'operazione analitica riveli, attraverso di loro, i suoi effetti di senso e di godimento.

<sup>1</sup> Cfr. J. Lacan, *Apertura della Sezione clinica*, in *La Psicoanalisi*, n. 55, Astrolabio, Roma 2014, p.12.

<sup>2</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro X. L'angoscia* [1962-1963], Einaudi, Torino 2007.

<sup>3</sup> Cfr. *Ivi*, pp. 99-101.

<sup>4</sup> J.-A Miller, *La esperienza del reale nella cura analitica*, in *La Psicoanalisi*, n. 32, Astrolabio, Roma 2002, pp. 230-231.

<sup>5</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro XX. Ancora* [1972-1973], Einaudi, Torino 2011, p. 125.

<sup>6</sup> J. Lacan, *Lituraterre*, in *Altri scritti*, Einaudi, Torino 2013.

Lacan dice sulla lettera: “Il bordo del buco nel sapere, ecco ciò che essa delinea”<sup>7</sup>.

La lettera come bordo è qualcosa che si aggiunge al sapere decompelandolo, facendo in esso buco.

La lettera, costituisce il bordo, costituisce un litorale, non è solo giuntura di due elementi eteroclitici ma qualcosa che non ha una delimitazione esatta.

È la differenza tra frontiera e litorale, la frontiera si può stabilire, come fanno gli Stati, per esempio. Lacan crea un neologismo per rendere conto di un concetto che non ha una parola che lo rappresenti: *lalingua* scritto tutto insieme è ciò che designa le tracce della scrittura nel linguaggio.

In primis siamo nella *lalingua*, nelle allitterazioni, nei bisticci, e giochi di parole che costituiscono la traccia della storia, cioè l'alluvionale nel linguaggio. Dopo il linguaggio viene a imporsi con le sue regole, con le sue normative e si scontra con quella primitiva *lalingua* che la scrittura mette in luce.

Nell'esperienza analitica mentre l'analizzante crede che la parola voglia comunicare, l'analista sa che la parola è al servizio del godimento. È da qui che si può dire; lo scritto è il luogo dove l'interpretazione deve situarsi perché la scrittura in principio non è indirizzata a nessun Altro, non vuol dire niente. La scienza, la matematica sono un esempio della scrittura fuori senso.

Un altro esempio è l'opera *Ulisse*<sup>8</sup> di James Joyce. La scrittura si stacca dal senso, la lettera rimane dal lato del nodo, autonoma ed equivalente al reale.

Se la lettera significa, è sembante, se non lo fa, è funzione del reale poiché refrattaria alla significazione.

Se *lalingua* è primaria e il linguaggio secondario, allora possiamo indicare che il godimento è primario rispetto alla comunicazione. Mentre ne *lalingua* c'è diacronia, nel linguaggio c'è sincronia. Vediamo che:

Al livello del linguaggio  
Domanda e risposta  
Parola-comunicazione  
Intenzione di dire

Al livello de *lalingua*  
Apparecchio di godimento  
*L'apparola*  
Intenzione di godimento

Che cosa fa la psicoanalisi come pratica? È una pratica di un logos molto particolare rispetto ad altri rapporti con il sapere perché abitato da un desiderio inedito. Un desiderio di sapere che non è il sapere scientifico né il desiderio di non sapere proprio della dotta ignoranza.

Qual è il modo di comunicazione che presenta la giunzione tra parola e corpo? Quello che fa a meno del senso, quello dove il senso rimane escluso.

Il linguaggio per Lacan diventerà semplicemente “un'elucubrazione di sapere su *lalingua*”<sup>9</sup>.

Dunque se partiamo da *lalingua* che nell'essere parlante porta godimento, troviamo che il godimento stesso è impensabile senza il corpo vivente; per Lacan un corpo si gode e non c'è godimento al di fuori della vita.

Ma se il corpo si gode e necessita della vita come condizione, la vita non si riduce al corpo. C'è un'identificazione immaginaria tra il corpo e l'essere del vivente: è lo statuto del corpo del modello immaginario.

Ma per Lacan l'uomo ha un rapporto con il corpo che non è dell'ordine dell'essere ma dell'avere e se il significante è causa del godimento, il sintomo si dovrebbe trattare come evento di corpo.

Il mistero del corpo parlante dice Miller non è un matema, il mistero dell'unione della parola e del corpo è del registro del reale<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> *Ivi*, p. 12.

<sup>8</sup> J. Joyce, *Ulisse*, Mondadori, Milano 2011.

<sup>9</sup> J. Lacan, *Il Seminario. Libro XX. Ancora*, cit., p. 133.

<sup>10</sup> Cfr. J.-A. Miller, *L'inconscio e il corpo parlante*, in *Scilicet, Aggiornamento sul Reale, nel XXI secolo*, Alpes, Roma 2015, p. 269.

## Modern Dance tra corpo e corporizzazione

Irene d'Elia

Nel suo corso *Biologia lacaniana ed eventi di corpo*<sup>1</sup> Miller parla di corporizzazione. Ce la presenta come una struttura in gioco nei rapporti tra il corpo ed il significante, rapporto sul quale Lacan si sofferma nel suo ultimo insegnamento. La corporizzazione sarebbe il rovescio della significantizzazione. La significantizzazione è l'elevazione, la sublimazione della cosa verso il significante: sono gli oggetti che sottratti alla loro funzione usuale, si fanno dei simboli, primo tra tutti il fallo. Nella significantizzazione è, quindi, il corpo che offre la sua materia al significante. Nella corporizzazione, invece, "si tratta [...] del significante che entra nel corpo"<sup>2</sup>. Il significante afferra il corpo dell'essere parlante e diventa corpo, "[...] frammentando il godimento del corpo e facendo risaltare il più-di-godere, ritaglia il corpo fino a farne sorgere il godimento, il più-di-godere che vi è virtuale"<sup>3</sup>. Il rapporto tra significante e corpo è di ordine negativo e si può indicare con il termine incorporeo, che non è nel corpo, non fa parte del corpo. Anche il sapere è incorporeo, estraneo al corpo, e questo è ciò che consente alla matematica, alla topologia, e alla logica di esistere<sup>4</sup>. Tuttavia, esiste anche un sapere incorporato, che a differenza d'incorporeo ha il significato d'inclusione: "[...] il sapere passa nel corpo e affetta il corpo"<sup>5</sup>. La corporizzazione del significante si può cogliere nel corpo come superficie su cui scrivere, da decorare, da dipingere o anche quando è la sostanza stessa del corpo ad essere intaccata, mutilata. C'è una corporizzazione normata e codificata culturalmente, come ci sono delle mutilazioni tradizionali, parte di un rito, che servono ad inscrivere il soggetto nel legame sociale. C'è anche, però, una corporizzazione contemporanea. Quando l'Altro non esiste e il corpo tende a essere lasciato cadere il corpo può diventare la sede delle invenzioni che tentano di rispondere alla questione del che cosa fare con il proprio corpo. Di qui ci sono moltissime invenzioni di corporizzazione, come *piercing* e *body art*, ma anche, secondo Miller, si tratta di corporizzazione nella dittatura dell'igiene o nell'attività sportiva<sup>6</sup>. Ed è proprio in questa prospettiva, che ho pensato possibile, leggere la corrente artistica della *Modern Dance*, come invenzioni singolari di corporizzazione. La *Modern Dance* si sviluppa a cavallo tra le due guerre, in un periodo di grande miseria e distruzione, come reazione alla sofferenza e rivendicazione di libertà. Lacan<sup>7</sup> ci indica che il vivente evita il dolore a condizione che sia capace di muoversi. Si potrebbe, allora, anche formulare l'ipotesi che la *Modern Dance* sia stata uno dei tentativi per fronteggiare il dolore sociale ed evitare la pietrificazione dell'immobilità. Infatti, la danza, con la nascita del cristianesimo, era considerata la via più prossima all'impudicizia, questo portò gradatamente "[...] a separare il sacro dalla danza e a irrigidire il corpo in uno spazio controllato e chiuso"<sup>8</sup>. Umberto Galimberti scrive: "Man mano che il sacro cessa di essere il luogo d'incontro di puro e impuro, per divenire luogo di mortificazione e ascesi, [...] il corpo e i suoi gesti che la danza anima passano dal regno di Dioniso a quello del Diavolo, dalle Baccanti alle Streghe del sabba"<sup>9</sup>. Questo corpo de-pulsionato trovò, allora, l'unica forma artistica, consentita, nel balletto accademico. Il corpo diventa uno stereotipo inscindibile dalle norme estetiche cui è forzatamente sottomesso, rigidamente elegante in nome del bello e della forma pura è costretto ad atteggiamenti e

<sup>1</sup> J.-A. Miller, *Biologia lacaniana ed eventi di corpo*, in *La Psicoanalisi*, n. 28, Astrolabio, Roma 2000.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 97.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> Cfr. *Ivi*, pp. 97-98.

<sup>5</sup> *Ivi*, p. 98.

<sup>6</sup> Cfr. *Ivi*, p. 99.

<sup>7</sup> Cfr. J. Lacan, *Il Seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi* [1959-1960], Einaudi, Torino 2008, pp. 73-75.

<sup>8</sup> U. Galimberti, *La danza del corpo*, in [http://www.giornalediconfine.net/anno\\_2/n\\_1/4.htm](http://www.giornalediconfine.net/anno_2/n_1/4.htm)

<sup>9</sup> *Ibidem*.

movimenti che non soltanto non agevolano, ma spesso addirittura contrastano le più ovvie esigenze anatomiche. In scena, si esaltano virtuosismo ed eleganza. Su questa trama accademica, quasi immobile, la *Modern Dance* ha un effetto di rottura prorompente. Isadora Duncan [1877-1927] è la prima a danzare con i piedi nudi, la “danza del futuro”<sup>10</sup>. Una danza scandita dal ritmo della terra, creata per il corpo della donna, che armonizzi con le sue proporzioni naturali, che ne riveli e ne celebri la bellezza. Vestita con una tunica di velo sottile, che ricorda il peplo, s’ispira al gusto e alla plasticità dell’antica Grecia, alle sculture, dove ritrovava la forma del corpo più consona all’essere umano<sup>11</sup>. Sostiene l’unicità del danzatore e la danza come rappresentazione del mondo interiore, il mezzo per esprimere sentimenti e passione. Isadora Duncan riscopre il corpo e l’estasi, mai come prima, il corpo è stato così amato, sentito e venerato, quasi un oggetto di culto. Ma è Ruth St. Denis [1879-1968], che fa della danza una vera e propria religione. La sua danza è una preghiera. Ella incarna, danzando, gli elementi del divino, identificandosi ad esso. Descrive il momento di “rapimento”<sup>12</sup> che la cattura nell’immagine della dea Iside, raffigurata in un poster che pubblicizzava la marca di sigarette *Egyptian Deities*, “[...] seppi che il mio destino di danzatrice aveva preso vita in quel momento. Sarei diventata [...] strumento di rivelazione spirituale”<sup>13</sup>. Martha Graham [1894-1991] sente nella zona pelvica, la sorgente dell’energia primordiale e danza l’inconscio<sup>14</sup>. Attraverso la sua tecnica di *release-contraction*<sup>15</sup> alterna le tensioni muscolari ed il movimento, facendone una danza. Doris Humphrey [1895-1958] interpreta la danza come *fall and recovery*<sup>16</sup>. La danza per lei è una tensione tra gli opposti, una ritmica oscillazione tra la perdita di equilibrio e la riconquista del centro. Le artiste della *Modern Dance* appaiono quindi alla ricerca di una lingua, diversa per ogni corpo. Ogni singola danzatrice sembra che cerchi la sua lingua, una lingua che si origina dal corpo e ci resta incollata, una lingua che è scritta per il corpo e sul corpo. Ciò che, a mio parere, fa scansionare rispetto al balletto accademico è la volontà di trovare un rapporto diretto con il corpo, di far coincidere linguaggio e corpo, di incarnare il significante. Questa ricerca diretta sul corpo può essere pensata come una ricerca sul godimento, se partiamo dal presupposto che il corpo è godimento. Martha Graham vuole scolpire il corpo, attraverso un repertorio estenuante e faticoso, toccando ogni muscolo, rilevando ogni articolazione, sezionando ogni minimo movimento, spingendo la sua foga sino all’interno del corpo. La sua è una scrittura millimetrica, uno scalpello di precisione che scava e incide, un supplizio che vivifica il corpo. La Duncan aspira a modificare letteralmente il corpo. Si fa corpo. Vuole una danza per il corpo della donna. Una danza che nasca dall’interno per armonizzare con il corpo. Ognuna con il suo corpo, nella forma di una scrittura privata, un assolo di una differenza assoluta e irripetibile. È un saper fare, un saperci fare con il proprio corpo che è arte, come invenzione singolare. Rifare il corpo, che permette di cancellare e ricreare. Distrutto il linguaggio del balletto accademico, gettate le punte, si ricostruisce un nuovo linguaggio attraverso il proprio corpo. Lingua e corpo diventano indistinguibili. Doris Humphrey tenta di creare una nuova lingua con il suo *fall and recovery*, una filosofia di vita che parte inesorabilmente da una scrittura che fa il corpo, percependo le lettere nel corpo a partire dagli elementi base: respiro, calpestii, salti, ritmo, quiete, roteazioni, cadute e recuperi. Crea una lingua inseparabile dal gesto che serve a fondare l’esistenza, ancorando l’atto enunciativo al corpo. È il tentativo di arrivare ad una lingua del corpo, dove la parola tocca il corpo. Analizzando il pensiero della Humphrey Stodelle scrive: “Quale dramma potrebbe esserci, maggiore di quello di cadere? [...] Nel cadere dalla simmetria apollinea, l’uomo sperimenta l’ebbrezza dell’abbandono; prova i piaceri della zona del pericolo, dove l’estasi dionisiaca si

<sup>10</sup> I. Duncan, L. Fuller, R. St. Denis, *Donna è ballo. Nascita e affermazione della Danza Moderna*, Ghibli, Milano 2015, pp. 9-22.

<sup>11</sup> Cfr. I. Duncan, *La mia vita*, Dino Audino Editore, Roma 2011, pp. 4-6.

<sup>12</sup> I. Duncan, L. Fuller, R. St. Denis, *Donna è ballo. Nascita e affermazione della Danza Moderna*, cit., p. 35.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Cfr. *Ivi*, p. 43.

<sup>15</sup> Cfr. M. Graham, *Memoria di sangue*, Garzanti, Milano 1992, p. 46.

<sup>16</sup> Cfr. D. Humphrey, *L’arte della coreografia*, Gremese, Roma 2001, pp. 111-112.



avvicina alla morte<sup>17</sup>. Si può ritrovare Lacan, cadere è una lacerazione soggettiva e corporea intensa. La Humphrey nell'intenzionale caduta corporea, quando il corpo viene lasciato cadere, sperimenta un senso di vertigine prossimo al godere. Tuttavia, l'estasi di godimento è in realtà pulsione di morte? Osservare le loro coreografie, allora come ora, è un'esperienza di grande impatto artistico ed emotivo, in scena appare il nuovo e il singolare. C'è da chiedersi come mai, queste straordinarie danzatrici, abbiano tentato tutte, attraverso la fondazione di scuole, repertori di tecniche di danza e i libri autobiografici di lasciare un'eredità, ma abbiano fallito. Nessuna delle scuole da loro fondate è durata nel tempo e i repertori coreografici e le tecniche sono estremamente difficili da riprodurre. Si può dire che qualcosa non ha funzionato a livello della trasmissione. Ecco che allora appare qualcosa di non trasferibile, d'indicibile, di non codificabile che è il gesto artistico. Proprio quello che fa vibrare la scena. Potremo allora dire che quando l'Altro non esiste qualcosa accade nel corpo? Quindi, se il corpo diviene sede di un'invenzione, si può parlare di corporizzazione?

---

<sup>17</sup> E. Stodelle, *La tecnica di danza di Doris Humphrey*, Di Giacomo, Roma 1987, p. 25.

## Legami d'amore

Ilaria Papandrea

Prenderò quattro piccole scene. La prima, tratta dalla filosofia. La seconda, dall'opera lirica. Le ultime due, dalla psicoanalisi.

Platone, nel suo celebre dialogo dedicato all'amore, fa sedere a banchetto, come usava nell'antica Grecia, degli uomini. Erano gli uomini a gestire la cosa pubblica, a occuparsi di filosofia, a utilizzare quello strumento, tanto decantato, della ragione, del logos. Animati dal desiderio di sapere e pronti a interrogare chi era supposto sapere più degli altri, Socrate, lo ascolteranno riferire una teoria dell'amore che questi ha raccolto dalla bocca di una donna, Diotima.

Nelle *Nozze di Figaro*, il giovane Cherubino è preda di qualcosa che si impossessa di lui e lo espone alle ire di tutti gli uomini a cui sottrae, per la sua bellezza efebica, le donne amate. Sarà a due donne che Cherubino si rivolgerà per domandare: "Voi che sapete che cosa è amor, donne vedete s'io l'ho nel cor"<sup>1</sup>.

Più vicino a noi, agli inizi del secolo scorso, un certo medico che comincia a interessarsi di malattie nervose, Sigmund Freud, si lascia mettere a tacere da una di quelle malate che la medicina del tempo considerava come simulatrici. Lui insiste per curarla, per estorcerle, attraverso l'ipnosi, una certa verità riguardo al suo male. Lei resiste, "contro-suggestiona" e Freud, il medico, colui che avrebbe dovuto essere il detentore di un sapere e di un potere su di lei, si ferma e si mette ad ascoltare quella signorina che gli dice di lasciarle raccontare quel che ha da dirgli<sup>2</sup>.

Anni dopo, nella Francia della grande psichiatria degli anni Trenta, un giovane specializzando scrive la sua tesi di psichiatria. Si chiama Jacques Lacan, diventerà, da lì a poco, non solo uno dei più celebri psicoanalisti del Novecento, ma anche una delle figure di spicco della scena filosofico-culturale del suo tempo. Ebbene, il giovane Lacan dedicherà la sua tesi alla ricostruzione del caso di una donna internata per aver attentato alla vita di una celebre attrice da cui si sentiva perseguitata. *Aimée*, "amata" è il nome che Lacan dà alla sua paziente, raccogliendolo dai suoi stessi scritti, perché prima del passaggio all'atto, lei aveva riversato nella scrittura la propria costruzione delirante<sup>3</sup>.

Qual è il filo che lega fra loro queste scene? La prima cosa che salta agli occhi è che in ognuna, in modi diversi, vediamo intrecciarsi l'amore e il femminile.

Diotima insegna a Socrate la storia di Eros, gli narra da chi sia stato generato e come Eros, nel suo rapporto con il bello e con il bene, non manchi di essere desiderio di sapere.

Cherubino si rivolge a due donne, affinché gli spieghino di che cosa è preda, che cosa sia questo strano sentimento che lo fa languire ma che pure gli procura piacere.

Freud incontra, in quelle donne i cui sintomi non potevano essere spiegati da alcuna lesione organica, innanzitutto il desiderio che qualcuno prestasse ascolto al messaggio cifrato racchiuso nei loro organi sofferenti, paralizzati, insensibili o ipersensibili. Il sintomo non poteva essere messo a tacere, se prima il medico non avesse acconsentito a lasciar parlare ciò che continuava a esprimersi in modo mascherato per la via del corpo. Le misteriose paralisi dell'isteriche non erano simulazioni, ma un certo stile del dire. Occorreva ascoltare la lingua nascosta di questi organi sofferenti, ma soprattutto avere il desiderio di accompagnare il soggetto a tradurre questa lingua in una lingua meno dolorosa. Occorreva non volerle guarire da se stesse, dalla loro volontà malevola (perché la

<sup>1</sup> W. A. Mozart, *Le nozze di Figaro* [1786], libretto di Lorenzo da Ponte, Atto II, scena II, in [www.cantarelopera.com/libretti-d-opera/le-nozze-di-figaro-di-wolfgang-amadeus-mozart.php](http://www.cantarelopera.com/libretti-d-opera/le-nozze-di-figaro-di-wolfgang-amadeus-mozart.php)

<sup>2</sup> Cfr. S. Freud, *Studi sull'isteria* [1892-1895], in *Opere*, vol. 1, Boringhieri, Torino 1989, p. 226.

<sup>3</sup> J. Lacan, *Della psicosi paranoica nei suoi rapporti con la personalità* [1932], Einaudi, Torino 1980.

medicina connotava moralmente l'isteria), occorreva invece liberare il messaggio che il sintomo cifrava.

Lacan, da *Aimée*, da una donna paranoica che aveva sfiorato l'atto omicida, impara e ci trasmette che diversamente da quanto avviene per il soggetto isterico, per il nevrotico, qualcosa d'altro si produce in relazione all'amore nella psicosi. Non il dubbio, non l'interrogazione continua su quale sia il nostro posto in relazione al desiderio dell'Altro, quanto piuttosto la certezza, una certezza incrollabile che io sia l'oggetto del desiderio dell'Altro, un desiderio che si declina malevolmente, come volontà di godere di me.

Occupare, con questi soggetti, la posizione di curanti, richiede dunque che si sia avvertiti, perché un legame di cura è un legame d'amore. Amiamo, ciascuno, secondo uno stile che ci è proprio e il transfert è la messa in atto di questo stile d'amore. Non è la sbiadita riedizione di questo o di quel legame passato, ma l'attuale e bruciante modalità secondo la quale ci situiamo in relazione all'Altro.

Per questo, la psicoanalisi non si trasmette sui libri, non ci sono manuali né istruzioni tecniche da adottare con questo o quel soggetto. Per occupare, con un altro, la posizione opportuna affinché chi si rivolge a noi possa venirne a sapere qualcosa del modo in cui fa legame con l'altro, o possa difendersi, senza ricorrere al passaggio all'atto, da un altro troppo intrusivo, occorre aver fatto esperienza sulla propria carne, attraverso un'analisi personale, del nostro stile singolare di legame.

Il transfert implica una dissimmetria. La implica strutturalmente. L'analista non è lì con la propria persona, piuttosto la presta, perché chi occupa la posizione di analizzante possa fare tutti i giri che sono necessari per scoprire in che modo ha costruito la propria realtà e, se lo desidera, possa ricostruirla altrimenti.

Ricostruirla altrimenti non significa ricostruirla sulla base di un ideale, né sulla base di un modello presuntamente riuscito – come certe psicoterapie insegnano, proponendo l'identificazione all'analista come finalità dell'analisi. Se così fosse, si dovrebbe supporre che ci sono soggetti adeguati e soggetti inadeguati da riadattare. Non è così per la psicoanalisi. Il più grande scandalo che questa invenzione ha rappresentato è forse proprio questo: nasciamo, in quanto esseri parlanti, sempre inadeguati, tutti, a far fronte a quelle domande che ci tormentano fin da bambini: l'origine, la morte, la sessualità. Di fronte a questi abissi senza senso, i parlanti si arrabattano, ognuno a modo proprio, e inventano soluzioni più o meno “funzionanti”. Capita che queste soluzioni a un certo punto, per un piccolo evento contingente della vita, non tengano più. Tutto crolla. Un abbandono, un lutto, una malattia. Se la soluzione che ci eravamo costruiti non è più in grado di fornirci un senso pacificante per fronteggiare questi eventi, può capitare che decidiamo di rivolgerci a un altro, a un analista, per esempio, per domandare che ci sostenga nella ricerca di un senso.

Ma il senso – i miti, la filosofia, la religione, lo sanno bene – è un po' come una coperta che da un momento all'altro si può strappare. Se non impariamo con quali fili abbiamo costruito la nostra personale coperta, non potremo fare quella piccola opera di *bricolage* che ci permetterà di accogliere, creativamente, quella parte di non-senso che ogni esistenza porta in sé.

Nel 1975, nel corso di una conferenza, Lacan afferma: “È certo che mi sono accostato alla medicina perché avevo il sospetto che le relazioni fra uomo e donna giocassero un ruolo determinante nei sintomi degli esseri umani”<sup>4</sup>.

Lacan non dice che le relazioni fra “alcuni uomini” e “alcune” donne sono più problematiche di altre, egli parla di relazioni fra uomo e donna e del posto che hanno nella formazione del sintomo. Ciò che di più prezioso può offrirci allora la psicoanalisi è la possibilità di cogliere, all'interno di quell'irripetibile legame che è il transfert, di che stoffa è fatto il nostro sintomo d'amore.

---

<sup>4</sup> J. Lacan, *Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines* [1975], in *Scilicet*, n. 6-7, Paris, Seuil 1976, p. 16, [trad. nostra].

## Da un nuovo amore a un amore nuovo

Maura Fabrizia Musso

Non si dà psicoanalisi senza amore. Già Freud diceva che le cure psicoanalitiche sono cure d'amore. Se ne deduce che l'amore vada curato perché è una delle passioni (da *pathos* sofferenza, malattia) dell'essere insieme all'odio e all'ignoranza come Lacan riprende dalla tradizione buddista<sup>1</sup>.

Soprattutto nella nostra epoca ci si interroga se l'amore a forza di non essere curato possa essere defunto. La famosa marca automobilista Toyota l'ha intuito e in una sua recente pubblicità ne fa riferimento. Così recita la canzone che accompagna lo spot:

*Dov'è finito tutto l'amore, l'amore per il lavoro che era tutti noi stessi, e a volte anche oltre. L'amore che dava un sapore a ogni cosa, quell'amore che ci aspettava solo per una carezza. Che n'è stato di un amore che fa crescere un figlio. C'è più amore o cemento nelle nostre case?*

*Dove sono finite le parole d'amore, e il coraggio di amare. Forse ci siamo stancati di amare o abbiamo perso il controllo.*

*Perché non guidiamo più con amore, perché?<sup>2</sup>*

La canzone dice con chiarezza che basta cambiare l'oggetto per vedere rinascere l'amore, basta una nuova autovettura, lucente e accattivante. C'è purtroppo del vero. La nostra epoca caratterizzata da oggetti sempre nuovi, acquistabili, dà l'impressione di poter accedere all'amore con semplici sostituzioni. All'amore coniugale che non funziona basta cambiare oggetto: uomo, donna. Quelli che vengono chiedendo una cura di coppia non sanno dove collocare l'amore neppure dove se ne sia andato e quando ciò possa essere accaduto. Si affannano (ma di solito è sempre un solo componente della coppia che si interroga e tenta di trascinare *oborto collo* il partner) alla ricerca dell'alchimia che possa restituirlo nella sua fragranza e se proprio non si vi si riesce allora lo psicologo insieme all'ordine della legge decreta la fine di un amore in una sorta di restituzione della libertà di scelta di ciascuno.

Di lì in poi liberi di scegliere un nuovo partner, di accedere a un nuovo amore. Si iscrive così nel simbolico la liceità del cambiamento d'oggetto per avere accesso alla felicità. Tutto sembra ritornare nuovo: nuovo il partner, la casa, anche i figli che a volte l'altro partner porta in dote da una precedente relazione, ma poi qualcosa si mette di nuovo per traverso.

Il più delle volte il nuovo amore riconduce il soggetto allo stesso punto. Questo indica che nelle questioni d'amore c'è un reale in gioco che ritorna. Il nuovo ricalca il vecchio in una sorta di ripetizione e alla fine ci si arrende, l'amore appare nell'ordine dell'impossibile. Come uscirne?

Cosa offre l'analisi al discorso dell'amore se è proprio sull'amore che fonda uno dei suoi capisaldi attraverso il transfert? Che amore è quello di transfert?

Lacan in uno dei suoi Seminari cita un analizzante che parla del proprio analista come di un Adone e poi si scopre che è tutt'affatto così, senza capelli, non certo di bell'aspetto. Effetti immaginari del transfert? Anche ma non solo. L'amore di transfert, non differentemente da altri amori, soggiace alla legge della ripetizione. Freud aveva ben colto nel transfert il ritorno degli amori infantili verso le figure genitoriali nella forma della nevrosi di transfert. Il paziente ripete nella relazione transferale più che ricordare; mette in atto le modalità con cui stabilisce i suoi legami d'amore.

<sup>1</sup> Cfr. J. Lacan, *La direzione della cura e principi del suo potere* [1958], in *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, vol. II, p. 625.

<sup>2</sup> Link You Tube Filippo Timi, doppiatore della campagna Toyota Italia in <https://www.youtube.com/watch?v=OgfDIWgLaUM>

Forse che si tratta nell'analisi di produrre un che di correttivo, in nome di qualche presunto ideale dell'amore? Quale posizione deve tenere l'analista in questo gioco o meglio giogo d'amore? Se l'analista si prende sul serio come il destinatario dell'amore di transfert cioè si mette in gioco a partire dalla propria soggettività, e fa del suo controtransfert la bussola nella conduzione della cura il minimo che ci si possa attendere è l'emersione di un tentativo di far adeguare l'analizzante al proprio ideale d'essere preso a misura universale. L'adeguamento e l'identificazione all'altro sono esattamente gli stessi elementi che Freud aveva preso in considerazione come condizioni d'amore e da cui invece si suppone proprio un'analisi serva a separarsi. Il rischio di analisi condotte sull'onda di una specularità controtransferale dove tutto ciò che fa obiezione all'analista, attraverso il lavoro dell'interpretazione, sia da correggere, rettificare, è che il paziente non riesca a venirne fuori se non a patto (uso invalso in certe psicoterapie) di lasciare al terapeuta il potere di stabilire la fine della cura e di essere congedato con un "alzati e cammina" dal sapore miracolistico.

Il potere di stabilire la fine di una cura non è esattamente l'equivalente di condurre una cura alla fine, anzi direi di condurla al suo fine che è quello per l'analizzante di poter accogliere e assumere la propria singolarità nell'estraneità del suo dire, tanto più estraneo quanto più intimo. Esperienza, quella dell'analisi, che con il suo atto conclusivo e separativo conduce alla possibilità di riconoscere altre singolarità, fundamentalmente ignote e poter accogliere quanto di estraneo ma estremamente intimo ha il nostro partner nella relazione amorosa.

Così accade che qualcuno dica che è andato dallo psicologo e finalmente si è separato dalla moglie/marito. Certo sul piano della realtà fantasmatica è una separazione, poi però in analisi subito dopo dice che le nuove relazioni, ahimè, non è che siano tanto più allegre. In realtà si è separato da un compagno/a ma non dalla sua modalità di entrare in relazione. Non si è mai separato dal vecchio amore cioè dal suo identificarsi all'altro (amore narcisistico), dal sostenersi sull'altro (amore anaclitico), ha continuato a posizionare nell'altro la garanzia dell'amore, passione del suo essere, senza prendere atto che non vi è garanzia dell'Altro.

Contrariamente ad analisi condotte attraverso il controtransfert in un'analisi a orientamento lacaniano l'analista non è lì con il suo essere e quindi con le sue passioni, è piuttosto nella dimensione di un *dis-essere* radicale. Si tratta per l'analista di occupare come semiante di oggetto, oggetto cavo, vuoto, quella posizione in cui possa crearsi spazio per il dire dell'analizzante.

Per questo non solo l'analista lacaniano non usa il controtransfert ma, proprio come indicava Freud, deve astenersene. Astenersi dalle proprie passioni non vuol dire che l'analista non sia desiderante. Anzi è proprio l'impronta del suo desiderio a far sì che possa tenere una posizione particolare, non giudicante, dove l'unica garanzia, perché c'è della garanzia nell'esperienza analitica, è costituita dall'etica di un desiderio. Etica che J.-A. Miller enuncia in *Logiche della vita amorosa*: L'analista "[...] è colui che [in qualche modo] vuole che la cosa funzioni e vada avanti per quella persona che gli si presenta"<sup>3</sup>.

In questo senso è l'analista a fare esperienza di un amore che non è più oggettuale, di un amore nuovo che si fonda sul desiderio che è desiderio dell'Altro e solo da questa posizione può trasmettere all'analizzante che l'Amore è sempre in un luogo, in un altrove oltre l'oggetto d'amore.

<sup>3</sup> J.-A. Miller, *Logiche della vita amorosa*, Astrolabio, Roma 1997, p. 62.

## Come si costituiscono i legami

Paola Antoniotti

Freud nel testo *Psicologia delle masse e analisi dell'io*<sup>1</sup> individua due modalità di formazione del legame, la prima è l'innamoramento inteso nelle sue varie forme, sia che l'investimento pulsionale sia rivolto ad un oggetto verso il quale sono dirette le mete sessuali, sia nel caso in cui la pulsione sessuale sia inibita nella meta. Freud considera l'innamoramento nel senso più ampio del termine intendendolo come legame tra genitori e figli, tra fratelli, l'amicizia, le varie forme di legami d'amore. Nello stato di innamoramento l'oggetto viene idealizzato, sopravvalutato, tutta la libido narcisistica viene riversata sull'oggetto. Freud dice: "*L'oggetto si è messo al posto dell'ideale dell'io*"<sup>2</sup>. Che cosa intende dire con questo? C'è una sovrapposizione tra oggetto e immagine, una sorta di coincidenza, potremo dire una sorta di abbaglio. Ed è in fondo quello che accade quando ci si innamora. Freud ci insegna che in realtà ogni scelta oggettuale, ogni forma di innamoramento deriva dal narcisismo dell'infanzia. Anche l'amore dei genitori per i propri figli è la riproduzione del proprio narcisismo al quale i genitori stessi hanno rinunciato. Freud si rifà al mito di Narciso per spiegarci che c'è un'impossibilità nel legame che è relativa all'unificazione con l'oggetto del proprio desiderio, poiché si tratta soltanto di una illusione immaginaria di unificazione. Narciso sa amare solo se stesso e tiene fuori dalla sua affettività il resto del mondo. Narciso incarna l'identità assoluta che non conosce l'alterità. Il dramma di Narciso in fondo è proprio il dramma dell'impossibile separazione dalla propria immagine fino alla morte, anche perché soggetto e immagine corrispondono perfettamente, l'altro è ancora lui stesso.

Lacan riprendendo Freud identifica in un tempo, che cronologicamente si colloca tra i sei e i sedici mesi di età del bambino e che ha chiamato stadio dello specchio, il momento in cui si costituisce l'Io, nella relazione con l'altro. Il bambino è in grado di riconoscere la propria immagine allo specchio, come immagine di un corpo unificato e non frammentato, grazie proprio alla presenza dell'altro materno, dell'altro che si prende cura di lui. Quella che vede è un'immagine narcisistica unificata del proprio corpo, un Io ideale separato da sé e al quale si identifica. L'identificazione che è la seconda modalità di costituzione di un legame è anche il processo fondamentale per lo sviluppo di ogni soggetto umano. Freud definisce questo concetto in questo modo: "L'identificazione non è dunque semplice imitazione, bensì *appropriazione* in base alla stessa pretesa etiologica. Essa esprime un "come", e si riferisce a qualche cosa di comune che permane nell'inconscio"<sup>3</sup>. Cosa vuol dire Freud con queste parole, che in fondo non è necessario che ci sia uno specchio per riconoscersi come un'unità ma è sufficiente che ci sia un altro in cui riconoscersi. Che ci sia nell'altro qualcosa di inconscio, un tratto che è anche in noi e che ci permette di costituire un legame con l'altro.

Nell'identificazione l'Io può copiare ora la persona amata ora quella non amata. In ogni caso si tratta di un'identificazione circoscritta che si appropria soltanto di un aspetto della persona che è oggetto di identificazione. Per farci un esempio Freud ci mostra qual è il meccanismo di formazione del sintomo nell'isteria. Considera il caso di una bimba che contrae il sintomo tormentoso della madre, una tosse molesta. L'identificazione, derivante dal complesso edipico, sta a significare un desiderio di sostituire la madre, il sintomo esprime amore oggettuale per il padre e attua così il desiderio di prendere il posto della madre nella forma però della sofferenza. Un esempio in cui il sintomo è identico a quello della persona amata è il noto caso clinico di Dora, in cui Dora imita la

<sup>1</sup> S. Freud, *Psicologia della masse e analisi dell'io* [1921], in *Opere*, vol. 9, Boringhieri, Torino 1989.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 301.

<sup>3</sup> S. Freud, *L'interpretazione dei sogni*, [1899], in *Opere*, vol. 3, Boringhieri, Torino 1989, p. 145.

tosse del padre, Freud dice che in questo caso l'identificazione è subentrata al posto della scelta oggettuale. In entrambi i casi di identificazione vediamo che ciò che lega un soggetto ad un altro è il sintomo. Il sintomo, con il suo tornaconto secondario, se da una parte fa stare male è anche ciò a cui il soggetto più difficilmente rinuncia. Il sintomo, con la sua parte irrinunciabile di godimento, se preso nella relazione con l'altro, come il sintomo isterico, è un messaggio rivolto all'altro è un modo di far legame. Nella società di oggi dove il godimento è diventato un imperativo sociale, un comando al servizio della logica consumistica si assiste sempre di più, nei sintomi contemporanei, al superamento di ogni barriera per il raggiungimento di un godimento illimitato. Il soggetto è alla continua ricerca di un rapporto privilegiato con l'oggetto, che si tratti di cibo, droga, computer, psicofarmaco, non fa differenza, quello che il soggetto cerca è un soddisfacimento solitario e senza limiti che lo tenga lontano da ogni possibile conflitto con l'altro. In queste forme sintomatiche prevale quel versante del sintomo che Freud aveva chiamato tornaconto secondario mentre si fa sempre più sottile e impalpabile quell'aspetto del sintomo che risulta essere un messaggio rivolto all'altro e che dunque può risuonare per il soggetto stesso come un'interrogazione.

Come abbiamo visto qualsiasi sia la modalità di far legame c'è sempre qualcosa di impossibile, da una parte un'impossibilità a fare uno con l'altro e dall'altra potremo dire un'impossibilità a fare uno col proprio sintomo, qualcosa vacilla ed è a partire da questi vacillamenti che risulta possibile rivolgere una domanda ad un altro particolare come l'analista, in un legame anche questo molto particolare come quello che si instaura in una cura analitica. Si tratta di un legame dove non vi è alcuna corrispondenza reciproca, né alcuna ripetizione di un cerimoniale, si tratta di un legame in cui da una parte l'analizzante può liberare il suo desiderio di "sapere cosa fare" del suo sintomo e l'analista dall'altra dare testimonianza del suo legame con la psicoanalisi.

## Un amore etico

Alessandra Fontana

L'istante dell'amore mette al centro la possibilità che l'amore sia dicibile, almeno per la psicoanalisi, a partire dalla categoria del tempo. Vi sarebbe un tempo che apre all'amore. Di quale tempo si tratta? Freud insegna che vi è un tempo di costituzione del transfert, un tempo necessario affinché il soggetto si leghi alla cura e possa avviare un lavoro. La cura stessa si attua a partire da un legame, un legame particolare quale è il legame di transfert, tanto reale quanto illusorio; tale legame è al contempo motore e ostacolo al trattamento, l'analista e l'analizzante non possono farne a meno. La psicoanalisi comporta la presenza, i corpi. Jacques Lacan nello scritto intitolato *Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata*<sup>1</sup> parlerà dell'istante dello sguardo da intendersi come primo tempo logico anche in una cura e a cui segue il tempo per comprendere e il momento di concludere. È grazie a un sofisma logico che Lacan illustra questi tre momenti. Amore e sguardo non sono poi così separabili.

Jacques-Alain Miller in *Logiche della vita amorosa*<sup>2</sup> arriva a delineare una struttura del colpo di fulmine, il colpo di fulmine passa nello sguardo, è la scena stessa a catturare il soggetto, che non sa dire nulla del perché quel tratto sia divenuto il tratto essenziale del suo amore per l'altro. Vi è un istante dello sguardo sufficiente perché il soggetto ne sia catturato. Miller ci parla del colpo di fulmine di Rousseau per una donna. L'amore di Rousseau per Madame d'Houdetot si configura come colpo di fulmine, è un amore che non sarà mai consumato e anche per questo non farà che alimentarsi. Questa folgorazione avviene a partire da una condizione amorosa precisa: vi è in Madame d'Houdetot un tratto maschile, dominante; quando la vede per "[...] la prima volta, lei portava gli stivali ed era l'amante di St. Lambert, un amico di Rousseau"<sup>3</sup>. È dunque la donna dell'Altro, Freud lavora a lungo questo punto, può essere una condizione indispensabile per l'uomo che la donna dell'amore sessuale non sia la donna di diritto, appartenga a un Altro. Lacan arriverà a dire che è la stessa condizione di alterità della donna quella che si realizza quando la donna è legata a un altro. L'alterità dimora nella donna. Rousseau stesso scrive: "I suoi rapporti con St. Lambert, con cui anch'io cominciavo ad averne, me la resero ancora più interessante"<sup>4</sup>. La seconda volta la vede a cavallo e vestita da uomo. Miller ci fa notare come "Nella condizione d'amore di Rousseau [...] [vi sia] la necessità della presenza di un altro uomo; [...] ciò che nasconde l'amore diretto alla donna è il vincolo erotico con l'uomo proprietario di questa donna"<sup>5</sup>.

In amore si passa dall'istante dello sguardo, e vi si ripassa anche, la gelosia ne dà prova, è in fondo un tempo in cui il soggetto sta cercando di localizzare qualcosa, la realtà che vede diviene scena, si fa scenica e qualcosa di indefinibile, un tratto nell'altro, risuona per il soggetto. Vi è un luccichio. La dipendenza dal luccichio è immediata, molti soggetti in analisi parlano di questo, di ciò che cercano nell'altro, di ciò che vi avevano visto e al contempo di quello che manca e che continua a mancare, non possono stare con la persona amata e non possono farne a meno.

L'amore non funziona mai. Quello che la psicoanalisi testimonia è che l'amore non funziona per struttura, vi è sempre qualcosa che non torna, e ciò che non torna è l'asimmetria inevitabile nel legame fra due soggetti. Quando un soggetto ama desidera essere amato, essere amato lo mette però nella posizione di essere oggetto per l'altro. L'essere parlante ama in questa alternanza, amante-

<sup>1</sup> J. Lacan, *Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata. Un nuovo sofisma* [1945], in *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, vol. I.

<sup>2</sup> J.-A. Miller, *Logiche della vita amorosa*, Astrolabio, Roma 1997.

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 33.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> *Ibidem*.



amato, è fra queste due posizioni (attiva e passiva) che si trova il soggetto. Lacan dice che il soggetto è rappresentato da un significante per un altro significante, non è dunque né amato né amante, è fra l'uno e l'altro. La dialettica impossibile si gioca qui, fra la posizione di soggetto e di oggetto a cui l'amore conduce inevitabilmente. Freud dirà che l'amore è sempre narcisistico, è amore di sé nell'altro e al contempo è sempre foriero di dipendenza, l'altro diviene colui da cui il soggetto dipende, tutta la libido è collocata nell'altro e l'Io innamorato è completamente impoverito, svuotato. Vi sono dunque due assi dell'amore: un asse narcisistico, immaginario e un asse simbolico per cui se l'Altro non è me è però colui che può darmi ciò di cui io manco (per questo ne dipendo). È su questo asse che prende avvio un'analisi, il soggetto suppone un sapere all'analista, lui avrebbe la risposta di ciò che manca, è però la stessa dinamica che soggiace all'amore: l'altro ha ciò che io non ho. Ma il punto è che l'analista non può prendersi per colui che ha la risposta, non solo non si colloca sull'asse io-tu (narcisistico), occorre che si sposti ciascuna volta affinché la supposizione di sapere non si chiuda sulla sua persona (cosa che produrrebbe la dipendenza), ma sia supposizione di un sapere inconscio. Il sapere inconscio non è dato prima, non lo conosce né il soggetto né l'analista eppure l'analista non cede, è il desiderio dell'analista che sostiene la cura. La supposizione di sapere che il soggetto mette dal lato dell'analista e la ricerca di verità sui sintomi, ricerca in cui si ingaggia, producono una risposta immaginaria: l'amore nella cura. Come vediamo l'immaginario compare in ogni dove.

Freud insegna al medico che se il paziente si dichiara innamorato dell'analista è bene che il medico consideri come sia l'illusione del transfert a ingaggiare l'amore e non lo consideri reale; se mantiene questa, che ho chiamato illusione, al lavoro permetterà al soggetto di attraversare questo fantasma. L'amore di transfert passa per la ripetizione, il soggetto ripete nella cura ciò che non può ricordare o non può dire, ripete in un legame, portare il soggetto al di là di tale ripetizione è la direzione dell'analisi. Se l'analista ascoltasse ciò che l'altro dice come rivolto a lui, a lui persona, non farebbe che amplificare la nevrosi o produrre una fine analisi fuori tempo. Certamente l'amore di transfert è ripetizione, se pensiamo all'Edipo constatiamo come l'amore sia ripetizione, ma l'analista deve puntare a un al di là della ripetizione. Nei *Contributi alla psicologia della vita amorosa*<sup>6</sup> Freud lavora le condizioni dell'amore sia per l'uomo sia per la donna e sottolinea come quando amiamo ripetiamo, incontrare l'oggetto vuol dire rincontrarlo, ogni oggetto d'amore è un sostituto di un oggetto fondamentale, che non è la madre, è un oggetto da sempre perduto. Che cosa vuole dire questo? Che vi è una perdita inaugurale nella vita dell'essere umano, perdita che non potrà essere colmata con un oggetto, perché si tratterà sempre di un sostituto, di ciò che viene al posto di un buco, un punto vuoto dell'essere. L'analisi è un lavoro nella direzione dell'incompletezza, ciò che il soggetto potrà scoprire, su di sé, è che l'Altro non ha, è un Altro carente, bucato, incompleto, non può fornirgli la risposta, non ha ciò che manca. L'analista dunque si presta ad essere l'oggetto di una supposizione di sapere, è però una sembianza, occupa un posto vuoto ed è a partire da questa posizione, fondamentalmente etica, che l'analizzante può avviare un lavoro nel legame, che non sia nella dipendenza.

<sup>6</sup> S. Freud, *Contributi alla psicologia della vita amorosa* [1910-1917], in *Opere*, vol. 6, Boringhieri, Torino 1977.

## La psicoanalisi è morta? Viva la psicoanalisi!

*Leonardo Mendolicchio*

Lo scorso maggio è apparsa sul quotidiano *La Stampa* un'intervista<sup>1</sup> nella quale si affermava che il modello di intervento psicoanalitico era ormai superato e che l'Edipo e l'interpretazione dei sogni erano ormai dei miti sfatati.

La lettura di questa ennesima stoccata alla psicoanalisi e ultimi eventi legati al mondo della salute mentale, impongono delle riflessioni.

La prima è relativa al fatto che, ciclicamente, qualche operatore del mondo "psi" sente il dovere di affermare che la psicoanalisi è morente. La curiosità che produce questo ennesimo dibattito è: come mai in tutto il panorama delle terapeutiche in ambito psichiatrico/psicologico, l'unica teoria a "godere" di queste attenzioni revisioniste è proprio la psicoanalisi? Nessun dibattito, infatti, coglie le altre teorie pur essendo altrettanto datate come la psicoanalisi.

Credo che tale punto meriti una riflessione immaginando che quest' accanimento lasci intravedere che la disciplina psicoanalitica attiri, chissà perché, le attenzioni dei terapeuti non analisti.

Oppure, perché parlare di psicoanalisi, mettendola in discussione, attira le attenzioni mediatiche e dell'opinione pubblica? In questo secondo caso è evidente la becera operazione di marketing adottata su un campo che dovrebbe prevedere un certo aplomb etico.

Detto questo, mi sembra opportuno entrare nel merito delle questioni sollevate dall'articolo in questione.

Prima riflessione. L'articolo sostiene che nell'epoca contemporanea i nuovi approcci terapeutici, basati sulle neuroscienze e sulle nuove concezioni psicoterapiche, mostrino migliori esiti di cure, e che le teorie freudiana e junghiana (chissà perché poi citare solo queste due teorie della psicoanalisi) siano ormai superate.

Ebbene questa opinione è del tutto infondata.

È infondata non dalla prospettiva della psicoanalisi, ma è infondata sotto il profilo epidemiologico. Tutti gli indicatori epidemiologici utili per esaminare gli indici di salute mentale dicono esattamente il contrario, e cioè che da quando la rivoluzione psicofarmacologica ha preso piede in ambito psichiatrico, da quando le neuroscienze hanno iniziato a dare il loro utile contributo alla causa della cura psichica e, da quando, le nuove psicoterapie, si sono affacciate sullo scenario della terapeutica, i dati relativi ai livelli di salute mentale sulla popolazione generale sono peggiorati.

Sono aumentati, infatti, tutti gli indici di disabilità e invalidità psichica, dall'Europa all'Oceania (per correttezza metodologica è opportuno citare le fonti: un esempio è il Documento della Social Security Administration degli USA, organismo che si occupa delle pensioni di invalidità, il quale afferma che dal 1987 al 2011 si è passati da 1.500.000 invalidi per depressione e disturbo bipolare a più di 4.500.000 invalidi)<sup>2</sup>.

Inoltre, l'editoriale di Peter Tyrer, sul *British Journal of Psychiatry* (una tra le più importanti riviste scientifiche e psichiatriche), dell'agosto 2012 afferma che la rivoluzione psicofarmacologica (risultante dell'evoluzione neurobiologica della psichiatria) è ormai finita e che i risultati sperati da tale approccio sono stati disattesi<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Intervista a M. Orbecchi di G. Beccaria in <http://www.lastampa.it/2015/03/10/cultura/addio-al-vecchio-complesso-di-edipo-la-neuroscienza-non-sa-che-farsene>

<sup>2</sup> Cfr. R. Whitaker, *Indagine su un'epidemia*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2013, p. 11.

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 33.

Cosa vorrà dire questo? Inviterei gli accusatori della psicoanalisi a risolvere questo paradosso. Sarà forse colpa di Freud che nell'epoca della tecnica in psichiatria, i livelli di sofferenza psichica e di qualità della vita dei soggetti affetti da disagio psichico peggiorino?

Altra questione messa in luce dall'articolo: Freud sarebbe in antitesi alle letture darwiniane dell'epistemologia scientifica moderna e postmoderna. Inviterei a rileggere Freud, soprattutto alcuni testi come *Progetto per una psicologia*<sup>4</sup> e *Metapsicologia*<sup>5</sup>, per capire come il darwinismo, nella sua accezione positivista, sia uno degli aspetti ispiratori delle riflessioni freudiane. È chiaro che per parlare di Freud bisogna averlo letto e studiato, ma anche questo è un copione che si ripete (tale grossolana inesattezza, sostiene la tesi della critica a Freud funzionale ad un'operazione di marketing).

L'altro punto sollevato dal dibattito sulla psicoanalisi è che le nuove psicoterapie, tutte, sarebbero utili se prese contemporaneamente in considerazione soprattutto sugli aspetti relativi alle questioni emotive ed empatiche.

A tal proposito mi domando: l'iter semiologico tipico della medicina, al quale la psichiatria non deve sottrarsi, che prevede da parte del clinico la ricostruzione della sequenza logica noxa-patogenesi-sintomo/segno che fine farebbe? Quale logica clinica potrebbe reggersi su di un approccio integrato? I nuovi terapeuti, inoltre, sarebbero tutti figli di un sapere meticcio caotico e polifunzionale? Per l'ansia un pizzico di cognitivismo, per l'anoressia un po' di terapia strategia e per la depressione magari un po' di approccio empatico-umanistico? È questo che dobbiamo offrire come modello di cura, un pot-pourri di tecniche? La formazione terapeutica quale sarà, come sarà? La compartecipazione al percorso di cura da parte del paziente su cosa verterà, su quali basi teoriche condivisibili con gli utenti, si potrà costruire l'alleanza terapeutica?

Ultimo punto che entra nel vivo della polemica contro la psicoanalisi e cioè lo scontato e ormai ridondate richiamo all'Edipo e ai sogni. Non per fare l'avvocato del diavolo, ma mi chiedo: è possibile che di tutta la psicoanalisi il feticcio da abbattere sia sempre il complesso di Edipo?

Chi conosce la psicoanalisi, fors'anche solo per piacere di lettura, non può non sapere che i concetti teorici lasciati in eredità da Freud, sono stati oggetto di sviluppi, cambiamenti, rielaborazioni e mutamenti nel corso del tempo. Questo dettaglio spiega l'enorme differenza tra la scienza e la psicoanalisi, la prima segue le vie evolutive tipiche della metodologia che contrappone la dialettica di tesi ed antitesi, la seconda segue inesorabilmente e fedelmente la storia dell'uomo, non solo, ma dell'uomo la psicoanalisi si rivolge agli aspetti meno sensati. Ciò che rende necessaria la psicoanalisi è tutto il terreno del non-senso che circonda la vita dell'uomo e che non può essere terreno di analisi della scienza che, invece, si occupa del senso. Lacan affermava bene questo concetto quando parla del Reale come oggetto di trattamento della psicoanalisi.

Si rasserenino dunque tutti coloro che pensano che sia utile dire che la psicoanalisi è morente, fino a quando ci sarà un'area di resistenza dei fatti umani che non può essere spiegata attraverso la scienza e dalla sua epistemologia, ci sarà sempre uno psicoanalista (non la psicoanalisi) pronto a saperci fare con quel resto, senza che l'aiuto e il sostegno di ausili tecnici o di sapere teorico rappresentino l'illusoria potenza di qualche fantomatico guaritore.

A tal proposito mi viene da chiedere fino a quando il silenzio assordante che pervade il mondo della clinica psicologica e psichiatrica coprirà il bizzarro paradosso che unisce i progressi tecnici del mondo "psi" all'impaccio della gestione della sofferenza umana.

Il mese scorso in Veneto e in Piemonte due persone affette da disturbi psichiatrici sono morte in seguito a procedure di attuazione di un trattamento sanitario obbligatorio. Un paziente ammazzato da un colpo di arma da fuoco sparato da un carabiniere mentre tentava di fuggire, ed un altro è spirato per arresto cardiaco dopo una lunga colluttazione con gli agenti municipali che stavano attuando il TSO.

<sup>4</sup> S. Freud, *Progetto di una psicologia* [1895], in *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino 1968.

<sup>5</sup> S. Freud, *Metapsicologia* [1915], in *Opere*, vol. 8, Boringhieri, Torino 1976.

Mi verrebbe da chiedere, nell'epoca nella quale la psicoanalisi risulterebbe inutile, chi popola le istituzioni adibite alla tutela della salute mentale? Quali sono gli approcci utilizzati? Quali sono le evidenze di efficacia di questi nuovi strumenti di terapia che supererebbero la vetusta psicoanalisi?

Chiunque ha vissuto un'esperienza sul campo della clinica e all'interno delle istituzioni adibite alla cura dei disturbi psichiatrici, non può non aver sperimentato l'impotenza della tecnica di fronte alla potenza del reale della paranoia, della melanconia, del panico, ecc. Bastano nuove molecole? Il 33% dei soggetti affetti da disturbi psichici, però, non risponde ai farmaci. Basta allora una pragmatica e definita terapia cognitiva comportamentale? A tal proposito risulta utile citare un importante studio da poco pubblicato su *The British Journal of Psychiatry*<sup>6</sup> che afferma l'inesattezza metodologica di molti studi condotti sull'efficacia della terapia della CBT (Cognitive Behavioral Therapy) nelle psicosi. Questo interessante studio conclude che non è possibile affatto affermare che la CBT mostri livelli di efficacia maggiori rispetto ad altre forme di cura nel trattamento delle psicosi. Tra l'altro gli autori si domandano, nella parte finale dell'articolo scientifico, come mai, alla luce delle poche evidenze statistiche e dei molti errori metodologici riportati nelle ricerche sulla CBT, tale approccio terapeutico venga riportato come il maggiormente efficace in tutte le linee guida sui trattamenti delle psicosi. Bene i numeri affermano che più di qualcosa sfugge alla scienza medica dello psichiatrico e psicologico. Bene in questo terreno del non senso, del non chiaro e dell'indefinito la psicoanalisi vive, pulsa ed agisce. Viva la psicoanalisi!

---

<sup>6</sup> Cfr. S. Jauhar, P. J. McKenna, J. Radua, E. Fung, R. Salvador and K. R. Laws, *Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias*, in *British Journal of Psychiatry*, January 2014, 1, pp. 20-29, DOI: 10.1192/bjp.bp.112.116285.

*Appuntamenti*



## SCUOLA LACANIANA DI PSICOANALISI

Giornata di Studi

con la collaborazione dell'Ambasciata di Francia - Insitut Français Italia

### **LEGGERE E TRADURRE LACAN**

26 settembre 2015

Centre Saint-Louis – Largo G. Toniolo, 20/22

Roma

[www.slp-cf.it](http://www.slp-cf.it)

Giornata di Studi su scrittura e psicoanalisi

con la collaborazione dell'Università degli Studi di Padova

### **In ricordo di Erminia Macola**

18 ottobre 2015 h. 15.00-18.00

Aula Magna di Sociologia

Via Cesarotti, 10/12

Padova

## ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE

45<sup>e</sup> Journées de la Cause freudienne

### **Faire Couple. Liaisons inconscientes**

14 e 15 novembre 2015

Palais des Congrès

Paris

[www.fairecouple.fr](http://www.fairecouple.fr)

## SCUOLA LACANIANA DI PSICOANALISI

### **La segreteria di città nella vita della Scuola**

### **Esperienze di Cartello e legame con la Scuola**

28 novembre 2015

Hotel Europa - Via C. Boldrini, 11

Bologna

[www.slp-cf.it](http://www.slp-cf.it)

## ESCUELA LACANIANA DE PSICOANÁLISIS

Foro sobre autismo

**¿Insumisos de la educación?**

11 dicembre 2015

Auditori AXA

Barcellona

[www.elp.org.es](http://www.elp.org.es)

XIV Jornadas de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis

**CRISIS. ¿Qué dicen los psicoanalistas?**

12 e 13 dicembre 2015

World Trade Center

Barcellona

<https://crisis.jornadaselp.com>

## SCUOLA LACANIANA DI PSICOANALISI

Giornata di Studi di psicoanalisi applicata

**Lavoro in Istituzione orientato dalla psicoanalisi**

27 febbraio 2016

la sede e l'indirizzo saranno indicate più avanti sul sito [www.slp-cf.it](http://www.slp-cf.it)

Venezia

## ASSOCIAZIONE MONDIALE DI PSICOANALISI

X Congresso

**Il corpo parlante. Sull'inconscio nel XXI secolo**

25-28 aprile 2016

Hotel Sofitel - Copacabana

Rio de Janeiro

<https://www.congressoamp2016.com>



## SCUOLA LACANIANA DI PSICOANALISI

XIV Convegno

**Il tempo e l'atto nella pratica della psicoanalisi**

11 e 12 giugno 2016

la sede e l'indirizzo saranno indicati più avanti sul sito [www.slp-cf.it](http://www.slp-cf.it)

Milano

## NEW LACANIAN SCHOOL

XIV Congrès

**Signes discrets dans les psychoses ordinaires. Clinique et traitement**

2 e 3 luglio 2016

la sede e l'indirizzo saranno indicati più avanti sul sito

Dublino

[www.amp-nls.org/page/fr/170/le-congrs](http://www.amp-nls.org/page/fr/170/le-congrs)



# APPUNTI

Scuola Lacaniana di Psicoanalisi  
del Campo Freudiano

ANNO XIX - N. 131  
SETTEMBRE 2015