

La psicoterapia e il suo contesto. Un caso di mancata analisi della domanda

Renzo Carli*

Abstract

Viene analizzato criticamente il caso clinico presentato da Sigmund Freud nel lavoro *Psicoanalisi 'selvaggia'* del 1910. L'analisi del caso, condotta con i criteri dell'analisi della domanda, consente di proporre la stretta relazione tra problemi clinici e contesto entro il quale essi vengono analizzati in funzione psicoterapeutica. Si estende quindi la nozione di psicoterapia a un'area molto ampia dell'intervento psicologico clinico, in funzione di una prassi che tenga conto della relazione tra problema presentato allo psicologo clinico e influenza sul problema del contesto.

Parole chiave: psicoterapia; psicoanalisi; intervento psicologico clinico; contesto d'intervento; analisi della domanda.

Premessa

Psicoterapia: un termine che ha subito, negli ultimi cinquanta anni, una profonda mutazione. Quando ho iniziato i miei studi di psicologia clinica, all'inizio degli anni sessanta, per psicoterapia s'intendeva ogni tipo d'intervento psicologico volto a perseguire un cambiamento. Cambiamento della singola persona, di un gruppo sociale quale il gruppo – classe entro una scuola, di un'organizzazione produttiva o di servizio. La psicoterapia, quindi, aveva tre caratteristiche peculiari:

- non era vincolata a specifiche tecniche d'intervento;
- non era orientata a obiettivi di guarigione, bensì a obiettivi di cambiamento¹;
- poteva essere attuata entro i più diversi contesti ove operavano gli psicologi.

Con il passare degli anni, per motivi che in altri contributi ho approfondito, il termine di psicoterapia ha assunto significati molto diversi. Oggi si tende a definire come psicoterapia un intervento psicologico o medico fondato su specifiche tecniche (psicoanalitica, cognitiva, sistemica, transazionale ...) e motivato dalla diagnosi di specifiche forme psicopatologiche.

Psicoterapia, quindi, quale ombrello sotto il quale situare diverse ma precise attività d'intervento, definite dalla tecnica entro la quale si è formato lo psicoterapista.

La tecnica non qualifica l'intervento in base alla forma psicopatologica. Per intenderci, una persona diagnosticata come affetta da un "disturbo di panico" o da un "disturbo narcisistico di personalità" può rivolgersi a uno psicoanalista e verrà trattato con un trattamento psicoanalitico; oppure potrà rivolgersi a uno psicoterapista cognitivista e verrà trattato con l'omonima forma di psicoterapia. La differenziazione delle differenti forme di psicoterapia concerne la tecnica e il contesto d'applicazione, non la problematica psicopatologica entro la quale la psicoterapia viene applicata.

*Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Editor-in-chief della *Rivista di Psicologia Clinica* e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Per una riflessione sulla cultura del "cambiamento" che caratterizzava l'impegno professionale degli psicologi negli anni Sessanta e Settanta del Novecento, si veda Carli e Ambrosiano, 1982.

L'ancoraggio della psicoterapia alla psicopatologia, d'altro canto, ha effetti ben precisi sulla stessa psicoterapia: essa è rivolta a singoli individui, in quanto la psicopatologia concerne sempre e solo singole persone; la psicoterapia non riguarda, quindi, la relazione tra le persone e il loro contesto di appartenenza, sia esso familiare, amicale, lavorativo o altro. La psicoterapia, così intesa, è volta alla "guarigione" della forma psicopatologica, e questa finalità viene sostenuta contro ogni evidenza, in quanto è l'unica finalità che sembra legittimare l'operato dello psicoterapista.

Già alcuni anni fa, abbiamo proposto di sostituire il binomio *psicopatologia – guarigione* con quello *problema – analisi della domanda*.

Non mi dilungo sul tema, ampiamente trattato in molti lavori teorici e clinici. E' peraltro importante sottolineare, nell'ambito della tematica che intendo trattare in questo contributo, come l'attenzione al problema posto allo psicoterapista consenta a questi di intervenire nei più differenti contesti. Il problema posto con la domanda è, sempre, un problema di relazione e può concernere le più diverse aree della relazione stessa. Il setting della psicoterapia non è quindi vincolato dalle condizioni specifiche di un intervento con la singola persona.

Una notazione in proposito.

Negli anni Sessanta – Ottanta del Novecento, l'orientamento culturale prevalente, in Italia, era coerente con i profondi cambiamenti della cultura europea. Un orientamento che si fondava sulla valorizzazione delle diversità, sulla condanna di ogni discriminazione del diverso, sulla messa in discussione di ogni principio di autorità volto a vincolare la libertà di espressione e di creatività dei gruppi sociali, sul fondamentale apporto delle culture giovanili allo sviluppo sociale, sul valore della trasgressione, sul superamento dei vincoli violenti che la tradizione conservatrice aveva posto alla creatività e all'immaginazione.

Di qui alcuni cambiamenti nell'ambito di istituzioni simbolo della vecchia cultura: la chiusura degli ospedali psichiatrici, l'abolizione della classi speciali o dell'istruzione differenziale nella scuola dell'obbligo, l'inserimento dei disabili entro le classi curricolari, uno sforzo collettivo per creare condizioni di accettazione e di sviluppo per ogni forma di marginalità sociale.

Oggi stiamo assistendo all'affermarsi, più o meno esplicito, di un orientamento opposto a quello appena ricordato. Da una ventina d'anni, nella cultura italiana, prevale una sorta di analfabetismo di ritorno nei confronti della diversità sociale. La discriminazione nei confronti dei "diverso", in tutte le sue forme, da strisciante si fa endemica e palese. Una discriminazione che assume, peraltro, forme più sofisticate, più "scientifiche", fortemente ancorate a modelli acriticamente accettati da un potere sociale interessato ad appoggiare la discriminazione sul modello medico. La psicopatologia ha assunto, in questa tendenza discriminatoria, una sua funzione rinnovata. Si pensi, ad esempio, al tema della "genitorialità": un'invenzione volta a creare e giustificare "scientificamente" una nuova dimensione individuale atta a "misurare" l'attitudine delle singole persone a essere buoni genitori. Sulla base del rilievo di due componenti "attitudinali", quella volta a dare affetto al figlio e al contempo quella di dare limiti normativi al figlio stesso. Il rilievo della genitorialità conferisce, oggi, a molteplici operatori dei servizi sociali (psicologi, assistenti sociali, educatori) un potere decisionale volto ad esempio a sottrarre i figli ai genitori che non manifestano in sufficiente grado tale genitorialità. Sottrarre i figli ai genitori: un potere violento e minacciante che sembra dare rilievo, finalmente, a operatori caratterizzati da scarso prestigio e da irrilevanza sociale, facendone i giudici senza appello della relazione tra genitori e figli, pronti a sottrarre i figli, per l'invio ad esempio entro case – famiglia, ai genitori deficitari nella genitorialità.

L'inserimento del disabile a scuola si è sempre più trasformato nella creazione di una sorta di "ghetto" ove relegare il disabile e gli adulti che del disabile si occupano, insegnante di sostegno, assistente educativo culturale.

I vecchi e nuovi malati mentali sono, sempre più spesso, vittime di nuove forme di discriminazione culturale e sociale, relegati entro gruppi familiari abbandonati a se stessi, senza sostegno, senza strumenti adeguati per affrontare la malattia mentale o la disabilità grave. L'inefficienza endemica dei servizi di salute mentale, dagli obiettivi incerti, rende sempre più frequente la psichiatrizzazione dell'intervento da parte degli operatori dei servizi stessi. Per non parlare degli immigrati, delle persone a basso tasso d'istruzione, sempre più marginali nella discriminazione ingravescente.

L'inversione di tendenza della cultura, coincidente con la sterzata a destra dell'orientamento politico nel nostro paese, sta creando nuove forme di discriminazione in molti ambiti della convivenza. La psicoterapia

con la sua attenzione alla psicopatologia dei singoli individui, più che ai problemi dei contesti, è una possibile espressione di questa problematica.

Di tutto questo tratterò nel presente contributo.

Un invito, prima di dar inizio all'analisi del caso caratterizzato da una mancata analisi della domanda: l'invito a leggere le pagine che seguono non solo "alla lettera", ma anche al significato metaforico che il caso assume entro la tesi che intendo sviluppare.

"Psicoanalisi 'selvaggia'": un caso clinico particolare

Qualche giorno fa si presentò da me durante la mia ora di consultazione, protetta da una amica che l'accompagnava, una signora di mezza età, la quale accusava stati d'angoscia. Più vicina ai cinquanta che ai quarant'anni, appariva nel complesso ben conservata, e chiaramente non aveva ancora rinunciato alla sua femminilità. Motivo occasionale dell'insorgere dello stato morboso era stata la separazione dal suo ultimo marito; ma l'angoscia si era considerevolmente accentuata, a quanto essa diceva, dopo aver consultato, nel quartiere di periferia dove risiedeva, un giovane medico, giacché questi le aveva dichiarato che la causa della sua angoscia erano le sue esigenze sessuali (Freud, 1910/1974, p. 325).

Con queste parole Freud dà inizio al suo lavoro: *Psicoanalisi 'selvaggia'*, pubblicato nel 1910.

Il contesto, dunque, è l'ora di consultazione che Freud dedicava alle prime visite, volte a valutare le domande di analisi che gli pervenivano nel suo studio viennese.

Guardiamo attentamente alle parole utilizzate in queste poche righe. La donna "accusava stati d'angoscia", e tale evento è subito classificato da Freud quale "stato morboso". Quindi come "malattia", o se si vuole come evento "patologico". Interessante la frase successiva: "motivo occasionale dell'insorgere dello stato morboso era stata la separazione dal suo ultimo marito". Sottolineo il "motivo occasionale". Se si accetta la definizione di "stato morboso", in riferimento all'angoscia, allora la separazione dall'ultimo marito non può essere che un motivo occasionale, senza peraltro alcuna ipotesi sulla relazione tra il motivo occasionale e la patologia "angoscia", o il sintomo "angoscia". L'impostazione che Freud dà al suo resoconto sul caso non è dissimile da quell'impostazione, da Freud stesso considerata profondamente errata e minacciante la credibilità della psicoanalisi, che ne diede il giovane medico della periferia viennese.

Vediamone i motivi; motivi a nostro modo di vedere istruttivi circa un aspetto della psicoanalisi che mostra tutti i suoi limiti, nel lavoro del quale stiamo parlando; si tratta di una problematica più o meno consapevolmente presente ancora oggi nel lavoro psicoanalitico, quando il modello pulsionale viene acriticamente utilizzato come spiegazione della sintomatologia nevrotica.

Il giovane medico aveva applicato, sia pur ingenuamente, il modello pulsionale alla lettera: le "esigenze" sessuali causavano l'angoscia nella signora cinquantenne che, vista la separazione dal marito, non aveva più occasione di soddisfarle entro una relazione sessuale. Quindi: la donna aveva pulsioni sessuali insoddisfatte, che generavano, proprio perché insoddisfatte, angoscia. Per eliminare il sintomo bastava trovare un modo per soddisfare le esigenze (o pulsioni) sessuali: trovarsi un'amante, masturbarsi o tornare dal marito, furono i consigli del medico. Si potrebbe dire che, fortunatamente, non si propose quale possibile interlocutore per il soddisfacimento inespresso. E quest'ultima considerazione, particolarmente problematica, dovrebbe far riflettere quei sedicenti colleghi che, seguendo la diagnosi del giovane medico, propongono se stessi quale rimedio, in casi simili.

Parliamo ora delle obiezioni di Freud all'iniziativa del giovane medico, così come gli era stata riferita dalla signora in questione. Nel lavoro che stiamo discutendo, è importante sottolinearlo, Freud si disinteressa del caso clinico, per occuparsi approfonditamente del medico e del suo operato, considerato come disdicevole per il prestigio della psicoanalisi.

La prima obiezione concerne gli "errori scientifici" del medico. Errori consistenti nell'*identificare la vita sessuale secondo il buon senso*; quel "senso popolare" per cui "per bisogni sessuali altro non s'intende che il bisogno del coito o di analoghe manovre determinanti l'orgasmo e l'emissione della sostanza seminale." (Freud, 1910/1974, p. 326).

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

5

Carli, R. (2014). La psicoterapia e il suo contesto. Un caso di mancata analisi della domanda [Psychotherapy and its context. A case of lacking analysis of demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Freud rivendica alla psicoanalisi l'ampliamento della nozione di sessualità, ben al di là dell'ambito usuale; un ampliamento che lo porta a preferire il termine di *psicosessualità* a quello comune e scontato di sessualità.

Sappiamo pure da gran tempo che l'insoddisfazione psichica, con tutte le sue conseguenze, può sussistere anche quando non manca il normale rapporto sessuale; e abbiamo sempre presente, in quanto terapeuti, che le tendenze sessuali insoddisfatte – i cui soddisfacimenti sostitutivi sotto forma di sintomi nervosi noi combattiamo – spesso possono scaricarsi solo in misura minima mediante il coito o altri atti sessuali (Freud, 1910/1974, p. 327).

Più in là dice, riferendosi all'operato del giovane medico e dei suoi "consigli" alla paziente sofferente d'angoscia: "Chi annette importanza esclusivamente al fattore somatico della sessualità, certamente si semplifica di molto il problema, ma la responsabilità del suo modo di procedere è soltanto sua" (Freud, 1910/1974, p. 327).

Veniamo ora alla seconda critica, per me la più importante entro la proposta freudiana. Dice Freud:

E' vero che la psicoanalisi afferma che il mancato soddisfacimento sessuale è la causa dei disturbi nervosi. Ma non dice anche qualcosa di più? E' da ignorare, come troppo complicato, l'insegnamento secondo cui i sintomi nervosi scaturiscono da un conflitto tra due forze, la libido (fattasi in genere eccessiva) e un rifiuto o una rimozione troppo severa della sessualità?

[...]

Buona parte di questi individui è del resto incapace, per le condizioni particolari in cui si trova, o comunque in generale, di un tale soddisfacimento. Se ne fossero capaci, se non avessero le loro resistenze interne, la forza della pulsione stessa indicherebbe loro la via del soddisfacimento anche senza il consiglio del medico. (Freud, 1910/1974, p. 327).

Freud, dunque, ci propone alcune affermazioni chiare:

- Il mancato soddisfacimento sessuale è causa delle nevrosi;
- La sessualità è conseguenza di un fattore somatico e di un fattore psichico;
- Il fattore psichico della sessualità consiste nel conflitto tra libido o pulsione sessuale da un lato, rifiuto o rimozione troppo severa della sessualità dall'altro;
- I sintomi nevrotici sono la conseguenza di tale conflitto.

Più avanti nello stesso lavoro, Freud affermerà: "Alcune affezioni nervose, e cioè le cosiddette *nevrosi attuali*, come la nevrastenia tipica e la nevrosi d'angoscia vera e propria, dipendono chiaramente dal fattore somatico della vita sessuale, mentre non abbiamo finora alcuna idea chiara della funzione svolta in esse dal fattore psichico e dalla rimozione." (Freud, 1910/1974, p. 328).

Per Laplanche e Pontalis (1967/1973), la nevrosi attuale è un tipo di nevrosi che Freud distingue dalle psiconevrosi per le seguenti caratteristiche:

a – l'origine delle nevrosi attuali non va cercata nei conflitti infantili, bensì nel presente;

b – i loro sintomi non sono un'espressione simbolica e sovraderminata, ma risultano direttamente dall'assenza o dall'inadeguatezza del soddisfacimento sessuale.

Alle due sopra citate, Freud propone successivamente di inserire nelle nevrosi attuali anche l'ipocondria.

Interessante notare che, nella definizione proposta da Laplanche e Pontalis per le nevrosi attuali, compare l'ipotesi che i sintomi delle psiconevrosi siano l'espressione di un processo simbolico e di una sovradeterminazione, ovvero di una determinazione multipla².

² I due Autori così definiscono la sovradeterminazione:

Il fatto che una formazione dell'inconscio – sintomo, sogno, ecc. – rinvia a una pluralità di fattori determinanti. Ciò può essere inteso in due sensi diversi:

a – la formazione considerata è la risultante di più cause, mentre una sola non basta a spiegarla;

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Nelle affermazioni freudiane compare una profonda contraddizione: il conflitto, nell'ottica "economica", si risolve entro una contrapposizione tra "forze", la forza della pulsione e quella della resistenza, del rifiuto o della rimozione. Nell'ottica dinamica, di contro, la rimozione è strettamente collegata alla trasformazione di una "forza", la pulsione, in un suo equivalente simbolico. Tutto questo apre all'interessante tema della simbolizzazione in psicoanalisi, al suo stare alla base del modo di essere inconscio della mente e alla drastica contrapposizione tra modello psicoanalitico fondato sulle caratteristiche del modo di essere inconscio della mente e modello psicoanalitico fondato sulla nozione di pulsione (modello cosiddetto economico).

Ma non è di questo che intendo trattare in queste pagine.

Vorrei considerare la situazione, descritta da Freud, nel suo complesso. Quella "difficile situazione in cui mi sono venuto a trovare in seguito a questa visita" (Freud, 1910/1974, p. 325).

Vediamo, in primo luogo, che la signora in questione non si presenta a Freud "da sola", bensì "protetta da un'amica". Consideriamo cosa dice Freud dell'amica: "L'amica, una signora più anziana, sciupata e dall'aspetto poco sano, mi scongiurò di assicurare la paziente che il medico l'aveva ingannata. La realtà non poteva essere questa, dato ch'essa stessa era vedova da molti anni, e pure si era sempre comportata in modo irreprensibile senza soffrire d'angoscia"(Freud, 1910/1974, p. 325).

Possiamo commentare la situazione nella quale si è trovato Freud: il problema presentato a Freud vedeva implicate tre persone: la signora con l'angoscia, che si era da poco separata dall'ultimo marito; l'amica vedova, sciupata ma irreprensibile; il medico della periferia viennese che aveva fatto diagnosi di nevrosi basata sul mancato soddisfacimento sessuale di una donna senza più il marito; un marito che si era allontanato da lei, senza che nella presentazione del caso ci sia una qualche precisazione in merito.

Il medico, ma anche Freud nel suo commento alla situazione, si sono orientati ad assumere che ci fosse una diretta relazione tra l'angoscia e il mancato soddisfacimento sessuale. Sia pure con una ben diversa analisi della relazione tra pulsione sessuale, suo soddisfacimento e sintomatologia nevrotica.

Ciò ha impedito al medico di cogliere il senso emozionale della sua relazione con la signora e di analizzare il senso della domanda che la signora stessa gli poneva. Si potrebbe dire che la "fretta" di "fare diagnosi", utilizzando sia pur in modo ingenuo e incompetente le nuove ipotesi suggerite dalla psicoanalisi, gli ha impedito di approfondire l'analisi delle dinamiche relazionali che la signora agiva con lui attraverso la sua domanda.

Freud si sofferma sugli errori del medico e sulla loro pericolosità per la psicoanalisi, senza cogliere quale fosse la domanda "agita" nell'ora di consultazione dalle due donne che a lui si erano presentate. Torneremo tra breve su questa mancata "analisi della domanda".

La domanda al medico e la segnalazione del disagio

Allontaniamoci per un momento dal caso presentato nel lavoro freudiano, per considerare il "sintomo – angoscia" presentato dalla signora "malata".

Georges Canguilhem (1966/1998), nel suo importante lavoro *Il normale e il patologico* più volte afferma come la malattia abbia inizio, per il medico, solo tramite il vissuto di malattia che motiva una persona a denunciare il disagio e a rivolgersi al medico.

Riporto alcuni passi di Canguilhem (1966/1998) al proposito:

Non converrebbe, in fin dei conti, affermare che il fatto patologico non è percepibile come tale, cioè come alterazione dello stato normale, se non a livello della totalità organica e, nel caso dell'uomo, a livello della totalità individuale cosciente, in cui la malattia diventa una specie di male?" (p. 62).

b – la formazione rinvia a molteplici elementi inconsci, che possono organizzarsi in sequenze significative diverse, di cui ciascuna, a un certo livello di interpretazione, possiede una propria coerenza.

Questo secondo senso è quello più generalmente ammesso (Laplanche & Pontalis, 1967/1973, p. 573).

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

7

Carli, R. (2014). La psicoterapia e il suo contesto. Un caso di mancata analisi della domanda [Psychotherapy and its context. A case of lacking analysis of demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-17.

Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

[...] è perché ci sono uomini che si sentono malati che c'è una medicina, e non perché vi sono dei medici che gli uomini apprendono da essi le proprie malattie. L'evoluzione storica dei rapporti tra il medico e il malato nella consultazione clinica, non modifica in nulla il rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia” (p. 67).

Jaspers ha visto bene quali sono le difficoltà di questa determinazione medica del normale e della salute:

“E' il medico colui che meno ricerca il senso delle parole 'salute e malattia'. Dal punto di vista scientifico, egli si occupa dei fenomeni vitali. E' la considerazione dei pazienti e delle idee dominanti l'ambiente sociale che, più del giudizio dei medici, determina ciò che si chiama 'malattia'”³ (p. 93).

E' esatto che, in medicina, lo stato normale del corpo umano sia lo stato che si spera di ristabilire. Ma è perché ad esso la terapeutica mira come al buon fine da raggiungere, che si deve dirlo normale, oppure è perché esso viene considerato normale dall'interessato, vale a dire dal malato, che la terapeutica ne fa il proprio obiettivo? (p. 96).

Distinguendo anomalia e stato patologico, varietà biologica e valore vitale negativo, si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia. (p. 146).

La frontiera tra il normale e il patologico è imprecisa per individui diversi considerati simultaneamente, ma è estremamente precisa per un solo e medesimo individuo considerato successivamente. Ciò che è normale in quanto normativo in condizioni date, può divenire patologico in un'altra situazione, se si mantiene identico a se stesso. Di tale trasformazione è giudice l'individuo, in quanto è lui a patirne, nel momento stesso in cui si sente inferiore ai compiti che la nuova situazione gli pone (p. 147).

Il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico (p. 171).

Potrei continuare a lungo nelle citazioni di una nozione che Canguilhem pone alla base della sua disamina sul normale e il patologico: *è l'individuo, con la sua decisione soggettiva, che definisce il suo stato come normale o patologico*. Il medico interviene solo e soltanto nei casi ove la soggettività dell'individuo arriva alla decisione di consultarlo e di ricorrere alla sua diagnosi e alla sua cura. La diagnosi medica, quindi, è solo secondaria alla diagnosi soggettiva dell'individuo che decide per un suo disagio.

Corollario di questa affermazione è il fatto che il medico interviene sulla malattia diagnosticata secondo i parametri medici della fisiologia – patologia, mentre non può e non vuole intervenire sul “rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia”, per dirla con Canguilhem; il medico, utilizzando i termini che ci sono più usuali, non può e non vuole intervenire sulla soggettività del paziente, vale a dire sul *vissuto di malattia* che caratterizza ciascun malato in modo diverso e irripetibile.

Possiamo quindi proporre la seguente affermazione: nel momento in cui un individuo si percepisce soggettivamente come malato, e si rivolge per questo al medico, quest'ultimo si occuperà del male definito secondo i parametri della scienza medica, più specificamente della relazione tra fisiologia e patologia; patologia generale e patologie speciali, medica, chirurgica, ostetrica, pediatrica, neurologica ecc.

Il vissuto di malattia, la soggettività dell'individuo nel suo vivere quale malato, non è presa in carico dal sistema sanitario, se non entro le rigide regole del gioco che definiscono la relazione tra malato e sistema sanitario stesso, inteso quest'ultimo in tutte le sue declinazioni, dalla visita medica ambulatoriale all'assistenza domiciliare o all'assistenza ospedaliera (Carli, 2013).

Nella sua ricerca di dati oggettivi, seguendo le indicazioni di Canguilhem, il medico si dimentica della soggettività che caratterizza la domanda del malato; in altri termini, “il medico ha la tendenza a dimenticare

³ Jaspers, 1933, *Psychopathologie générale*, p.5.

che sono i malati a chiamare il medico”. Nell’atto di rivolgersi al medico, da parte di chi decide soggettivamente di fare questo passo, è insita la domanda del futuro paziente. Chi va dal medico, per diventare paziente o malato, vuole in alcuni casi, deve comunque veder oggettivata la sua domanda entro le categorie diagnostiche.

La domanda di psicoterapia e il caso di “Psicoanalisi ‘selvaggia’”

Il nostro problema concerne le trasformazioni che subisce la domanda, quando una persona si rivolge allo psicoterapista. In particolare quando si rivolge allo psicoanalista. Ecco il tema di questo lavoro.

In particolare, l’interrogativo che vogliamo proporre con forza concerne il modo di procedere dello psicoanalista: seguirà la strada del medico cercando una relazione tra il disagio denunciato dal paziente e una qualche teoria psicopatologica? Oppure si occuperà dei problemi della soggettività insiti nella relazione di domanda? In altri termini, lo psicoanalista confronterà i sintomi, che il paziente gli propone, con una qualche ipotesi genetica del disturbo, o analizzerà le componenti simboliche della relazione che il paziente istituisce con lui tramite la domanda? Si tratta di due modi di intendere la psicoanalisi molto diversi tra loro e, a mio modo di vedere, non conciliabili. Anche il rapporto con il contesto è diverso, nei due casi. Nel primo caso, la *reductio ad unum* del contesto d’intervento, univocamente inteso come “seduta psicoanalitica con il lettino e quel che segue”, rende necessario il tradizionale setting psicoanalitico inaugurato da Freud; in questo caso si identifica la psicoanalisi con le condizioni tradizionali del setting e si differenzia in tal modo il lavoro psicoanalitico da tutto ciò che psicoanalisi non è. Nel secondo caso, di contro, la “seduta sul lettino” è solo uno dei modi di lavorare dello psicoanalista, in quanto l’analisi della domanda può comportare interventi non strettamente connessi alla stanza d’analisi, pur comportando setting rigorosi e modi d’intervento tecnicamente competenti, anche se differenti da quelli che la tradizione psicoanalitica ci ha abituati a considerare.

Torniamo ora al caso presentato da Freud in *Psicoanalisi ‘selvaggia’*.

La signora in questione “accusa stati d’angoscia”, dice Freud. Già nell’espressione “accusare stati d’angoscia”, la terminologia “medica” utilizzata dal padre della psicoanalisi sembra indicare la strada che egli intende seguire. La stessa strada seguita dall’escrabile giovane medico della periferia viennese, anche se quest’ultimo agì con molte più ingenuità. E’ la strada per cui l’angoscia è solo e soltanto il sintomo di una psicopatologia: si può solo citare, ad esempio, la “nevrosi d’angoscia”, una malattia appartenente alle nevrosi attuali e caratterizzata dall’accumulazione di una eccitazione sessuale che si trasferisce direttamente nella manifestazione di specifici sintomi, senza mediazione psichica; ma anche l’“isteria d’angoscia”, una nevrosi in cui il sintomo principale, il sintomo che la caratterizza, è la fobia. Si potrebbe continuare a lungo nel declinare le differenti forme psicopatologiche proposte da Freud; stati morbosi centrati sulle diverse, possibili manifestazioni di un evento, l’angoscia, che sembra centrale entro le problematiche che lo stesso Freud cercava di sistematizzare, sulla base della sua esperienza clinica, agli albori della psicoanalisi.

Proviamo, per un attimo, ad allontanarci dall’espressione “accusa stati d’angoscia” e sentiamoci liberi di pensare che “angoscia” è un’emozione molto comune a diverse, numerosissime evenienze della vita, in ciascuno di noi. Angoscia deriva dal latino *angustia* che significa l’essere stretto, angusto appunto; deriva, a sua volta, da *angor-oris* che vale stretta spasmodica della gola, senso di soffocamento, ma anche stretta al cuore, angoscia, affanno, inquietudine. E’ importante sottolineare come l’angoscia, o se si vuole l’ansia (che deriva dallo stesso etimo), sono fenomeni comuni della vita quotidiana di ciascuno di noi. E’ importante sottolineare, inoltre, che la risposta emozionale d’angoscia è sempre il risultato di una trasformazione simbolica nei confronti di un elemento della realtà che noi stiamo vivendo. In quest’ottica, è molto critica la distinzione proposta da Freud e frequentemente ripresa, tra “angoscia di fronte a una situazione reale” ove l’angoscia è la reazione a un pericolo esterno che costituisce, per chi prova ansia, una minaccia reale, e l’“ansia nevrotica”⁴ intesa quale risposta emozionale a un pericolo “interno” e capace di trasformarsi percorrendo tre strade:

⁴ Si veda in proposito, è solo un esempio, Ancona L. (1963), *La psicoanalisi*, La Scuola, Brescia.

- la *free floating anxiety* quale stato apprensione generale, di ansietà senza oggetto;
- la fobia o ansietà legata a specifici oggetti (si veda la fobia per i cavalli del “piccolo Hans”);
- la somatizzazione dell’ansietà, come nelle paralisi isteriche.

L’ansia, o l’angoscia, sono sempre, a mio modo di vedere, la risposta a una simbolizzazione emozionale di aspetti della realtà. La distinzione tra fatti e vissuti, che più volte sottolineiamo come rilevante, nella nostra proposta teorica, aiuta a capire che l’ansia è sempre un vissuto; come tale è in relazione con la trasformazione simbolica di un evento che è irrilevante cercare di definire quale evento di realtà o evento interno. Noi conosciamo la realtà solo trasformandola in evento interno, tramite la simbolizzazione affettiva. La signora che si presentò a Freud nell’ora di consultazione, provava, in alcuni momenti, uno stato di ansietà che lei stessa viveva come fastidioso, al punto da portarla dal giovane medico prima, da Freud dopo. E’ curioso che entrambi i medici abbiano fatto, immediatamente, ricorso alle esigenze sessuali insoddisfatte della donna, piuttosto che pensare alla separazione dal marito o a altri eventi che la donna poteva trasformare simbolicamente in stimoli angoscianti. Non ultima, potremmo suggerire, la presenza dell’amica sciupata, dall’aspetto poco sano e al contempo petulante nel reclamare, per entrambe, quell’irrepressibile astinenza sessuale che, come suggerisce lo stesso Freud, faceva all’amica stessa così male.

Se l’angoscia è vista automaticamente come una risposta psicopatologica ad un conflitto non risolto, allora la diagnosi è automatica, così come è in qualche modo automatica la strada da seguire per la cura. Si tratta solo di decidere se siamo di fronte ad una nevrosi attuale, caso in cui le prescrizioni “sessuali” del giovane medico, inesperto in psicoanalisi, non sono poi così “sbagliate”, come lo stesso Freud è costretto ad ammettere verso la fine del suo lavoro; oppure se siamo confrontati con una psiconevrosi, e allora il lavoro sarà più lungo e complesso, dovendosi affrontare il conflitto tra pulsioni “sessuali”, nel senso più lato del termine, e rifiuto severo della sessualità, quale deriva da altre istanze psichiche. Qui vale l’indicazione di Strachey (1934) circa l’istituzione, nel mondo interno del paziente, di un Super Io meno severo di quello originariamente presente al momento iniziale della cura. Tutto ciò è possibile, dice Strachey, tramite l’interpretazione mutativa.

In altri termini: una signora va dal medico perché l’angoscia caratterizzante il suo vissuto è fastidiosa e, a quanto sembra, insopportabile. Dice che si è separata dal suo ultimo marito, lasciando supporre di aver avuto anche un altro o altri mariti, senza che sia esplicitato se la donna è rimasta vedova o ha avuto, anche in precedenza, esperienze di separazione. La prima cosa che, a detta della donna, viene alla mente del medico è che l’insoddisfazione sessuale sia la causa dell’angoscia. E’ su questa ingenuità arida e gretta che Freud discute, preoccupato della critica pansessualista rivolta, al tempo, alla teoria psicoanalitica.

Non viene alla mente che il giovane medico fosse piuttosto ingenuo e umanamente poco sensibile, nell’attribuire l’angoscia alle esigenze sessuali della signora? Non sembra che la separazione dal marito possa essere motivo d’angoscia? Di fatto, non si esplorano i motivi della separazione, non si approfondisce la dinamica della vicenda. Già, ma con quale teoria eziologica della nevrosi si poteva analizzare l’angoscia, se la si considerava motivata dalla separazione, dalle vicende esistenziali della donna, in una parola dalla sua modalità di simbolizzare emozionalmente le relazioni della sua vita?

Un ulteriore interrogativo concerne l’argomentazione con cui Freud corregge l’operato del giovane collega che, in nome della psicoanalisi⁵, aveva prescritto alla donna una sessualità agita tramite le tre possibili strategie del trovarsi un amante, del masturbarsi o del tornare dal marito dal quale si era separata. Freud dice in proposito: “Se ne fossero capaci, se non avessero le loro resistenze interne, la forza della pulsione stessa indicherebbe loro la via del soddisfacimento, anche senza il consiglio del medico. Che senso può dunque avere un consiglio come quello che si presume abbia dato quel medico alla nostra signora?” (Freud, 1910/1974, p. 327).

Freud stesso, quindi, non sembra attento alla stupidità dei consigli dati dal medico, privi di ogni attenzione alla signora e alle sue emozioni, preso com’è - il giovane medico - dall’identificazione della mancata soddisfazione delle esigenze sessuali con, ad esempio, l’ipoglicemia o con una disfunzione epatica o con l’aumento di specifiche tossine in circolo. Qui non si tratta di tatto e discrezione, come consiglia Freud: “[...] un medico, quando ritiene necessario trattare con una donna il tema della sessualità, deve farlo con tatto e

⁵ Nell’opera della quale stiamo parlando, a p. 326, Freud afferma: “Il medico non poteva tuttavia ignorare che alla psicoanalisi viene mossa insistentemente l’accusa di allargare il concetto di sessualità molto al di là dell’ambito usuale”.

discrezione” (Freud, 1910/1974, p. 326). Questo non è un problema di tatto e discrezione, è un problema di incapacità di analisi della relazione e della cultura implicita nella relazione stessa. Una insensibilità culturale che appare tale anche agli inizi del novecento.

Proviamo ora a guardare all’episodio, nell’ottica dell’analisi della domanda. Ritengo che la situazione descritta da Freud ponga problemi, profondi e seri, che solo con l’analisi della domanda possono essere affrontati. Per far questo, d’altro canto, è necessario abbandonare la teoria delle pulsioni, con la grave problematica che questa teoria porta con sé, e guardare agli eventi della relazione, non del singolo individuo. Ai problemi della relazione e alla simbolizzazione emozionale che la connota. In altri termini, si tratta di sostituire la teoria delle pulsioni con una teoria che prenda in considerazione il modo di essere inconscio della mente e la teoria delle emozioni che il funzionamento dell’inconscio comporta. Le emozioni, in questo ambito, corrispondono al vissuto (emozionale) che caratterizza – sarebbe meglio dire “che è” – la simbolizzazione affettiva con la quale costruiamo la realtà. Nel caso proposto da Freud, possiamo far riferimento a pochi indizi, anche se non irrilevanti. La signora è “ben conservata” e chiaramente “non ha ancora rinunciato alla sua femminilità”. Ecco un’affermazione – proposta da Freud per descrivere un aspetto della donna in questione ma anche del contesto che caratterizza la sua consultazione - a dir poco irritante. Cosa vuol dire quell’*ancora*, rispetto alla rinuncia alla femminilità? Se identifichiamo femminilità con sessualità, o meglio con l’agito sessuale, con l’aver rapporti e soddisfacimento sessuale, l’affermazione di Freud significa che la signora provava “ancora” il desiderio di fare all’amore, nonostante la sua età (più vicina ai cinquanta che ai quaranta). E’ questo il problema che spinge la donna dal medico? La donna, peraltro, non parla di “sesso”, ma di relazioni affettive; si è separata dal marito e sta con un’amica più anziana, dall’aspetto poco sano, sciupata. Un’amica che sembra rappresentare la “fine temuta” dalla signora (non voglio fare la fine di questa donna), non in relazione alla sessualità agita ma alla perdita di un legame vitale. L’amica vedova non è così mal ridotta per il fatto di vivere nell’astinenza sessuale, ma vive nell’astinenza sessuale come valore, perché propugna una cultura mortifera, sacrificale. Possiamo quindi affermare che la signora va dal medico, e poi da Freud, perché teme di perdere la *voglia di vivere, l’interesse per le cose, per gli altri, la ricchezza delle simbolizzazioni affettive gratificanti, le relazioni sociali che arricchiscono la cultura e che danno un senso alla propria esistenza*. La femminilità può caratterizzare in modo intenso anche una donna di novant’anni, mentre può essere ben poco presente in una donna trentenne, sia pur dall’intensa vita sessuale. Tra sessualità agita e femminilità c’è una profonda differenza.

Forse bastava parlare alla donna, per capire il motivo della sua andata dal medico della periferia viennese, così come il motivo del suo recarsi da Freud. Siamo almeno legittimati, anche dalle poche cose che Freud racconta del caso, a supporre che la donna avesse problemi legati alla sua esistenza, al senso della sua esistenza.

“Non poteva tollerare, secondo il medico, la perdita del rapporto con il marito [...]” (Freud, 1910/1974, p. 325). Ancora una volta il marito è identificato, dal giovane medico, con lo strumento della sessualità, con l’oggetto delle esigenze pulsionali.

“Da allora essa si era persuasa di non poter guarire [...]”, continua Freud nel suo racconto. Su suggerimento del giovane medico, la donna va da Freud, vissuto quale giudice ultimo della vicenda, in quanto autore della nuova prospettiva psicoanalitica utilizzata per i consigli sessuali che la donna aveva rifiutato, in base ai suoi principi morali e religiosi. La donna sembra chiedere a Freud: “Che debbo fare?”, visto che tutti, il medico, l’amica e lo stesso Freud, sembrerebbe, sono presi da fantasie associate alle sue esigenze sessuali, non all’angoscia che la donna prova intensamente e che nessuno sembra voler ascoltare. Freud parla di “difficile situazione” per descrivere quanto ha provato, in seguito alla visita della signora e dell’amica. Più oltre non va. Il lavoro sembra dedicato al comportamento del giovane collega, non al caso clinico posto dalla signora. E’ interessante commentare la stolidità considerazione scritta nell’avvertenza editoriale all’edizione italiana del lavoro in esame, ove si dice testualmente: “Prendendo lo spunto da un banale episodio, Freud analizza [...]” (Freud, 1910/1974, p. 323). Il caso clinico diventa, agli occhi del curatore editoriale, un *banale episodio*; possiamo supporre che lo diventi per il fatto che quel caso clinico, pur nel suo interesse quale si evince dalle poche cose dette in proposito, non sia caratterizzato da una specifica, nuova psicopatologia. Già, la signora non portava una situazione psicopatologica ma solo un sintomo; e il problema, possiamo dire simbolico emozionale, associato a una specifica e contingente difficoltà nell’affrontare la sua esistenza.

Eccoci arrivati al punto che intendevo sottolineare. La psicoanalisi, a partire dal suo fondatore, per lungo tempo ha avuto bisogno di una diagnosi, formulata in base a un qualche modello psicopatologico, per poter operare. Freud condivide, sia pur a denti stretti, la “cosiddetta diagnosi” del giovane collega. E per certi versi non ne condanna nemmeno l’operato. Vediamo con quali parole Freud conclude il suo lavoro: “Per il caso della signora di cui abbiamo udito le lamentele contro il medico, sono propenso a credere che lo psicoanalista “selvaggio” abbia fatto per la sua paziente più di una qualche famosa autorità che le avesse raccontato ch’essa soffre di una “nevrosi vasomotoria”. Egli l’ha costretta a puntare lo sguardo sulla *vera radice del suo male*⁶, o in direzione di questa; e questo suo intervento, malgrado ogni protesta della paziente, non rimarrà senza conseguenze benefiche. Ma egli ha danneggiato se stesso, e ha contribuito ad aumentare i pregiudizi che, sulla base di comprensibili resistenze affettive, si elevano negli ammalati contro l’attività dello psicoanalista. E questo può essere evitato” (Freud, 1910/1974, p. 331).

Certo, poche righe prima Freud aveva espresso l’impressione che la donna soffrisse di isteria d’angoscia e non di una nevrosi d’angoscia che, come abbiamo detto, è una nevrosi attuale. Freud dice anche che il giovane medico non poteva saper formulare una diagnosi differenziale tra una nevrosi attuale e una isteria d’angoscia, peraltro di recente formulata quale dimensione nosografica⁷. Ricordiamolo: nella nevrosi attuale l’origine va ricercata nel presente e non nei conflitti infantili; inoltre, i sintomi delle nevrosi attuali non sono un’espressione simbolica e sovradeterminata, ma risultano direttamente dall’assenza o dall’inadeguatezza del soddisfacimento sessuale. Nell’isteria d’angoscia, di contro, va innanzitutto accettato che per isteria s’intende, in psicoanalisi, una serie di nevrosi con quadri clinici molto diversi. Le due grandi aree dell’isteria sono l’isteria di conversione e l’isteria d’angoscia. Tralasciando l’isteria di conversione, ricordiamo che l’isteria d’angoscia è una nevrosi in cui il sintomo centrale è la fobia. Freud, ricordano Laplanche e Pontalis, descrive l’isteria, quella di conversione come quella d’angoscia, come situazione ove la rimozione tende essenzialmente a separare l’affetto dalla rappresentazione. Freud, tuttavia sottolinea una specificità dell’isteria d’angoscia: la libido, che la rimozione ha staccato dal materiale patogeno, non è convertita (come, appunto, nell’isteria di conversione) ma liberata sotto forma d’angoscia. La formazione dei sintomi fobici trova la sua origine in un lavoro psichico che si esercita subito, onde legare di nuovo, psichicamente, l’angoscia divenuta libera. L’isteria d’angoscia si sviluppa, quindi, nel senso della fobia.

Certo, Freud ricorda che l’angoscia può avere manifestazioni molto varie e dipendere da differenti cause.

La signora che ha consultato il giovane medico lamentava soprattutto stati d’angoscia, ed egli ha probabilmente supposto che essa soffrisse di una nevrosi d’angoscia e si è ritenuto quindi autorizzato a suggerirle una *terapia somatica*⁸. Ecco di nuovo un comodo malinteso! Chi soffre d’angoscia non ha per ciò necessariamente una nevrosi d’angoscia; questa diagnosi non può essere tratta dal nome [del sintomo]; occorre sapere quali sono le manifestazioni della nevrosi d’angoscia e distinguerle da altri stati morbosi che si esprimono pure con angoscia (Freud, 1910/1974, p. 328).

Rimangono due interrogativi, per restare nella proposta freudiana: quali erano i sintomi fobici della signora, sintomi centrali nella isteria d’angoscia? Nel lavoro non se ne trova traccia. E poi, perché la terapia “somatica” del giovane medico, vale a dire la prescrizione di praticare atti sessuali, avrebbe avuto conseguenze benefiche, costringendo la signora a puntare il suo sguardo sulla vera radice del suo male? Anche questa affermazione lascia alquanto perplessi.

C’è infine un interrogativo che mi sembra il più interessante. L’angoscia, o se si vuole l’ansia, è la risposta a uno stress, a una situazione di disadattamento. Insomma, caratterizza la vita di ciascuno di noi. Che ruolo ha oggi l’ansia nel lavoro psicoanalitico?

⁶ Il corsivo è mio

⁷ In una nota editoriale, a pagina 328, del lavoro in esame si dice espressamente: “[L’isteria d’angoscia è stata introdotta da Freud come entità clinica non molto tempo prima di questo scritto ed è stata dal lui spiegata in connessione con l’analisi del caso del piccolo Hans (1908) pp. 565 sgg.]”.

⁸ Il corsivo è mio

Più in generale, possiamo chiederci che ruolo ha oggi la psicoanalisi, nella nostra vita. Il tema centrale di questi interrogativi concerne il contesto entro il quale opera la psicoanalisi.

Psicoanalisi e contesti

I trattamenti psicoanalitici hanno profondamente cambiato i loro obiettivi. La soluzione dei sintomi ha lasciato il passo a dimensioni ben più ambiziose e complesse, quali vengono esperite nei processi di adattamento che ognuno di noi affronta nella sua esistenza. Molte persone si rivolgono allo psicoanalista per vissuti d'ansia, fobici o depressivi, vissuti che hanno a che fare con i disturbi emotivi comuni; ma appena noi psicoanalisti siamo disposti ad ascoltare i problemi delle persone, ci si trova confrontati con difficoltà di adattamento, con vissuti conflittuali sperimentati nei più diversi contesti, con problemi di relazione familiare, lavorativa, amicale, con turbolente dinamiche emozionali che il bombardamento mediatico e l'uso smodato delle nuove tecnologie della comunicazione possono enfatizzare. Insomma, ci si trova confrontati con la sconvolgente confusione che ciascuno di noi costruisce entro le proprie relazioni sociali. Lo psicoanalista, se mai ce l'ha avuta, ha perso la funzione di guarire da specifiche psicopatologie, per acquisire quella di facilitare un pensiero sulle emozioni; un pensare emozioni che contribuisca a renderci meno dipendenti dai vissuti emozionali, meno vulnerabili nei confronti degli agiti emozionali nostri e altrui.

Ricordiamo ancora il Freud di *Psicoanalisi 'selvaggia'*:

E' un concetto da lungo tempo superato e derivante da apparenze superficiali, quello secondo il quale l'ammalato soffrirebbe per una specie d'insipienza, per cui, se si elimina questa insipienza fornendogli informazioni (sulla connessione causale della sua malattia con la vita da lui trascorsa, sulle esperienze della sua infanzia e così via) egli dovrebbe guarire. Non è un tale "non sapere" per sé stesso il fattore patogeno, ma la radice di questo "non sapere" nelle resistenze interne del malato, le quali in un primo tempo hanno provocato il "non sapere" e ora fanno in modo che esso permanga (Freud, 1910/1974, p. 329).

E' questa la psicoanalisi superata, obsoleta. La psicoanalisi che è ripiegata sul passato e sulla guarigione. La psicoanalisi che guarda alle resistenze che ostacolano il "non sapere". E' la psicoanalisi che guarda al mondo interno del singolo, senza cogliere come la dinamica simbolica, che la singola persona ci comunica, si iscriva necessariamente entro la relazione con noi, una relazione caratterizzata da specifici contesti.

Ormai molti anni fa proposi, quale condizione per il lavoro psicoanalitico, la sospensione dell'azione organizzativa. Condizione che caratterizzava il lavoro psicoanalitico nello studio con il singolo, come quello di analisi dei processi istituzionali entro le organizzazioni sociali. Oggi sono in grado di precisare meglio quel concetto. Sospendere l'azione organizzativa significa sospendere l'agito del potere entro la relazione psicoanalitica. La psicoanalisi, se intesa come pensare emozioni, comporta, per una sua fattibilità, la sospensione degli agiti fondati sulle simbolizzazioni emozionali di potere, sulle simbolizzazioni emozionali che comportano il convincimento dell'altro, il suo controllo, se si vuole anche la sua guarigione. Insomma, l'opposto di quanto fece il giovane medico della periferia viennese. Ogni potere agito, al di fuori del potere competente implicato entro specifici processi produttivi, è espressione di una relazione perversa. Sospendere l'agito del potere, quindi, significa sospendere l'agito perverso. Questa, peraltro, non è solo la condizione che rende possibile il rapporto psicoanalitico. E' anche l'obiettivo della psicoanalisi. Vorrei essere chiaro. Credo che l'obiettivo della psicoanalisi sia la sostituzione dell'agito perverso fondato sul potere, entro le relazioni che la singola persona intrattiene nella sua esperienza come nelle relazioni che caratterizzano le più differenti organizzazioni sociali e di convivenza, con l'azione orientata a realizzare "cose terze". In questo la psicoanalisi può rivendicare una funzione sociale di grande interesse e di profonda innovazione. Se vale questa proposta concernente l'obiettivo della psicoanalisi, si può comprendere come la funzione psicoanalitica guardi al futuro, al superamento della componente perversa entro le relazioni sociali, alla realizzazione degli obiettivi che caratterizzano i differenti contesti entro i quali lo psicoanalista si trova ad intervenire.

La stretta relazione tra il pensare le emozioni e l'interruzione dei circuiti fondati sull'agito emozionale perverso fonda, epistemologicamente, la psicoanalisi. Una psicoanalisi che considera superata ogni visione psicopatologica fondata sulla teoria delle pulsioni sessuali e sulla resistenza che altre istanze psichiche porrebbero alla loro realizzazione. Freud, in un passo di *Psicoanalisi 'selvaggia'* aveva profondamente ragione: la psicoanalisi ha allargato il concetto di sessualità ben al di là dell'ambito usuale. Possiamo aggiungere che questo allargamento è giunto sino al punto da rendere obsoleta la rilevanza centrale della sessualità nel determinarsi delle problematiche che portano le persone dallo psicoanalista.

Ma allora, perché il tema del superamento della perversione?

Usualmente, in psicoanalisi, si definisce quale perversione:

[la] deviazione rispetto all'atto 'sessuale normale', definito come coito volto a ottenere l'orgasmo mediante penetrazione genitale, con una persona del sesso opposto.

Si dice che vi è perversione: quando l'orgasmo è ottenuto con altri oggetti sessuali (omosessualità, pedofilia, contatti con gli animali, ecc.) o con altre zone corporee (coito anale, per esempio); quando l'orgasmo è subordinato in modo imperioso a certe condizioni estrinseche (feticismo, travestitismo, voyerismo e esibizionismo, sadomasochismo), che possono anche provocare da sole il piacere sessuale.

Più in generale, si designa come perversione l'insieme del comportamento psicosessuale che si accompagna a tali atipie nell'ottenimento del piacere sessuale. (Laplanche & Pontalis, 1967/1973, p. 378).

Come si vede, la concezione classica di perversione, se si segue l'ottica evinta dalle opere di Freud, è altamente problematica in quanto prevede, per una sua definizione, una *sessualità normale* dalla quale la sessualità perversa si discosta. Sembra che, improvvisamente, si pongano, nella definizione di perversione, due problemi epistemologici inquietanti: quando si parla, psicoanaliticamente, di perversione *si passa dai vissuti ai fatti*, ai comportamenti (volti a ottenere l'orgasmo); ci si confronta, inoltre, con la *normalità*, cosa che in nessun altro ambito della psicoanalisi avviene. L'alternativa psicoanalitica al modo con cui si pensa e si parla conformisticamente delle emozioni, nel proporre una lettura inconscia delle emozioni stesse, qui viene a mancare e la psicoanalisi si risolve nel suo opposto, in evidente chiave conformistica.

Penso che il problema centrale sia l'abbandono del piano emozionale, quindi del vissuto, per passare rozzamente al comportamento, per di più al comportamento definito come normale in quanto caratterizzante l'adulto, nella sua differenza drastica dal bambino (polimorfo perverso).

La cosa cambierebbe notevolmente se restassimo sul piano delle emozioni. Possiamo chiederci cosa sia un'emozione perversa. La possiamo definire come quell'emozione che non viene vissuta entro una relazione condivisa, ma che serve ad affermare il potere dell'uno sull'altro entro una relazione fondata sull'esercizio del potere stesso. Vale a dire, è perversa quell'emozione che si sviluppa entro una relazione di potere ove manca una cosa terza, quale interesse condiviso dai protagonisti della relazione stessa. Le relazioni fondate sul potere si contrappongono alle relazioni fondate sulla realizzazione condivisa. Queste ultime, pur nella possibile conflittualità, perseguono un obiettivo terzo, rispetto alla relazione stessa. Le prime, di contro, vedono agito un potere finalizzato solo al controllo della relazione, all'esercizio del potere dell'uno sull'altro. E' questa, a nostro modo di vedere, la perversione. Una perversione fondata sulla simbolizzazione affettiva dell'altro quale oggetto ambiguo, da controllare, da sedurre, da sottomettere, da dominare, da umiliare, da possedere anche contro la sua volontà, da imbrogliare e prendere in giro, da fare oggetto del proprio sarcasmo e del proprio disprezzo supponente. In questo senso la perversione implica l'agito della violenza nei confronti dell'altro, una violenza praticata in tutte le sue versioni. Se guardiamo alle emozioni che sostengono e sostanziano le fantasie ora ricordate, troveremo l'intera gamma della dinamica simbolica che caratterizza la perversione. Perversione sessuale? Certamente; anche se, in questo caso, la sessualità è vista nella sua componente simbolica, caratterizzante l'intera gamma delle relazioni sociali, non necessariamente ristrette alla sessualità. Mentre, di contro, è possibile pensare a una sessualità non perversa anche nel caso dell'omosessualità. Non è la sessualità agita, eterosessuale o omosessuale, che marca il crinale tra perversione e "normalità". Nell'ambito della dinamica simbolica che presiede all'emozionalità

caratterizzante la simbolizzazione affettiva, qui, a nostro modo di vedere, si può proporre una distinzione tra dinamiche perverse e dinamiche fondate sulla condivisione.

Siamo tutti figli del nostro tempo.

Pensiamo all'epoca della massima produzione scientifica di Freud, il periodo storico che dalla fine dell'Ottocento arriva sino alla prima guerra mondiale, noto anche come *belle époque*, e quello tra le due guerre; il controllo delle pulsioni sessuali, all'interno di un diffuso "conformismo trasgressivo", era il tema centrale del dibattito sociale e morale. Così come oggi la perversione del potere, nelle sue manifestazioni politiche, economiche, religiose, scientifiche, culturali, organizzative o sociali più in generale, sembra il tema più pressante entro l'area della convivenza. Si può allora capire come, per Freud, la tematica associata al controllo pulsionale fosse centrale; e si può comprendere come oggi la dinamica del potere perverso sia importante entro la domanda che viene rivolta allo psicoanalista. Ma si può comprendere anche come i modelli pulsionali fossero rilevanti per Freud, mentre l'attenzione si è spostata, via via nell'ambito della teorizzazione psicoanalitica, verso il processo di simbolizzazione affettiva. Rimane tuttavia un fatto importante: il pensare emozioni, sia pur definito a volte in modi differenti, è sempre stato il modello centrale della psicoanalisi, quello che ha fondato la grande scoperta dell'inconscio e che ha tracciato le linee operative della cura psicoanalitica. La psicoanalisi, in altri termini, ha posto le sue basi non tanto sull'azione fondata prevalentemente sul potere dello psicoterapista nei confronti del paziente, quanto sulla possibilità di costruzione di uno spazio mentale e relazionale ove fosse possibile un pensiero sulle emozioni, a partire da quelle evocate dalla stessa relazione psicoanalitica. L'istituzione di un pensiero emozionato sulle emozioni non più agite, la sostituzione dell'agito perverso con il pensiero che è capace di dare senso storico alle proprie e alle altrui emozioni, l'ironia che attraversa questo pensare emozioni: queste sono, per noi, le basi della teoria psicoanalitica e del lavoro psicoanalitico. Si può allora comprendere come la psicoanalisi possa trovare luoghi di utilità entro i più differenti contesti d'intervento.

Ci chiediamo allora: le emozioni sono una forma di manifestazione dell'inconscio oppure, in alternativa, sono la stessa cosa, o l'inconscio è un nuovo aspetto dell'emozione, sconosciuto prima di Freud?

[...]

Alla fine non si è scoperto nulla che porti ad una chiara e netta distinzione psicologica tra emozione e inconscio.

[...]

La conclusione di questa ricerca è che le differenze tra emozione e inconscio, seppur vi sono, necessitano ancora di essere definite (Matte Blanco, 1988/1995, p. 97).

Le emozioni, come l'inconscio, per Matte Blanco sono strutture bi-logiche: processi mentali ove da un lato si rispetta rigorosamente la logica bivalente e, dall'altro, si manifesta una logica simmetrica.

Vediamo un esempio portato da Matte Blanco (1988/1995):

Una paziente schizofrenica mi disse: 'Il suo assistente è molto ricco.' Le chiesi come lo sapesse. Ella rispose: 'E' molto alto.' Questo processo di pensiero mostra: A – La scoperta di una classe generale cui appartengono come sottoclassi quelli che sono alti e quelli che sono ricchi: principio di generalizzazione. Potrebbe essere formulata come la classe delle persone che hanno qualcosa (altezza, danaro ecc.) in alto grado. B – Le sottoclassi di questa classe vengono trattate come identiche: principio di simmetria. Dunque: molto alto = molto ricco. Si noti che in questo caso il principio di simmetria non potrebbe agire senza il principio di generalizzazione (p. 52).

Come afferma Matte Blanco, noi viviamo la nostra vita prevalentemente in termini di bi-logica, vale a dire tramite le emozioni. Va sottolineato che la paziente schizofrenica dell'esempio "dice" un'emozione tramite

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

15

Carli, R. (2014). La psicoterapia e il suo contesto. Un caso di mancata analisi della domanda [Psychotherapy and its context. A case of lacking analysis of demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

parole che esprimono uno specifico rapporto tra gli eventi “essere alto – essere ricco”; un rapporto al quale non siamo abituati con la logica classica, ma che è più comprensibile se si pensa alle emozioni collegate alle persone “altolocate”, a chi “sta in alto”, al fatto che per i grandi nobili si utilizza il termine “sua altezza”, vale a dire a dimensioni emozionali ove l’essere “in alto”, l’essere dotati di un grande potere e l’essere ricchi, sono sottoclassi che vengono trattate come identiche.

Il problema non sta tanto nelle emozioni e nella loro sostanziale identità con l’inconscio. Le emozioni sono le modalità con le quali noi “rappresentiamo” simbolicamente la realtà, tramite la simbolizzazione affettiva. Le emozioni corrispondono al vissuto di una simbolizzazione affettiva.

Il problema sta piuttosto, dal punto di vista della pratica psicoanalitica, nella trasformazione delle emozioni in agiti non pensati; ciò avviene entro specifici contesti ove le simbolizzazioni affettive e le emozioni corrispondenti pongono problemi di adattamento, in rapporto a quanto viene agito nel contesto.

Si prendano gli esempi, numerosi nelle esperienze degli allievi della scuola SPS⁹, di ragazzi “disabili”, incontenibili nelle loro relazioni familiari ove propongono di continuo agiti violenti, possessività sfrenata, imprevedibilità nelle risposte emozionali entro le loro relazioni con i familiari. Gli agiti di questi ragazzi non sarebbero comprensibili se non venissero iscritti entro il rapporto con i genitori; se non assumessero, ad esempio, l’agito di un’emozione reattiva all’ignoramento affettivo, all’abbandono emozionale da parte di genitori disposti a tutto pur di non occuparsi del “figlio con problemi”, capaci di negare l’evidenza pur di non farsi carico della problematica del figlio. L’accettazione, incondizionata e passiva, della violenza del figlio “disabile”. da parte di molte madri, è comprensibile quale agito di un’emozione di colpa e d’impotenza; ma è al contempo espressione di una passiva rinuncia a ogni rapporto che ponga, ad esempio, le regole del gioco della relazione, quale comunicazione del fatto che si vede l’altro, che si vuol avere un rapporto con lui, ma a condizioni condivise e rispettose di entrambi.

Lo psicoanalista che interviene entro la disabilità, ha necessariamente a che fare con relazioni collusive, ove si pongono in atto agiti coerenti con le simbolizzazioni problematiche di tutte le componenti della relazione. Agiti che mancano di un pensiero, emozionato, capace di dar senso alle emozioni che motivano gli agiti stessi.

Gli agiti non pensati o il pensiero emozionato sulle emozioni, d’altro canto, sono dimensioni che caratterizzano sempre e soltanto le relazioni.

E’ questa l’altra grande innovazione che caratterizza la psicoanalisi attuale e che la differenzia da tutte le altre forme di psicoterapia. La psicoanalisi ha saputo, sia pur per strade teoriche differenti, proporre modelli di analisi e d’intervento nei confronti della relazione, spostando il suo focus dal mondo interno alle dinamiche relazionali. E’ all’interno della relazione che si possono cogliere i problemi posti, con la domanda, allo psicoanalista. A partire dalla donna incontrata da Freud nella sua ora di consultazione e descritta in *Psicoanalisi ‘selvaggia’*. I modelli di analisi psicoanalitica della relazione, per noi la dinamica collusiva, hanno consentito di spostare l’intervento psicologico clinico dal mondo interno ai rapporti sociali, in tutte le loro forme problematiche; ma anche di spostare l’attenzione dall’individuo al rapporto tra persone, inclusa la relazione con lo psicoanalista.

I modelli psicoanalitici della relazione hanno spostato l’attenzione dello psicoanalista dalla diagnosi, quale espressione di modelli ancorati alla psicopatologia individuale, ai problemi che portano persone, gruppi, sistemi sociali a richiedere l’intervento psicologico clinico.

L’analisi della domanda, quindi, implica l’adesione a modelli della psicoanalisi che guardano alla relazione, fondata sulla dinamica collusiva, ai problemi che possono sorgere entro la relazione, in particolare l’uso perverso del potere; il modello di analisi della domanda considera superato quel modo di guardare alla psicoanalisi quale intervento, orientato dalla psicopatologia individualista, volto a curare i conflitti propri del mondo interno dei singoli individui.

Questa trasformazione della psicoanalisi ha consentito allo psicoanalista di intervenire entro i più diversi contesti, capace di cogliere i problemi che gli agiti emozionali non pensati possono provocare. In questi ultimi anni abbiamo considerato, ad esempio, i problemi sollevati, negli utenti del sistema sanitario,

⁹ Si tratta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda, di cui l’Autore è direttore (ndr).

dall'agito non pensato dei sanitari nei confronti della soggettività dei pazienti; abbiamo considerato gli agiti non pensati che la classe scolastica pone quando l'insegnamento individualizzato non tiene conto delle relazioni entro il gruppo classe; si sono evidenziati i problemi relazionali che caratterizzano il funzionamento di un reparto ospedaliero, di un servizio di salute mentale, di un centro diurno per malati mentali, di un'azienda produttiva di beni o servizi, i problemi di rapporto entro le comunità riabilitative per malati mentali o per disabili adulti. Di fatto, ogni contesto sociale, in quanto fondato sulla relazione e sulla simbolizzazione emozionale collusiva che la fonda, è un contesto ove può essere formulata una domanda psicologica clinica e dove lo psicoanalista può intervenire.

Bibliografia

Ancona, L. (1963). *La psicoanalisi* [Psychoanalysis]. Brescia: La Scuola.

Canguilhem, G. (1998). *Le normal et le pathologique* [On the normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi. (Original work published 1966).

Carli, R., & Ambrosiano, L. (1982). (Eds). *Esperienze di psicosociologia* [Experiences of psychosociology]. Milano: Franco Angeli.

Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological intervention in hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Freud, S. (1910). Psicoanalisi "selvaggia" ['Wild' Psychoanalysis]. *OSF*, Vol. 6, pp. 325-331, 1974. Torino: Boringhieri.

Jaspers, K. (1933). *Psychopatologie générale* [General psychopathology]. Paris: Alcan.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1973). *Vocabulaire de la psychanalyse* [Vocabulary of Psychoanalysis]. (L. Mecacci, C. Puca, & G. Fuà, Trans.). Roma-Bari: Laterza. (Original work published 1967).

Matte Blanco, I. (1995). *Thinking, Feeling and Being. Clinical Reflections on the Fundamental Antinomy of Human Beings and World* (P. Bria, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1988).

Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. In *International Journal of J. Psychoanalysis*, 15, 127-159.