

Alcune riflessioni sugli scacchi della cura analitica

di Franco Lolli

Discorso pronunciato in data 30 aprile 2010 a Rapallo durante il Seminario annuale di Jonas Onlus dal titolo *Gli scacchi nella cura analitica*

Vorrei presentare una serie di riflessioni su un aspetto specifico della complessa questione che ci apprestiamo a studiare, riflessioni che prendono le mosse da un interrogativo fondamentale: di quale cura parliamo quando cerchiamo di definirne gli scacchi? A quale tipo di trattamento ci riferiamo? Qual è, in altri termini, il contesto di cura entro il quale andremo ad analizzare gli insuccessi?

Siamo in Jonas, siamo nel luogo della psicoanalisi applicata; una riflessione sugli scacchi della cura implica, pertanto, una riflessione sulla psicoanalisi applicata e sulle sue difficoltà. Dunque, come primo passaggio del mio intervento, ne rettificherei il titolo in: "Alcune riflessioni sugli scacchi della cura nella psicoanalisi applicata". E' importante questa precisazione perché, a mio avviso, il concetto di psicoanalisi applicata contiene almeno un elemento che va considerato come determinante nel discorso che svilupperemo in questo convegno. Mi riferisco alla difficoltà nel definire con precisione il posto del terapeuta/analista all'interno della cura, tanto che, come vi ho appena dimostrato, non si sa bene se bisogna parlare di terapeuta o di analista; capita spesso, infatti, che i due termini – che, come sappiamo bene, non sono affatto sinonimi – vengano usati indifferentemente l'uno rispetto all'altro per designare colui che conduce la cura. Chi agisce, allora, nella psicoanalisi applicata? Un analista prestato alla terapeutica, con uno sguardo ed un'attenzione in più alla risoluzione del sintomo, o un terapeuta orientato dalla psicoanalisi, una sorta di 'preanalista' che 'si fa le ossa' in un settore della clinica considerato di frontiera? Un analista che rinuncia alla purezza della cura o un analista in formazione che, proprio perché in formazione, non può far altro? Direi tutti e due; nella pratica è così. Il problema, badate bene, non è terminologico né di attribuzione di valori o di definizione di gerarchie. Il problema che solleva questo interrogativo che vi ho posto è che non è ben chiaro quale sia il posto di colui che conduce la cura in un contesto di psicoanalisi applicata e che questa indefinitezza, questa vaghezza non può non generare degli effetti sul piano del trattamento. Vediamo di cosa si tratta.

La distinzione tra psicoanalisi pura e psicoanalisi applicata si fonda sull'interesse che la seconda dichiara esplicitamente di avere nei confronti della risoluzione del sintomo. Come a dire; l'effetto terapeutico non è secondario, non è a margine della cura (come avviene nella psicoanalisi pura, il cui interesse principale è il lavoro dell'inconscio e la produzione da parte del soggetto di un sapere nuovo) ma è messo in primo piano, al pari dell'altro intento. Potremmo dire, in questo senso, che la psicoanalisi applicata sacrifica il lato aristocratico della psicoanalisi pura per confrontarsi con il

mondo, orientando la propria attenzione sul valore 'socioculturale' del sintomo e cercando modalità di cura efficaci alla remissione del sintomo. Un esempio tra tanti: il programma PIPOL, che ha animato e anima le istituzioni psicoanalitiche lacaniane che si occupano di psicoanalisi applicata all'interno dello *Champ Freudien* – programma al quale anche Jonas ha aderito per diversi anni - “mira a far emergere e attualizzare tutte le potenzialità dell'intervento della psicoanalisi, in risposta alle nuove modalità con cui si manifestano il malessere e il disagio nella società contemporanea”. Così recita il manifesto di presentazione di PIPOL che potete trovare sul sito della SLP. Vorrei mettere in evidenza due punti di questa dichiarazione: il primo è il riferimento alla necessità di “attualizzare le potenzialità della psicoanalisi”, ovvero all’urgenza che l’universo psicoanalitico avverte di modellare il proprio intervento in funzione di una risposta di cura che contenga un’attenzione all’ambito terapeutico, spesso snobbato. Il secondo punto che intendo sottolineare è il riferimento alle trasformazioni socioculturali in atto nella contemporaneità e che diventano oggetto di studio di una psicoanalisi che per anni si era barricata all’interno delle proprie istituzioni.

La psicoanalisi applicata è la psicoanalisi che ritiene fondamentale misurarsi con la Storia e con le mutazioni che essa impone al sintomo. Come Recalcati ebbe modo di affermare in maniera estremamente chiarificante nel suo intervento al Forum di Psicoanalisi Applicata organizzato dalla SLP il 13 dicembre 2002 a Milano, “la storicità viene assunta come dimensione non separabile dalla clinica”. La psicoanalisi applicata, cioè, è la psicoanalisi che non teme il confronto con il mondo e, in tale confronto, è disposta a cedere sulla rigidità e sulla purezza del suo setting, convinta che – come sottolinea Miller nel documento di presentazione di PIPOL 4 – un’operazione del genere non possa snaturare la sua dimensione in quanto “la sua verità è eterna, il suo reale è transtorico.” Possiamo affermare, in conclusione di questa prima ricognizione teorica, che la psicoanalisi applicata è la psicoanalisi che intende confrontarsi ed affrontare la realtà contemporanea nei suoi cambiamenti e cercare gli strumenti più adeguati per simbolizzare il reale nelle sue nuove manifestazioni.

All’interno di questa docilità/disponibilità del dispositivo analitico all’incontro con il nuovo della clinica contemporanea, la posizione dell’analista è oggetto di una profonda e necessaria riconsiderazione. Aprendosi, infatti, a domande che sempre più sono domande di sostegno, di guida, di regolazione del proprio godimento, a domande confuse, appena sussurrate, a domande che tendono a coincidere con la presenza stessa (“ecco mi, sono qui, sto male!”), a domande nelle quali, cioè, la semplice presenza rappresenta l’unica forma di domanda, la psicoanalisi, nella sua applicazione fuori dal rigore dello studio dello psicoanalista, ha dovuto rimettere in discussione il posto dell’analista stesso. La figura dell’analista cadaverizzato nella sua neutralità o dell’analista-scarto, dell’analista incarnazione agalmatica dell’oggetto *a*, dell’analista oggetto causa del desiderio o dell’analista supposto sapere dell’inconscio sono figure che, nelle fasi iniziali di una psicoanalisi

applicata, risultano inadatte e inefficaci a produrre il necessario transfert. Il soggetto supposto sapere non è un dato di partenza; al contrario, va conquistato in una psicoanalisi applicata. Detto questo – su cui, credo, non si faccia fatica ad essere d'accordo – la questione diventa: come può avviarsi una cura analitica a partire da un transfert che non rinvia al sapere dell'inconscio? Cosa ne è, in questa prospettiva, dell'analista e del suo posto in un setting troppo spesso ridotto a sala del Pronto Soccorso?

Questo è il punto teorico che mi interessa sottoporre al dibattito e che necessita, a mio avviso, di essere costruito in quanto, probabilmente, non ci si è ancora a sufficienza soffermati. E che ha una rilevanza notevole nel discorso che stiamo affrontando, ovvero, le impasse della cura.

La mia ipotesi è che lo scacco di una cura sia spesso in relazione ad un certo disorientamento dell'analista nell'assumere una posizione adeguata alla domanda che riceve. Come se non ci fosse sintonia tra il tipo di domanda e la risposta che l'analista dà a questa domanda: una sorta di sfasamento fondamentale, di mancato accordo tra due posizioni che, anziché incontrarsi, rischiano di confliggere.

Da un lato, la precarietà e l'inconsistenza della domanda non autorizza l'analista a mettersi nel suo posto, definiamolo, "classico". Un ascolto eccessivamente silenzioso o un atteggiamento prematuramente enigmatico o un'attenzione rigorosa e intransigente a dettagli del setting quali il rispetto della puntualità, la possibilità di rinvio – anche all'ultimo momento – della seduta, la non accettazione di modifiche continue all'iniziale contratto, sono tutti elementi della cura che, se messi in atto anticipatamente, si rivelerebbero espulsivi nella loro incomprensibilità da parte di una persona che, assediata da un male di cui non riconosce frequentemente l'origine psichica e nel quale, di conseguenza, non si sente implicata, era venuta a trovarci per cercare conforto, risposte e rassicurazioni.

Dall'altro lato, tuttavia, una eccessiva compiacenza alle aspettative del paziente rischierebbe di spingerlo in una dimensione psicoterapica; come a dire: di fronte ad un soggetto che soffre e che chiede di essere sollevato dal suo malessere, la deriva psicoterapica si realizzerebbe nella disponibilità dell'analista a orientare il trattamento in direzione del senso. Perché il senso, l'offerta di senso, in una condizione esistenziale vissuta come insensata, è disangosciante; c'è un effetto immediato di attenuazione della sofferenza nel ricevere una spiegazione, una chiarificazione o anche un'interpretazione basate – diciamo così – sul significante. L'effetto è immediato (rapido, come direbbero i nostri colleghi degli ex Consultori lacaniani di mezz'Europa). Il nodo pulsionale, però, non si scioglie attraverso il senso. Presto torna a bussare alla porta.

La tentazione, tuttavia, è forte. Del resto, arriverà mai questa persona che mi trovo davanti e che non vuole sapere nient'altro se non cosa deve fare – concretamente, adesso, per stare meglio, a formulare una domanda di analisi? "Tanto vale provare a disangosciarlo! Sempre meglio

un'interpretazione o una parola di conforto che un farmaco, in fondo". Il rischio di una tale degenerazione è alto, per quanto inconfessato.

E allora, eccolo qui, il nostro analista sulle barricate delle istituzioni di psicoanalisi applicata, pronto a ricevere di tutto e fare spazio a tutto. Un programma ambizioso il suo, il cui obiettivo è chiaro: permettere al soggetto dell'inconscio di 'lavorare' il sintomo affinché l'inconscio stesso possa sopravvivere al programma autodistruttivo. La sua finalità è lodevole: egli è lì per opporsi, con il suo ascolto disinteressato, alle derive terapeutiche dei colleghi psicologi. Ma tanto disinteressato, questo ascolto, non deve sembrare, per lo meno al suo paziente. Del resto, sulla porta della istituzione psicoanalitica c'è scritto che lì ci sono degli specialisti nel trattamento di quei sintomi che lo affliggono. Il paziente, pertanto, si aspetta che l'esperto si manifesti come tale, che riveli il potere curativo e il sapere specialistico che dichiara implicitamente (e nemmeno tanto) di avere. L'abilità dell'analista che si applica alla terapeutica – che accetta, cioè, di farsi carico di domande che non sono neanche domande di cura (per non parlare di domande di analisi!) sta nel saper trovare una giusta posizione tra le due polarità estreme entro le quali il suo lavoro oscilla, senza che nessuna delle due, però, diventi la propria.

Quale può essere, allora, lo specifico dell'analista che, nel rinunciare ad essere "puro", non rinuncia alla propria peculiarità che lo differenzia da ogni altro operatore del campo psi?

Per tentare di rispondere a questo interrogativo, è necessario che faccia rapidamente un passo indietro. La clinica di cui sempre più spesso abbiamo esperienza è una clinica dell'emergenza e dell'urgenza. La gravità dei sintomi moderni spinge il soggetto a voler far presto nel liberarsi dalla sofferenza che il sintomo stesso implica; bisogna star bene il prima possibile e con il minimo sforzo. Rifiuto dell'attesa, insopportazione del rinvio, necessità assoluta di trovare risposte immediate, mancato riconoscimento della dimensione 'trascendente' del sintomo, attribuzione certa delle cause del proprio disagio a contingenze della realtà, identificazione al ruolo di 'assistito', affermazione del diritto allo 'sfogo', sono tutti aspetti che – come sappiamo – specificano la clinica contemporanea. Siamo nel tempo della *clinica dell'emergenza nella realtà*. Il soggetto si sente assediato da ciò che vive nella realtà; il sintomo moderno tende a camuffarsi – e allo stesso tempo, a rivelarsi – nel forte attrito del soggetto con la realtà, più che nel conflitto tra istanze psichiche interne al soggetto stesso. Il che si traduce con estrema facilità in ripetuti passaggi all'atto: abbandoni scolastici, fallimenti sentimentali, insuccessi lavorativi, isolamento sociale, logoramento dei rapporti con le istituzioni sociali in genere, conflitti di adattamento. Questi elementi francamente problematici chiamano in causa, inoltre, il coinvolgimento di altre figure (maestri, professori, genitori, colleghi di lavoro, assistenti sociali) con le quali l'analista si trova, in qualche modo e suo malgrado, ad entrare in contatto. La realtà, in sostanza, incombe, preme; il paziente riempie lo studio dell'analista di situazioni problematiche relative al suo difficile quotidiano, fatto

di comportamenti segreganti e, spesso, di persone preoccupate per lui che si chiedono e chiedono cosa poter fare per aiutarlo.

L'analista deve far fronte a tale situazione di emergenza nella e della realtà ed è, secondo me, proprio nella risposta che dà che si definisce lo specifico dell'intervento in psicoanalisi applicata. Per un verso, l'analista deve essere disponibile a tenere in conto aspetti della realtà del proprio paziente – atteggiamento che, in un contesto di psicoanalisi pura, risulta impensabile. Il che vuol dire – solo per fare qualche esempio – accettare di incontrare persone che si interessano al paziente o, addirittura, formulare, in casi estremi, prescrizioni precise e perentorie capaci di contenere l'eccessiva sregolatezza del godimento autodistruttivo e di salvare la vita. Ma questa docilità al trattamento della realtà costituisce, nella psicoanalisi applicata, il prezzo che l'analista paga per poter condurre la cura del suo paziente su un altro terreno, quello dell'implicazione del soggetto nella propria sofferenza e, per essere più precisi, dell'implicazione del soggetto nel godimento che il sintomo assicura. E' questo il passaggio essenziale che solo un trattamento analitico è in grado di promuovere: *dall'emergenza nella realtà all'emergenza del reale*.

In questa prospettiva, il trattamento analitico – per quanto disponibile a 'coinvolgersi' in maniera inedita nelle vicende del paziente – si distingue da ogni forma di psicoterapia. La psicoanalisi applicata, infatti, si 'adatta' al paziente ed alla sua domanda per permettergli, in un secondo momento, di adattarsi al dispositivo analitico.

All'analista impegnato nella terapeutica è richiesta, allora, questa grande abilità di saper dosare e calibrare il proprio intervento in rapporto alla posizione del soggetto, in funzione della ricettività del paziente e in rapporto alla sua eventuale implicazione nel dire. Egli deve sapersi industriare tra l'urgenza della realtà e la pressione del reale, in un'oscillazione continua che tenda, tuttavia, a permettere al paziente di scoprire come il proprio sintomo e la vita stessa rientrano in un'economia libidica paradossalmente funzionale, di cui si lamenta ma che difende strenuamente.

In questo modo, la psicoanalisi applicata si mantiene conforme alla nota di Lacan che troviamo nella lezione dell'11 febbraio 1970 del Seminario XVII e che possiamo considerare fondamentale per la psicoanalisi che si occupa del sociale. In essa Lacan afferma che "l'intrusione nel politico può essere fatta solo tenendo conto che non c'è discorso se non di godimento." Dunque è al godimento che bisogna puntare, affinché il discorso (anche quello del paziente che si rivolge alle nostre istituzioni) riveli la sua verità. E' al reale che l'analista deve mirare, alla possibilità di far emergere dalla realtà il reale soggettivo. Se l'analista tiene su questo punto, il pericolo di scivolare su altre posizioni (psicologiche, sociologiche, psicoterapeutiche) è scongiurato. Si tratta di un compito assai arduo, in alcuni casi, forse impossibile. Per qualcuno – come la nostra clinica di frontiera ci dimostra quotidianamente – questo percorso può risultare insopportabile. L'analista ha, tuttavia, il compito etico di orientarsi in questa direzione; deve sapersi smarcare in tempo dalle questioni della

realtà che rischiano di affogare la cura in un'atmosfera pericolosamente immaginaria, ma, al contempo, deve saper evitare la sensazione di minaccia che una eccessiva rapidità nell'affrontare le implicazioni soggettive nel godimento può generare nel paziente. La prudenza da un lato, la spregiudicatezza dall'altro, possono provocare importanti effetti di ritorno nella cura. Il mio auspicio è che il lavoro che faremo in questo convegno ci aiuti ad individuare alcuni riferimenti utili a chiarire un tema così complesso.