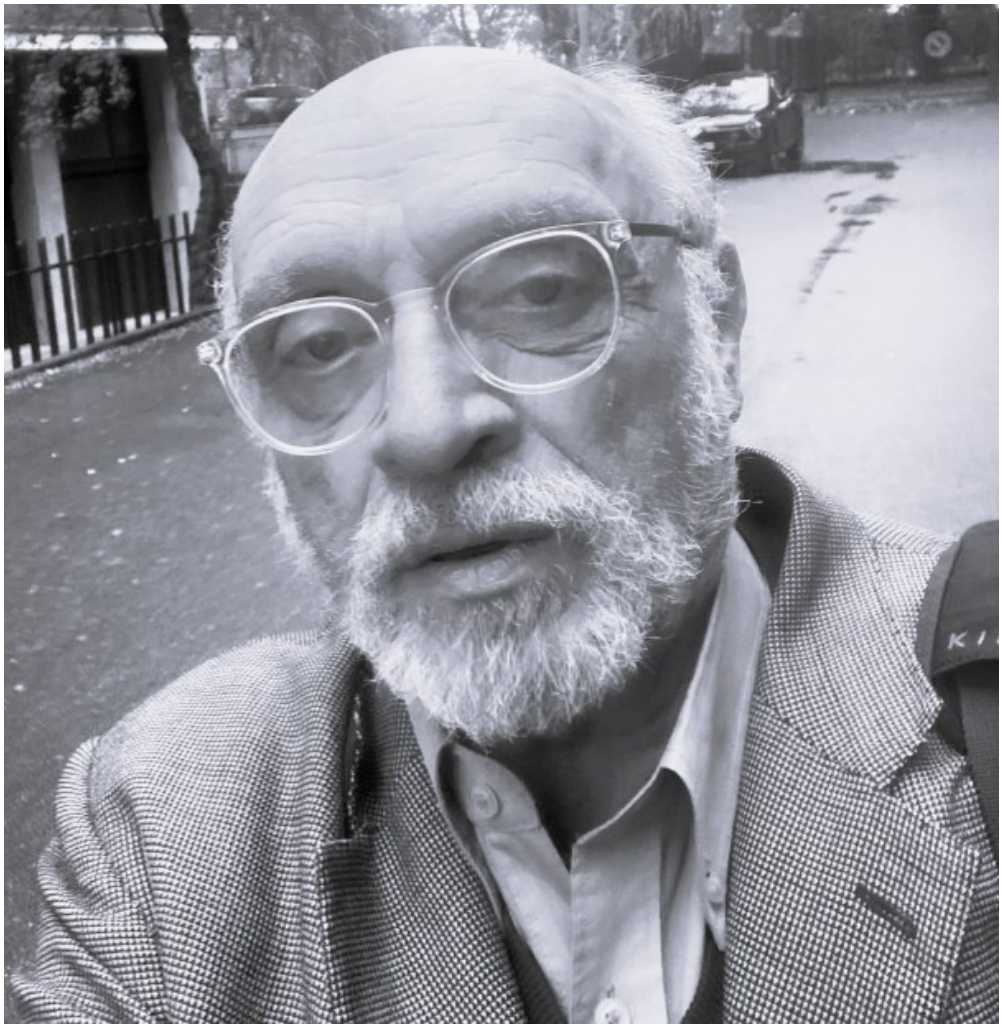
In morte di Pietro Andujar

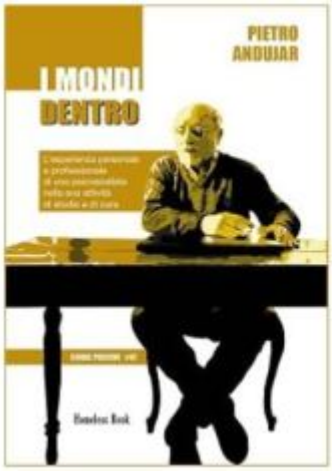
Descrizione



di **Ennio Abate**

18 febbraio 2023

Pietro Andujar
Nelle mie esplorazioni casuali on line, a partire dai nomi di persone che conosco o ho conosciuto in passato, mi sono ricordato del sito a cui partecipa Pietro Andujar, INCONSCIO E CIVILTAâ??. Mi accorgo che i testi da lui pubblicati si fermano al 2018. E allora cerco su Google â??Pietro Andujarâ?? e mi accorgo che ha scritto un libro sulla sua esperienza di psicanalista:
I mondi dentro. Lâ??esperienza personale e professionale di uno psicoanalista nella sua attivitÃ di studio e di cura (2022). Eâ?? in e-book a 5 euro e lo compro. Ho fatto una prima rapida scorsa delle pagine. Grande capacitÃ sintetica.



I mondi dentro. L'esperienza personale e professionale di uno psicoanalista nella sua attività di studio e di cura

di Pietro Andujar (Autore) | Formato: Copertina flessibile

5,0 ★★★★★ (2) Tutti i formati e le edizioni

Storia personale e professionale del celebre psicanalista Pietro Andujar attraverso i decenni, dall'insegnamento nelle scuole superiori, alla psicoterapia e psicanalisi di pazienti della più varia estrazione sociale, passando per l'impegno professionale come presidente di OPIFeR (Organizzazione di Psicoanalisti Italiani. Federazione e Registro) e in altre associazioni di cultura psicoanalitica, alcune delle quali con sede a New York, Londra e Parigi. Un'immersione nella cultura e nel dibattito della psicoanalisi come attività di studio e cura. Il testo è umanamente arricchito dai vissuti dell'autore con bei riferimenti alla saga familiare e alla significativa narrazione della drammaticità della malattia.

11 ottobre 2026

Vengo a sapere che Pietro Andujar Ã¨ morto. Notizia del 23 giugno 2026
https://www.facebook.com/ilRuolo/posts/pfbid02dBZN3FCp3faoqvLYiYx157MmCC3VDENMDcvtPAHpR4

ScriverÃ² sulla sua figura piÃ¹ in avanti. Per ora ripubblico lâ??intervista delllâ??**11 gennaio 2008** comparsa sul **numero 4 â?? maggio 2008 â?? di Poliscritture**, scaricabile da **qui**

Disagi dâ??oggi: pratiche e interrogativi di uno psicanalista

E.

Cominciamo dalle esperienze di disagio che approdano al tuo studio. Sono cambiate rispetto al passato?

Le esperienze di malessere, da dieci quindici anni a oggi, sono cambiate in modo molto netto, se devo riferirmi a dei criteri ortodossi, classici.

Cosa succedeva una volta, quando si presentavano dei pazienti al nostro studio? Potevamo esserci richieste dâ??aiuto da parte dei pazienti cosiddetti â??nevroticiâ??, che avevano sofferenze piÃ¹ o meno riconducibili, secondo le vecchie categorie, al tema edipico piuttosto che alle strutture familiari.

Dominava lâ??opinione che il paziente potesse essere catalogato secondo la triade tipologica di perversione, psicosi o nevrosi, perchÃ© questi erano i criteri di lettura, di derivazione sicuramente psichiatrica. Tendenzialmente si pensava che la cura potesse essere di ordine relazionale, o piÃ¹ propriamente rivolta alla rilevazione di contenuti inconsci, o anche di supporto, perchÃ© con certi pazienti psicotici a volte si trattava di fare un lavoro di sostegno, dove lo psicoterapeuta assumeva spesso una funzione di *io vicario*, come si usava dire allora.

Fin da allora io non ero dellâ??idea che la divisione imposta dalla trilogia patologica fosse esauriente, oggi sono assolutamente convinto che sia una topologia insufficiente.

Non si puÃ² piÃ¹ usare un criterio di questo genere, perchÃ© i pazienti che ci si presentano adesso manifestano modalitÃ di disagio molto piÃ¹ complesse. Tanto che, oggi, noi non possiamo pensare semplicemente che abbiamo una specie di psicogenesi del sintomo, di storia sintomatica che possiamo far risalire a un inadeguato tipo di sviluppo nel decorso della crescita del giovane, del ragazzo, della ragazza, ecc; oppure che siano avvenuti eventi traumatici specifici, fatti sociali, condizioni economiche scatenanti che giustificano il malessere psichico [fin dâ??allora consideravamo unâ??ampia serie di cause].

Dicevo che oggi vediamo situazioni di patologie molto complesse, dove appaiono elementi psicotici abbastanza importanti e gravi: grosse fissazioni, deliri, componenti paranoiche abbastanza marcate o componenti maniacali molto forti. Quelli che una volta potevano rientrare nella vecchia patologia psichiatrica e che costituivano, magari, il nucleo del sintomo cosiddetto psicotico e una sorta di invaliditÃ della persona sofferente.

Oggi vediamo spesso persone che hanno una sofferenza abbastanza grave non innestata in quella che si pensava fosse una struttura di disturbo grave, ma innestata su una personalitÃ magari perfettamente adattata alla realtÃ e che, secondo i criteri sia sociologici â?? che io non ho mai amato molto â?? sia psicologici â?? che amo ancora di meno â?? puÃ² corrispondere alla definizione di *personalitÃ normale*.

Quando dico *normale*, non lo dico per una mia personale valutazione ideologica, ma mi attengo alle letture della sintomatica quotidianamente in uso.

Se uso, ad esempio, il DSM IV, che Ã¨ il sistema di diagnosi ufficializzato in tutto il mondo e condiviso dagli psicologi cosÃ¬ come dai medici, e seguo i criteri ad albero, le diramazioni, le molteplicitÃ patologiche, potrei riscontrare che i pazienti hanno dei disturbi di una certa gravitÃ su un asse, ma non hanno affatto dei disturbi corrispondenti su un altro asse. Posso quindi ipotizzare che ci sia stato un particolare disturbo familiare, di conflittualitÃ e quindi presumere che ci siano delle carenze, dei disturbi, su un altro piano, anche se non ci sono affatto.

Vediamo la composizione di questa psicodiagnosi, usando magari la SWAP 200, una scala che in Italia ha divulgato Vittorio Lingiardi [uno psichiatra e psicoanalista junghiano molto vicino alla psicanalisi della relazione] nel tentativo di approfondire la vaghezza e lâ??approssimazione del DSM IV.

Da pochi anni si usa in Italia questa specie di tecnica complementare di valutazione, composta da 200 item della scala, che lo psichiatra, lo psicanalista, lo psicoterapeuta, lo â??psico-qualche-cosaâ?• deve sottoporre a se stesso in relazione a ciÃ² che ha rilevato del suo paziente, dopo che ha fatto una batteria di almeno quattro o cinque colloqui con lui. Se voglio fare una valutazione anamnestica, diagnostica e prognostica di un paziente, dovrei, dopo che lâ??ho visto un mese, rispondere a queste domande e provare a pianificare una valutazione.

La cosa curiosa Ã¨ che gli esiti del protocollo della SWAP 200 debbano essere parametrati in modo tale che le patologie dei pazienti vengano commisurate secondo certi canoni quantitativi. Ancora piÃ¹ interessante Ã¨, per esempio, che tra gli elementi di valutazione compaia la dicitura di Â«buon funzionamentoÂ» che puÃ², come dire, compensare, e ri-parametrare la nostra patologia.

Dato che per scelta ho sempre lavorato con una vasta gamma di pazienti â?? persone di tutti gli strati sociali, economici culturali e di tutte le etÃ â?? ho provato per conto mio a guardare cosa succedeva applicando questi nuovi e â??piÃ¹ raffinatiâ?• modelli diagnostici. Dunque, per esempio, ho avuto anni fa fra i miei pazienti un uomo di scienza con una componente altissima di malessere narcisistico grave, un intelletto sicuramente di alto funzionamento (come si suol dire) con trascorse patologie di dipendenza, con un malessere evidente. Questa persona, parametrata con la SWAP 200, risultava con tre o quattro aree patologiche significative; perÃ² ri-parametrando la diagnosi con lâ??altissimo funzionamento intellettuale, il grado di inserimento e di capacitÃ di autoaffermazione, la patologia presunta viene ri-normalizzata.

Unâ??altra paziente, una ricercatrice universitaria, era stata diagnosticata schizofrenica da alcuni colleghi: appariva come una pseudo anoressica, dico â??pseudoâ?? anche se pesava 32 chili, perchÃ© ritengo che la patologia conclamata grave non fosse il sintomo anoressico dal quale si Ã¨ riavuta in un tempo relativamente breve. Applicando i criteri di lettura della SWAP 200 ne risulterebbe una patologia media trattabile

La patologia media trattabile corrisponde a questa persona, che quando Ã¨ venuta da me si somministrava 20 clisteri al giorno, oltre a mangiarsi un vasetto di marmellata lassativa di tanto in tanto, oltre a prendere cinque ordini di farmaci diversi, perchÃ© non sapendo come diagnosticarla, i medici le avevano prescritto un neurolettico (perchÃ© psicotica?), un S.S.R.I. â?? il classico farmaco antidepressivo,(perchÃ© bipolare?), uno stabilizzatore dellâ??umore che Ã¨ un vecchio antiepilettico (perchÃ© depressa organica?); e un paio di Benzodiazepine diverse una per lâ??ansia e una per il sonno (perchÃ© nevrotica e ansiosa?).

Con questo tipo di patologia la paziente ha avuto una *polidiagnosi,* potendo risultare relativamente poco o molto malata, secondo la valutazione.

Per questo dico che oggi il criterio di valutazione Ã¨ discutibilissimo. Poi, se andiamo a misurare altre situazioni, quello che si trova in queste letture diagnostiche Ã¨ che Ã¨ talmente difficile stabilire oggi, anche agli occhi ufficiali dello psichiatra, dello psicoterapeuta, dello psicologo, che cosâ??Ã¨ la gravitÃ di una patologia. In realtÃ si tende a mettere assieme una quantitÃ di parametri che prima non si consideravanoâ?¦

Quello che noi vediamo Ã¨ che arrivano persone, che sono magari relativamente ben inserite nel loro lavoro, non hanno particolari difficoltÃ scolastiche, possono essere studenti, possono essere lavoratori che fanno piccoli corsi di vario tipo per imparare qualcosa, fanno lavori interinali, ecc. Queste persone riescono a funzionare, perÃ² possono avere delle fissazioni di matrice psicotica, dipendenza da sostanze come la cocaina, che Ã¨ diffusissima, o polidipendenze; e, soprattutto, non sono piÃ¹ rispondenti alle categorie di struttura mentale che noi consideravamo fino a pochi anni fa.

Se noi pensiamo ad es. a quello che era considerato da Freud il tema classico dellâ??isteria, il desiderio inconscio rimosso, come veniva chiamato, o consideriamo lâ??aspetto ossessivo (oggi li chiamano *compulsivi*, la *compulsione*), cosa succede? Succede che noi non vediamo piÃ¹ nel compulsivo un fobico nascosto, un soggetto immerso nellâ??angoscia, una paura profonda nascosta che agisce con reazioni di contenimento o di controllo, perchÃ© câ??Ã¨ una dimensione â??inconsciaâ?• censurata possibile, ma vediamo magari un bel delirio dietro a una compulsione, ma un delirio visibile, non criptatoâ?¦

Ho un paziente â?? una persona di grande intelligenza â?? giovane relativamente bravo nel suo lavoro, che si presenta dicendo: â?? *Io ho dei disturbi del pensieroâ?*¦ Ã? vero che ha dei disturbi, ma ha un pensiero perfettamente funzionante. Per essere preciso, intervengono nel suo pensiero dei disturbi. E cosa succede? Vedete questi tendoni, che non ho messo per dare unâ??aria particolarmente importante e barocca allo studio. Le due tendine centrali non coprivano bene il vetro. Allora ho montato questi due tendoni laterali. CosÃ¬, quando lui arriva, Ã¨ tutto chiuso e assolutamente invisibile allâ??esterno. Arriva sempre almeno 5 minuti in ritardo, perchÃ© teme che qualcuno possa vederlo entrare. Poi qui oltre ad oscurare, a volte devo togliere quel panno, se si stende sul divanoâ?¦ perchÃ© gli puÃ² dar fastidio.. oppure le forme circolari rimandano a vissuti inquietantiâ?¦ Questa persona Ã¨ â??perfettamente funzionanteâ?•.

Altre persone che fanno dei lavori di servizio o che hanno attivitÃ di una certa importanza, invece, fanno uso costante di cocaina. Ce nâ??Ã¨ una diffusione fittaâ?¦non sono poche.

Or.

Si parla di persone giovani?

Anche quelle giovani. Un ragazzo che considero giovane ha 28 anni e una ragazza di 25 anni, anche questa cocainomane. Lei dice di non esserlo, perchÃ©, secondo il suo parere â??*una volta alla settimana, non si Ã¨ cocainomane*â?•. Invece, lâ??emivita della cocaina nel sangue Ã¨ di circa sette giorni. Quando uno ne fa uso una volta alla settimana, Ã¨ giÃ dipendente. La persistenza della sostanza â?? non dellâ??effetto â?? Ã¨ di una durata analoga a quella degli antidepressivi serotoninergici. Gli americani avevano chiamato il famigerato *Prozac* â??*bye-bye Bluesâ?*• e ne facevano uso nei week-end: lo prendevano a fine settimana quando iniziava a calare la concentrazione della sostanza attiva. Non avevano neanche tutti i torti a chiamarlo â??*addio, tristezza*!â?•, perchÃ© lâ??effetto di ripresa dal malessere melanconico funzionava veramente nei fine settimana! Purtroppo la droga, invece, non Ã¨ un regolatore dei neurotrasmettitori, e non si puÃ² liberarsene con la stessa semplicitÃ e rapiditÃ con cui ci si separa dal Prozac!

Questa cosa Ã¨ diffusissima tra i pazienti che vanno dai 25 ai 35 anni e, attualmente, credo di averne cinque che ne fanno uso â?¦

Ho due pazienti che stanno proseguendo un lavoro psicoterapico in qualche misura vicino alla psicoanalisi, cocainomani abusanti per molto tempo, con delle componenti che si potevano definire indirettamente perverse, mirate semplicemente a disturbare per telefono le donne. La loro terapia Ã¨ sostenuta o autorizzata dal tribunale. Sono persone che svolgono attivitÃ di una certa responsabilitÃ .

Un altro paziente, con una diagnosi di schizofrenia a proposito della quale sono in disaccordo con la psichiatra che lo segue, Ã¨ una persona entrata in uno stato di dipendenza molto forte dalla cocaina. Poi ha virato la dipendenza soprattutto su un abuso di hashish. Lâ??hashish oggi Ã¨ fortissimo, a volte viene proposto *tagliato*, a volte anche con la cocaina. PuÃ² produrre una dipendenza molto forte anche perchÃ© contiene una quantitÃ di sostanza attiva, il delta-9-tetraidrocannabinolo, molto alta, dato che vengono coltivate piante selezionate allo scopo. Rispetto agli â??spinelliâ?• degli anni andati, la concentrazione di sostanze attive Ã¨ altissima e il grado di dipendenza viene soprattutto dai tagli che contieneâ?¦

Questo ragazzo, ad esempio, Ã¨ stato scoperto dalla madre, perchÃ© loro sono persone con mezzi economici proprio minimi: lei fa la domestica, lui lavorava in un grande magazzino; e quindi si fa presto a rimanere senza i soldi per pagare la bolletta della luce o del gas! La mamma se nâ??Ã¨ accorta e ha chiesto aiuto per il figlio. Contravvenendo alle regole psicoanalitiche, seguo la madre da un lato e il figlio dallâ??altro. Il ragazzo Ã¨ uscito dalla cocaina ed Ã¨ arrivato ad un uso moderato dellâ??hashish, ha quasi ottenuto un lavoro stabile. Prima câ??era anche unâ??instabilitÃ lavorativa. PerÃ² si Ã¨ dovuti passare attraverso il *piano terapeutico* psichiatrico per non pagare i farmaci costosissimi: la diagnosi psichiatrica, che a mio avviso Ã¨ stata incongrua â?? â??*schizofrenia latente*â?•- Ã¨ stata consegnata, per iscritto, nelle mani del paziente.

In realtÃ , la madre Ã¨ una schizofrenica, paranoide perÃ². Una schizofrenia paranoidea abbastanza complessa secondo alcuni clinici non coinciderebbe con la schizofrenia. Il figlio ha degli elementi deliranti di stile paranoideo, ma, secondo me, non ha assolutamente la cosiddetta S*paltung*, la scissione emotiva e intellettuale che di solito in uno schizofrenico di un certo tipo si puÃ² rilevare. Ha un grado di adattabilitÃ molto forte, una buona capacitÃ di relazione con lâ??altro, che non Ã¨ poi finta o artificiale; ha un investimento di tipo ideale nelle figure maschili che si rivelano in una serie di questioni che ho rilevato nel lavoro con lui, e che ho potuto osservare seguendo anche la madre; perÃ² viene diagnosticato schizofrenicoâ?¦

[Ornellaâ?¦]

Che ci sia una componente di fragilitÃ , sÃ¬ â?¦ In questo caso câ??Ã¨ una grande fragilitÃ e questo figlio Ã¨ cresciuto da solo con la madre che definiamo schizofrenica.

Una decina di anni fa Letizia Jervis Comba mi inviÃ² una paziente giÃ diagnosticata da altri psichiatri come schizofrenica. Con Bollas fummo invece dâ??accordo di riconoscerla come una psicosi isterica. Qualcuno la diagnosticava una psicotica conclamata. Beh, il complesso taglio con il mondo esterno, lâ??incapacitÃ di stabilire dei contatti, dei rapporti, nonostante fosse stata aiutata, il tentativo di inserirla in attivitÃ lavorative, la pensioncina dâ??invaliditÃ , tutta una serie di servizi che cercavano di coinvolgerla: tutto questo segnalava il riconoscimento di una grande fragilitÃ . Questa persona si assentava da qualunque attivitÃ di questo tipo. Non era in grado di stabilire dei rapporti con il mondo esterno, se non con personaggi molto importanti. Ricordo che un giorno ricevetti una telefonata da Franca Rame, esasperata da questa persona che la tormentava e che le aveva lasciato il mio recapito. La paziente aveva stabilito contatti con Dario Fo, con Franca Rame, col lâ??avvocato Pisapia, perchÃ© era stata molto attiva nellâ??area culturale e di ricerca della *Libreria delle Donne* di Milano. Pur essendo una piemontese, gravitava su Milano, tormentava il povero professor Franco Fergnani â?? dicendogli che anche lei era unâ??ebrea perseguitata come lui e cose di questo genere. PerÃ² un rapporto comune con persone di pari grado, orizzontale, non esisteva assolutamente.

In tutti i pazienti gravi che seguo non ce nâ??Ã¨ uno invece, oggi, che non abbia una possibilitÃ di correlazione orizzontale con altre persone, per cui Ã¨ chiaro che tendenzialmente si dice che il disturbo non Ã¨ lo stesso, non câ??Ã¨.

Poi câ??Ã¨ la questione grossa delle identificazioni con altri modelli, altre immagini, quello che una volta si chiamava *falso SÃ©*. Oggi si dovrebbe aggiungere un nuovo capitolo alla â??Psicopatologia della vita quotidianaâ?• che Ã¨ improntata soprattutto al tema della perversione. Io credo che oggi la difesa che si puÃ² ben osservare nella psicopatologia della vita quotidiana Ã¨ quella che Freud chiamava la â??*Verleugnung*â?•, la negazione del perverso: io nego pur sapendo di negare, posso

negare *come se non sapessi*. Eâ?? una struttura di negazione, una difesa di negazione perversa, che fa parte della vita quotidiana.. quello che noi banalmente tanti anni fa chiamavamo *falso SÃ©*, Va ricordato che il termine Ã¨ di derivazione inglese e potrebbe essere tradotto come *un falso me stesso*, non un SÃ© metafisico. Oggi il falso me stesso Ã¨ merce assolutamente comune. Anzi che uno non abbia una serie di *falsi SÃ©* Ã¨ quasi raro. Ã? il SÃ© del commercio insomma (generalizzando il concetto, questâ??ultimo lo chiamerei *un SÃ© metafisico* in senso propriamente filosofico!).

Questo favorisce, secondo me, tutto un frullare di vortici di falsa identitÃ talmente fitta, che genera ovviamente una identificazione di falsa immagine, quella che il vecchio Lacan chiamava *sembiante*, che Ã¨ quasi impossibile frenare

E.

Il cambiamento nel tipo di reazione dei sofferenti ha una possibile spiegazione nel mutamento della societÃ ? Va cercata, insomma, una causa [esterna] oppure il problema dello psicanalista Ã¨ innanzitutto quello di riconoscere la diversa varietÃ delle patologie, poichÃ© sono venute meno le precedenti categorie dâ??interpretazione?

Dico queste cose, forse anche molto tecniche, giusto per far capire come si potrebbe collegare il lavoro di cura attuale ai nostri vecchi parametri culturali. Penso che il problema che abbiamo noi Ã¨ moltiplicato cento volte. Sul piano tecnico Ã¨ difficilissimo oggi lavorare e sono formate malissimo le persone giovani. Anche quelle della mia generazione a volte sono formate proprio male, non capiscono assolutamente niente della contemporaneitÃ .

Ã? difficilissimo lavorare, perchÃ© il cambiamento che câ??Ã¨ Ã¨ gigantesco e abbastanza totalizzante. Mediatico in primo luogo. Quello Ã¨ il primo grandissimo cambiamento, che fa sÃ¬ che qualunque cosa virtuale possa essere scambiata per reale. Ho la possibilitÃ di aprire internet sul mio computer, dialogare con unâ??altra persona, prenotarmi un aereo piuttosto che comperarmi allâ??Outlet lâ??ultimo paio di Superga, che invece di costare 150 euro ora ne costano cinquanta, oppure posso sapere attraverso un blog cosa succede secondo lâ??opinione di â??*chiunque*â??, e posso comunicare attraverso questi mostruosi aggeggi continuamente. CiÃ² ha prodotto una serie di estensioni, se vogliamo comunicative, ma anche di ***fraintendimenti*** fra ciÃ² che Ã¨ immaginario e ciÃ² che Ã¨ reale.

Qui câ??Ã¨ un gioco di scambio di realtÃ , perchÃ© non si puÃ² nemmeno dare una disdetta al virtuale che pure appartiene al piano di realtÃ . Qualche anno fa assieme a Marco Riva, uno psichiatra che ha anche una formazione psicanalitica, avevamo condiviso una ricerca sullâ??immagine virtuale e i suoi effetti, anche positivi. Marco aveva proposto di proiettare dei video nelle sale dâ??attesa dellâ??ambulatorio psichiatrico dove lavorava. Le proiezioni erano concepite per passare gradevolmente i tempi morti in alcuni *luoghi-nonluoghi* (come le sale dâ??attesa delle stazioni, degli aeroporti, degli ospedali, degli uffici pubblici, le fermate del tram, ecc.). Questi cortometraggi avevano semplicemente una valenza estetica e un libero flusso associativo caratterizzava il montaggio; erano stati girati dallo stesso Marco Riva che Ã¨ molto appassionato e molto bravo. Câ??era anche lâ??intenzione di stimolare i pazienti, per incoraggiarli a prestare attenzione a qualche cosa di soggettivo che le circostanze un poâ?? fuori dal senso a volte ci aiutano a trovare. Io mi sono dedicato alla parte un poâ??piÃ¹ teorica, dato che mi sono occupato per alcuni anni dello sguardo, della perversione, delle ottiche molteplici e sovrapposte, della pulsione scopica, di queste coseâ?¦ Marco aveva sviluppato il materiale cinematografico in un modo molto interessante, evidenziando

lâ??interazione dello sguardo con lâ??oggetto, la messa in moto di unâ??attivitÃ psichica soggettiva che prende in considerazione lâ??oggetto percepito e lo soggettiva. Non molti colleghi avevano capito bene di cosa si trattasse, i colleghi medici, ad esempio, non riuscivano a capire cosa câ??entrasse con la psiche, con la sofferenza questa cosa. PerÃ², secondo noi, vedere in questo virtuale qualche cosa che puÃ² fare un effetto, accorgersene e poter pensare di gestirlo o di capire cosa ne deriva o interagire con queste cose ci sembrava un motivo molto importante.

Ã? piÃ¹ attuale fare una cosa del genere che provare a vedere se lo psicotico Ã¨ ancora psicotico, oppure se lo psicotico Ã¨ un poâ?? perverso, oppureâ?¦ quello che dicevo prima. Questo perÃ² ci porta â?? almeno ha portato me personalmente â?? alla questione che io ritengo fondamentale che chiamo questione del soggetto. Per me, come psicanalista con una formazione filosofica di partenza â?? vengo da unâ??area umanistica, non medica â?? Ã¨ la questione oggi piÃ¹ complessa e piÃ¹ difficile. PerchÃ©, secondo la psicanalisi, noi pensiamo necessariamente a cosâ??Ã¨ il soggetto. Pensiamo al vecchio Freud, che io considero continuatore della tematica hegeliana dellâ??autocoscienza. Poi pensiamo a Lacan, lâ??altro che ha fatto, secondo, me un passo importante sul tema del soggetto: il soggetto sbarrato, lo stadio dello specchio*, lo scritto del 49 dove in qualche modo parla di questo soggetto illusorio, nel quale io mâ??identifico e che sono : ilâ?¦ *me stesso*, che io credo e desidero di essere. Da qui si scatena tutta una serie di strutturazioni, assieme allâ??impedimento al soggetto di raggiungersi in modo onnipotente e totaleâ?¦ LÃ¬ câ??Ã¨ la prima visione lacaniana del soggetto.

E perÃ², se parliamo di soggetti, non possiamo piÃ¹ pensare che il soggetto sia riducibile alla mamma buona, alla mamma cattiva, al papÃ , al codice fraterno, ecc. Franco Fornari, negli anni â??70 era stato molto bravo, da questo punto di vista: aveva scritto delle belle cose sui codici familiari, i codici affettivi, le parentele, tutte queste questioni, che poi aveva esteso anche alla politicaâ?¦ Parlava, per esempio degli Usa come struttura *psicopolitica* dominata dal codice paterno, della Russia dominata dal codice materno, lâ??Europa era la zona della tragedia di Tieste.

Io credo, invece, che oggi troviamo una grande difficoltÃ a concepire una fondazione del soggetto riconoscibile, perchÃ© con una *mediatizzaizone* complessiva, con questa scomposizione di tutto il collettivo sociale, che sembra scomparso, tu non hai piÃ¹ nessun polo di riferimento, di rispecchiamento, non hai piÃ¹ alcuna possibilitÃ di deliberare alcunchÃ© ricevendo un riscontro convincente da parte dellâ??altro (il che sarebbe ciÃ² che ti farebbe un poâ??, tra virgolette, *innamorare* dellâ??altro!). Ma hai continuamente delle protesi dâ??identificazione possibile, delle sembianze di similitudine, dei falsi *noi* che si creano e che sono anche difficili e a volte pericolosi da smantellare. PerchÃ© a volte ti ritrovi di fronte a persone che hanno come strutturato un loro modo dâ??essere su quello che Lacan chiamava Â«sembianteÂ», ma un sembiante complesso, con la sua quota di realtÃ â?? che ti mette in una posizione di interazione abbastanza gravosa, dove io credo che si dimentichi per es. tantissimoâ?¦ il corpo.

Christopher Bollas, che ho visto lâ??ultima volta a maggio, ha scritto un libro interessantissimo e non ancora tradotto nel 2002-2003 dove riprende il tema della libera associazione freudiana. Lo tiene buono come principio sul quale fa vedere come ci siano stati dei fraintendimenti colossali. Sostiene che la libertÃ di pensiero associativo del soggetto sia una caratteristica indispensabile, per considerare correttamente la mente umana. Bollas di formazione Ã¨ un letterato, Ã¨ docente di letteratura inglese, Ã¨ stato allievo di Donald D.Winnicott ed Ã¨ membro ordinario della British Psychoanalytical Society. Ha pubblicato nel 2007 un libro nuovo, *The Freudian Moment* (Il momento freudiano), che puÃ²

sembrare una tematica di vecchio stile; perÃ² i titoli dei capitoli sono molto significativi. Uno sâ??intitola *Identificazione percettiva* e qui il corpo câ??entra qualche cosa. E il sapere inconscio a cui lui si riferisce viene chiamato *Unconscious Known* cioÃ¨ il *conosciuto inconscio*, il *saputo inconscio*.

Câ??Ã¨ anche un gioco letterario, senzâ??altro, in questa cosa, perchÃ© il vecchio inconscio freudiano *UnbewuÃ?t* in tedesco, scomparitÃ poi nella seconda topica freudiana dove farÃ capolino lâ??*Es*â?¦ in inglese abbiamo â??*Unconscious known*â?• cioÃ¨ â??*UnbewuÃ?t- BewuÃ?t*â?• ?!

E.

Fa pensare a quello che Majorino chiama *lâ??ignoto del notoâ?¦*

Si puÃ² chiamare anche cosÃ¬. Lui chiama questâ??aspetto *identificazione percettiva*, perchÃ© Ã¨ di cultura molto ingleseâ?¦ Pensa che lo stesso Winnicott ha scritto un saggio di psicoanalisi dal titolo *Human Nature* (La natura umana), tema tipico inglese. Siamo a Locke, ma piÃ¹ ancora siamo a Hume, siamo alla tradizione classica inglese, che Ã¨ sempre stata molto vicina alla percezione come fondamento della stessa coscienza. Poi qui, giustamente secondo me, andrebbe fatta fuori tanta cultura accademica, soprattutto italiana e anche francese. Gli inglesi pongono molto in luce lâ??aspetto percettivo della coscienza. La coscienza non Ã¨ composta di solo pensiero. Per noi â?? e i francesi forse peggio di noi â?? la coscienza Ã¨ pensiero. Direi, con lâ??evidenza della contemporaneitÃ , che la coscienza Ã¨, forse prima di tutto, percettiva. Bollas mette in luce questa cosa molto bene, secondo me.

Poi scrive un altro capitolo interessante, che Ã¨ *What is theory* (Cosâ??Ã¨ la teoria); ed Ã¨ una critica molto forte, cosa su cui ci siamo trovati molto dâ??accordo, che si ritrova nel capitolo *â??Sullâ??interpretazione del transfert come resistenza alla libera associazioneâ?•*. CioÃ¨ cosa va a dire? In sostanza, che lâ??analista che comunica unâ??interpretazione del transfert al paziente impedisce e pone una resistenza alla potenzialitÃ di associare liberamente. Dice in sostanza che, se io interpreto, ad esempio, che tu ti stai comportando cosÃ¬, perchÃ© evochi attraverso il rapporto con me un rapporto conflittuale col padre, piuttosto che unâ??altra qualsiasi area inconscia attivata, blocco ogni lavoro di libera associazione, che Ã¨ il pensiero creativo, che Ã¨ la parte piÃ¹ significativa del soggetto Nonostante la sua piena formazione kleiniana, lâ??analisi con il grande Winnicott e la conoscenza di Bion lo hanno forse aiutato a spingersi oltre nelle critiche ai dogmi di certa psicoanalisi ufficiale. Per esempio, dice che chi interpreta lâ??attacco al seno buono, lâ??identificazione proiettiva, la controidentificazione, cosa fa? Ripete sempre lo stesso schema meccanico che Ã¨ esattamente lâ??opposto del metodo psicoanalitico. CioÃ¨ fa un ritornello, una ripetizione continua, un *loop,* come si dice oggi, un atto perverso, dico io.

Sempre in questo testo afferma una cosa molto semplice e molto vera, che abbiamo sempre saputo tutti: il libero pensiero Ã¨ una modalitÃ tipica, strutturale dellâ??essere umano. CioÃ¨ non Ã¨ unâ??acquisizione della psicanalisi o di chi ha fatto lâ??analisi, dunque teniamo conto che il soggetto umano Ã¨ dotato di una capacitÃ di libero pensiero!

Qui lui non va in contrasto, anzi Ã¨ abbastanza in sintonia, con certe acquisizioni delle neuroscienze. Pensiamo ad Antonio Damasio, al suo bel testo, *Emozione e coscienza*, dove ha la capacitÃ di sostenere che esiste un soggetto biologico. Come esiste un soggetto nel senso filosofico comune del termine, câ??Ã¨ una soggettivitÃ , unâ?? individualitÃ biologicaâ?¦

Secondo me, il passaggio teorico necessario in questo momento impone di pensare â?? da determinista, da costruttivista pluralistico, da strutturalista, o da qualunque altra posizione intellettuale si voglia sostenere â?? a non negare piÃ¹ come indeterminato ciÃ² che Ã¨ invece soggettivo, individuale, peculiare. Câ??Ã¨ un diritto di esistenza specifica, particolare del soggetto.

Il mio scopo personale coi pazienti da un poâ?? di anni a questa parte, ma particolarmente adesso, Ã¨ proprio quello di essere su questa posizione etica di assoluta tutela, di diritto ad essere del soggetto e di potersi inventare ed essere qualche cosa che non sia determinato da meccanismi. Per cui in qualche modo penso che anche il vecchio Edipo, per es., sia da assimilare un poâ?? alla strutturazione archetipica junghiana. Lâ??archetipo Ã¨ come una struttura â?? dâ??accordo che io ho il cuore, i polmoni, lo scheletro, lâ??apparato muscolare â?? ma non posso essere ridotto a questa dimensione, perchÃ©, se no, mi spiego che sono cosÃ¬ perchÃ© ho questa struttura. Oggi una tale posizione Ã¨ cosÃ¬ palesemente falsa, inadeguata, che non si puÃ² fare altro che passare alla legittimazione di un soggetto che va facendosi, pur non avendo delle identificazioni sostenibili allâ??esterno. E questa Ã¨ la contemporaneitÃ freudiana autentica.

E.

Quello che dici mi pare abbia dei riscontri anche in campo politico (crisi dei partiti, nuove soggettivitÃ irricomponibili nelle categorie classiche della politica come nazione o classe, ecc.).

Bollas Ã¨ assolutamente pluralista rispetto alle teorie psicoanalitiche: ritiene che siano integrabili lâ??una con lâ??altra, o meglio, che debbano essere coesistenti. Fra i colleghi milanesi ritengo che Carlo ViganÃ², allevo diretto di Lacan, sia pluralista e molto tollerante: Ã¨ stato molto vicino a Basaglia e mantiene uno stile di psichiatria democratico. Bollas Ã¨ forse piÃ¹ â??ecumenicoâ?•, perchÃ© ritiene che oggi Ã¨ impensabile che un analista abbia una formazione limitata a una scuola. Eâ?? anche molto critico rispetto alla rigiditÃ delle ortodossie. Ma sostiene che non puoi pensare di avere letto Freud e di non avere letto nulla di Winnicott o di Melanine Klein, di Jacques Lacan o di Wilfred Bion. Eâ?? necessario appropriarsi di una vasta gamma di concezioni dellâ??inconscio per poter sostenere la teoria del soggetto. E ciÃ² non significa nemmeno che si debba rinnegare una teoria dellâ??attaccamento, pensa a Bowlby e ai suoi seguaci. Bisogna far proprio ciÃ² che proviene da questi punti di vistaâ?¦

D.

Ã? un poâ?? anche quello che avviene nella scuola. Oggi gli insegnanti non possono legarsi ad un modello a una teoria dellâ??apprendimento. Sono costretti ad utilizzare diversi modelli.

E:

Siamo, dunque, arrivati al riconoscimento della pluralitÃ anche nella psicanalisi?

Poco, pocoâ?¦Diciamo, per esempio, che ci sono psicoanalisti come Carlo ViganÃ² che Ã¨ aperto da questo punto di vista. Lavoro con lui allâ??ex O.P.â??Paolo Piniâ?• da sei anni. Da dieci anni vi si tiene un seminario sulla costruzione del caso clinico. Il gruppo che ha organizzato il lavoro ha avuto la direzione di Salvatore Freni, uno psicoanalista della S.P.I. (SocietÃ Psicoanalitica Italiana), di impostazione bioniana, psichiatra e docente universitario, che ha dato spazio a ViganÃ², pur essendo

lui un rappresentante della leva lacaniana. Ha dato la parola anche a me che considera abbastanza vicino allâ??area inglese winnicottiana, nonostante in Italia io mi senta forse piÃ¹ vicino allâ??area lacaniana. Sai che io ho percorso anche un lungo tratto di analisi con un analista junghiano. Câ??Ã¨ anche qualche junghiano che partecipa alla discussioneâ?¦

Su queste rigiditÃ di scuola rimango tuttora molto perplesso. PerÃ² diciamo che a Milano câ??Ã¨ questa realtÃ del Paolo Pini. E lÃ¬ si puÃ² praticare ancora una forma di psicoterapia quasi gratuita, pagando semplicemente un ticket. CiÃ² vale per molte persone, per cui si puÃ² dire che câ??Ã¨ ancora questâ??area pluralistica e aperta che continua. PerÃ² dire che câ??Ã¨ unâ??apertura alle varie scuole Ã¨ molto azzardato.

Personalmente mi considero un poâ?? un poliglotta da un certo punto di vista, perchÃ© avendo avuto la formazione di base con dei freudiani ortodossi, la prima formazione clinica con Fornari, che allora era piÃ¹ bioniano che kleiniano, poi ho frequentato per molti anni gli junghiani e altrettanto i lacaniani, so qual Ã¨ il registro da cambiare quando tu vuoi parlare.

Una cosa interessante Ã¨ successa con Bollas. Gli ho presentato in caso di un paziente, figlio di madre suicida quando lui aveva 16 anni. Lui con una serie di malesseri gravissimi, ai quali si Ã¨ aggiunto lâ??alcoolismo, insomma una situazione molto grave e allarmante. Un mio amico psichiatra voleva ricoverarlo ma abbiamo convenuto di aspettare un poâ?? di tempo e il paziente ha accettato di assumere un poâ?? di antidepressivi, perchÃ© era il caso anche se ho fatto fatica a convincerlo. Siamo riusciti a non farlo ricoverare e a lavorare abbastanza bene su queste cose. Dopo tre anni di lavoro con lui, tante cose sono andate decisamente molto bene, su altre questioni câ??Ã¨ ancora molto lavoro da fare. Per mia curiositÃ intellettuale ho presentato proprio questo caso a Bollas Volevo sentire lui che cosa mi diceva. E la cosa interessante Ã¨ stata questa, che lui mi ha detto che la conduzione di questa psicoanalisi era assolutamente coincidente con la psicanalisi della relazione dâ??oggetto. Certo era stata condotta in modo rigoroso dal punto di vista del setting, delle regole analitiche. Ma il registro di lavoro da me adottato con il paziente era assolutamente diverso da quello che Bollas poteva riscontrare nel mio lavoro. La caratteristica comune era la scelta decisamente non interpretativa, il paziente stava steso sul divano, veniva due volte alla settimana e attraversava una serie di contenuti associativi liberi.

PerchÃ© la cosa Ã¨ interessante? PerchÃ© indipendentemente dal riferimento teorico adottato, effettivamente fai parlare il soggetto! Ha importanza il soggetto non la teoria. E, se conosci le lingue in cui si parlano le varie teorie, la traduzione dallâ??una allâ??altra Ã¨ possibile!

Sul piano teorico a me interessa il fatto che si possa passare da un linguaggio allâ??altro, perchÃ© â?? e qui riprendo Bion â?? i vertici sono tanti: puoi cambiare vertice e guardare da un altro punto di vista lâ??oggetto. Lâ??importante Ã¨ ricordare che lâ??oggetto ha una sua esistenza di soggetto e che non prevalga la teoria.

La nostra psicanalisi, in generale, Ã¨ ancora molto dogmatica: adotta una vecchia meccanica â??metafisicaâ??.

[Ornella: legata allâ??**orticello .. come se non fosse un tuttâ??uno corpo anima e mente]**

D.

Vediamo se ho capitoâ?¦Diciamo che câ??Ã¨ una grossa difficoltÃ a individuare le nuove patologie, una difficoltÃ diagnostica rispetto alle patologie di un tempo (isterie, nevrosi, psicosi e cosÃ¬ via) oggi esistono patologie molto piÃ¹ complesse con un buon funzionamento ,, un buon adattamento alla realtÃ perÃ² si hanno delle grosse difficoltÃ che non vengono facilmente.. Due: câ??Ã¨ una grossa difficoltÃ da parte degli analisti, per cui non Ã¨ piÃ¹ facile utilizzare degli intenti teorici .. molti dei loro limiti e della loro inadeguatezza.. per cui ti orienti verso un pluralismo delle teorie per cercare comunque di aiutare difendere il soggetto o, come dicevi, di tutelare il suo diritto ad essere

Questo tipo di rapporto rispetto allâ??altra questione rispetto ad alcuni libri usciti negli ultimi anni â?¦ avevoâ?¦ Le discussioni che avevamo fatto riguardavano 4 punti: 1) una ricognizione dei malesseri esistenti oggi e mi ero segnato una serie di libri [elenco libri Donatoaggiungere, precisare o trattare altrove?] atti di convegni.. legati al disagio della civitÃ .. in Psiche.. Itinerari del rancore.. Paranoie del politicoâ?¦ Non sarebbe male recensire una seirie di libri che ci aiutino a fare una ricognizione dei malesseri della psiche.. famiglie scuole fabbriche uffici legate a forme di concorrenza sui luoghi di lavoroâ?¦ globalizzazione postfordismo.. Ã¨ un filone di lavoro.. 2) poi câ??era la difficoltÃ a d affrontare il disagio psichico e qui ci sono tutti i discorsi che vanno dalle droghe, cocaina, psicofarmaci â?¦il discorso dellâ??arteterapia.. manicomi.. bambini iperattivi.. dibattiti caldi rispetto al malessere che câ??Ã¨; 3) gli orientamenti teorici: cognitivismo contro psicanalisiâ?¦ magari per concludere come dici tu: ragazzi, il viaggio non Ã¨ finito.. dobbiamo continuare a lavorare, la societÃ cambia, dobbiamo assumere atteggiamenti piÃ¹ complessiâ?¦ ; 4) â?¦ esperienze come la tua o di persone che possono descrivereâ?¦ romanzieri, scrittori..

Sulla questione delle varie psicologie e psichiatrie che hai nominato, la cosa piÃ¹ importante da dire sarebbe che non si legge piÃ¹ la clinica; tu trovi molte formulazioni teoriche â?? forse le hai nominate tutte â?? che portano esemplificazioni di â??vignetteâ?• cliniche (adesso si usa chiamarle cosÃ¬) per comprovare lâ??attendibilitÃ della teoria o della tecnica psicoterapica utilizzata. In questo senso, ripeto, le psicologie e le psicoterapie (psicoanalisi compresa) sono delle metafisiche dogmatiche e incongrue.

[D.

Sere fa stavo leggendo un libro.. della Comencini? Uno che ha la mia o la tua etÃ â?¦che si chiede perchÃ© il comunismoâ?¦e comincia un percorsoâ?¦ Avevo finito di leggerlo..Evitare le emozioni, vivere le emozioniâ?¦ imposta questo suo lavoro a partire dalla clinica perchÃ© vedo che allâ??interno câ??Ã¨ molta casistica.. mi pare che sia bioniano..

Io dico perÃ² unâ??altra cosa e divento un poâ?? marxiano in questo. Prassi e teoria. La psicanalisi non puÃ² assolutamente, e non deve, evitare di basarsi sulla pratica. Le cliniche che tu trovi nominate in quelle teorizzazioniâ?¦ tutte quante, sono delle astrazioni formali che non si fondano sulla casistica clinica. Ti porto, invece lâ??esempio di due casi clinici di psicosi che sono stati presentati di recente*. Nel trattamento si espongono le complicazioni del caso, ciÃ² che succede. PerchÃ© Ã¨ importante prestare attenzione alla clinica? Da un certo punto di vista rimango molto vicino alla posizione lacaniana del cosiddetto *aprÃ¨s coup,* quello che *succede dopo*, lâ??evento. Ogni trattamento clinico procede per eventi e accadimenti. Non si puÃ² pensare che io prevedo e pre-dico lâ??accadimento.

Queste teorizzazioni, invece, cosa fanno? Incasellano tutto. Detto in parole povere, eliminano il concetto di inconscio completamente, eliminano la lettura della terza topica lacaniana â?? il nodo dei tre anelli R.S.I. â?? quella del Reale, del Simbolico, dellâ??Immaginario, che sono sempre interconnessi. PerchÃ© il Reale Ã¨ lâ??ineludibile, ciÃ² a cui non mi posso opporre, il Simbolico Ã¨ il linguaggio, lâ??Immaginario Ã¨ il *come se*. Bene, se tu guardi la questione da questo punto di vista, le teorie o sâ??incistano sul Simbolico o sullâ??Immaginario o sul Reale. I cognitivisti, i comportamentismi, i biologisti sul Reale. Gli psicanalisti di stile iperteorico â?? compresi molti lacaniani â?? sul Simbolico. Li ho criticati e me ne sono in parte allontanato, perchÃ© non ne potevo piÃ¹ di questa mitizzazione del simbolismo linguistico: la parola, la parola, il ragionamento sulla parola. SÃ¬, il dominio del Simbolico, che diventa unâ??assolutizzazione di quellâ??anello topico. Gli junghiani e i kleiniani : Immaginario allo stato puro, il *come se* posto come uguale al Reale. Poi ci sono i fenomenologi che a furia di parlare di soggetto lo rendono oggetto allâ??estremo. Ci sono lavori interessantissimi di varia provenienza, ormai sono dei classici. Prendi Ronald Laing, che ha scritto il testo piÃ¹ bello, *Lâ??io diviso*, che Ã¨ un esempio di fenomenologia straordinaria, ma anche di psicanalisi. Lui era allievo di Winnicott. In Lacan ci sono cose splendide negli *Ã?crits* e, soprattutto, in alcuni dei *SÃ©minaires* â?¦

Anche alcuni colleghi hanno scritto anche cose eccellenti, ma indipendentemente dalla â??scuolaâ?• di appartenenza. Per esempio ci sono delle cose intelligentissime scritte da qualche junghiano (pensa a Vincenzo Loriga, pensa a Cesare Viviani, o a Peter Schellenbaum). Non voglio dirti che gli psicoanalisti oggi siano stupidi, non voglio dire che siano da svalutarsi i loro scritti. Ma, quando tu estrapoli da queste teorie delle teorizzazioni e ne fai sistema, tu fai un tipo di riduzione alla logica sbagliata. La logica della psicanalisi Ã¨ una logica clinica. Non Ã¨ una logica della teoria. Da questa chiusura noi italiani non usciamo e pure i francesi fanno molta fatica.

E.

E perchÃ©?

PerchÃ© siamo prigionieri di una cultura molto vecchiaâ?¦

[Ornella: lâ??esempio degli stranieri che partono daâ?¦ assolutamente lontana dalla nostra..]

La teoria chiude tanto non ti dÃ modo di avere unâ??interazione libera, soggettiva e intersoggettiva, dico io. Le teorie psicologiche o psicoterapiche sono veramente scatole cinesi.

E:

E perÃ² una teoria che fosse attenta alla varietÃ , pluralitÃ e singolaritÃ dellâ??esperienza non potrebbe suscitare un maggiore attenzione verso di essa? Ci sono teorie sistematiche che chiudono il processo e lo rendono statico. Ma ci sono anche delle teorie che aprono alla varietÃ della vita e del mondo dellâ??esperienza. Non Ã¨ che la teoria di per sÃ© chiude soltantoâ?¦

Per chiarezza, vorrei dichiarare pochi dogmi del mio â??catechismoâ??; prima Freud e poi Kafka. Allora, due cose. Nellâ?? ultima serie di lezioni, nellâ??*Introduzione alla psicoanalisi* Freud nomina tre azioni la cui realizzazione corretta Ã¨ impossibile ma a cui non si deve rinunciare: governare, educare e psicanalizzare **[curare, amministrare, educare**]. Sono dâ??accordissimo che non possiamo portare la bandiera del valore etico o intenzionale di ciÃ² che stiamo facendo come giustificazione del nostro

lavoro, eppure non possiamo prescindere dalla necessitÃ etica di praticarlo. E lâ??altra cosa che Freud scrisse, sempre nella serie di lezioni: la psicanalisi non Ã¨ una *Weltanshauung* (concezione del mondo). Importantissimo: la psicanalisi non Ã¨ un modo di guardare al mondo, non Ã¨ una visione del mondo. La psicanalisi Ã¨ innanzitutto una pratica. Lâ??errore protratto molto a lungo Ã¨ stato quello di innescare questa continuitÃ tra il pensiero accademico, filosofico e la psicanalisi. Guarda che cosa hanno scritto i vari psicanalisti che si sono occupati di letteratura o di arte. Il Lavagetto, Francesco Orlando. Franco Fornari stesso ha scritto un bruttissimo libro su *Agostino* di Moravia. E comunque soprattutto la psicanalisi degli anni Settanta, cercando di attestare lâ??attendibilitÃ teorica della psicanalisi. Invece che ispirarsi in modo creativo e curioso allâ??arte e alla letteratura, cogliendone gli stimoli preziosi e la capacitÃ di intelligenza e di rappresentazione, una brutta psicoanalisi ha cercato di spiegare i tratti psicopatologici nascosti dellâ??artista o della sua opera. Per fortuna filosofi come Gilles Deleuze hanno fatto giustizia e chiarezza sullâ??arte di Francio Bacon, o semiologi come Roland Barthes ci hanno aperto gli occhi sulla lettura dellâ??immagine! Sembra sempre che la psicanalisi si senta sempre sorella minore della medicina, della filosofia delle scienze positive. E câ??Ã¨ ancora chi cerca di dire che Ã¨ scienza, che Ã¨ vera, Ã¨ giusta e cura; e poi non ci credono davvero a questâ??effetto di curaâ?¦ Câ??Ã¨ questo aspetto del sentirsi schiavi della medicina e fratelli minori della cultura filosofica e intellettuale: uno psicanalista non si sente, in questo senso, nÃ© carne nÃ© pesce.

Secondo me la psicanalisi davvero non Ã¨ una teorizzazione, ma ha bisogno di una pluralitÃ di teorie. Non credo che noi possiamo dire che câ??Ã¨ *una* teoria psicanalitica, ma Ã¨ anche sbagliato dire: câ??Ã¨ quella freudiana, quella kleiniana, quella lacaniana. Ripeto: si puÃ² virare da una allâ??altra, se si conoscono i punti di snodo, ma la psicanalisi ha bisogno di una quantitÃ di teorizzazioni molto vasta.

Pensiamo ad Antonio Damasio o ai neuroscienziati che spiegando la funzione dei neuroni a specchio permettono di convalidare lâ??importanza dei processi inconsci di identificazione. CiÃ² significa, ad esempio, che guardando un paziente, ascoltando la sua voce e sentendo lui la mia, muovendomi e pensando certe idee, attivo unâ??area di arricchimento di comprensione e di conoscenza possibile che si potrebbe chiamare banalmente creativaâ?¦ La scienza mi dice oggi: quello che fai Ã¨ attendibile, Ã¨ vero che funziona. Come psicoanalisti lâ??abbiamo dato sempre per scontato, ma dirlo non Ã¨ cosÃ¬ facile e scontato. Per questo compaiono la famosa empatia o le relazioni affettive rimosse, quasi a giustificare che fra due soggetti qualcosa di nuovo accade! Anche dalla filosofia possiamo trarre insegnamenti preziosi. Io trovo interessanti ad esempio le questioni del tempo, del tempo inconscio, del non tempo dellâ??inconscio (una questione importante in sospeso) da Husserl ad Heidegger a Emanuele Severino, un uomo di grande intelletto secondo me: la questione dellâ??eterno presente, del tempo presente Ã¨ una vera spiegazione teoretica del modulo logico del tempo.

E come potrei negare le funzioni di neurotrasmettitori, come la serotonina, la dopamina, la noradrenalina, ecc.? Devo sapere che un individuo sottoposto a una fatica, a uno stress, al dolore, o a qualche cosa di molto grave, andrÃ accudito, magari aiutato ad accettare un aiuto farmacologico stabile o temporaneo adeguato. DovrÃ² poter telefonare a un collega psichiatra e dirgli che questo neurolettico per questo paziente Ã¨ troppo, lo fa star male. Oppure: guarda che questo neurolettico qua non va bene, non si puÃ² sostituirlo o somministrargliene un poâ?? meno?

Allora, se io non so queste cose, non so curare il paziente. La teoria mi puÃ² dire quello che vuole, perÃ² io sono presente anche per riconoscere che un farmaco a una persona fa bene ma allâ??altra fa

malissimo, che una cura tipica puÃ² essere straordinaria per unâ??anoressica ma inutile o dannosa per unâ??altra, che solo un ottavo del dosaggio standard di un farmaco neurolettico Ã¨ sufficiente a quello psicotico cosiddetto delirante: Ã¨ semplicemente preda di unâ??angoscia tremenda e quel farmaco che non lo stordisce gli fa recuperare un grado di calma e magari poi smetterÃ anche di prendere quel farmacoâ?¦

Ora io non posso teorizzare che i farmaci non servano, che la serotonina non Ã¨ cosÃ¬ importante, che il senso del tempo Ã¨ quello che dico io e non Ã¨ quello che dice Emanuele Severino, o piuttosto che le neuroscienze sbagliano a generalizzare. Alla stessa stregua, il cognitivista su certe cose ha ragione, il fenomenologo anche. Se lo psicanalista interpreta come atto mancato un comportamento inconsueto che in realtÃ dipende da unâ??anomalia dellâ??amigdala, sta facendo un abuso teorico, ignorando le conoscenze che ci hanno portato le neuroscienze. Allora da un certo punto di vista bisogna dire con chiarezza che la psicanalisi non Ã¨ una teoria unitaria.

Or.

Ã? una scienza apertaâ?¦

Ã? una scienza aperta. Riprendiamo ancora Freud che segnalÃ² quello che la psicanalisi non deve fare: negare. PerchÃ© non deve avere una funzione negativa? PerchÃ© la funzione negativa si legge, in psicoanalisi, come meccanismo difensivo rispetto al reale, e al sapere che si produce. Non mi posso permettere, come psicanalista, come essere pensante, come essere umano, di negare a priori un dato del sapere solo perchÃ© scombina la mia teoria.

Prendiamo lâ??esempio di alcuni pazienti citati da Damasio. Potrebbe capitare che uno di loro, portatore di una lesione allâ??amigdala, dia una risposta assolutamente serena e non aggressiva davanti a chi lo insulta o lo malmena, anzi Ã¨ sorridente ed Ã¨ bonario. Come psicoanalista, o psicologo, o psichiatra, potrei pensare che probabilmente il paziente ha un tratto masochistico, o forse ha una componente dâ??identificazione con il proprio aggressore, o forse interpreta lâ??attacco in modo metaforicoâ?¦ Potrei dire un sacco di sciocchezze! PerchÃ© chi ha una microlesione nellâ??amigdala puÃ² essere assolutamente capace di vivere, di amare, di lavorare di fare una vita comune, ma non riesce ad individuare i segnali aggressivi (tono di voce, alterazione motoria, ecc.) di un altro come minacciosi, non codifica questo come un attacco, si comporta in modo non reattivo.

Allora se dieci anni fa potevamo pensare che fossero fissazioni dello scienziato, oggi dovremmo imparare qualcosa di piÃ¹ dalla metodologia filosofica: sospendere il giudizio, fare â??lâ??epochÃ¨â?•, la sospensione del pre-giudizio, in attesa delle rilevazioni fenomeniche adeguate al giudizio. Se no si fanno delle operazioni assolutamente criticabili. Come psicanalisti dobbiamo interrogarci: perchÃ© mai dobbiamo negare qualche cosa?

Tu citavi prima *Il libro nero della psicanalisi*. Elisabeth Roudinesco ha scritto *Pour quoi la psichanalyse* in risposta a quel testo. Vi fa una serie di osservazioni sulla legittimitÃ del lavoro analitico, sul fatto che il soggetto umano non puÃ² essere ridotto a certe categorie, dÃ una risposta anche abbastanza attendibile. PerÃ² penso anche che la psicanalisi dovrebbe abbattere la propria presunta onnipotenza. Noi stessi siamo stati psicanalizzati da quelli che abbiamo considerato maestri ma credo che oggi il mito sia sfatato, che forse vada preso atto che unâ??umiltÃ rispetto agli altri saperi dobbiamo averla, perchÃ© altrimenti rischiamo di ideologizzare, di confezionarci â??vestiti di ideeâ?•(lâ??*Ideenkleid* che Husserl ci ha insegnato a riconoscere).

Mi hanno colpito molto questâ??anno certi colleghi americani. Ho sempre considerato gli americani poco stimolanti sul piano intellettuale. Invece devo dire che alcuni di loro mi hanno colpito molto. Ho conosciuto Eric Plakun che lavora da trentâ??anni allâ?? Austen Riggs Center dove sono ricoverati i pazienti suicidali o con rischio suicidale alto e con un alto grado di rifiuto di ogni forma di trattamento psicanalitico o psicoterapico. Lui Ã¨ responsabile da trentâ??anni di questâ??ospedale. Ã? di una semplicitÃ , di una umiltÃ assolute. Ha scritto un saggio bellissimo (ci ha lasciati tutti con tanto di naso!) che riflette sugli errori dei terapeuti che non sanno affrontare il fallimento della propria terapia, la paura di parlare di morte e di affrontare la mortalitÃ possibile del paziente; e non sanno usare quellâ??aggressivitÃ che viene sollecitata nellâ??analista da questi pazienti come un elemento pericoloso. In fondo cosa dice Plakun: tu analista che lavori con una persona che si puÃ² ammazzare e rifiuta la terapia, sai che cosa ti sollecita, sai che controtransfert â?? diremmo noi negativo â?? sollecita in te, sai che parti tue di rigetto, di furia, di rabbia, di non accettazione, di negazione, sollecita?

Ha fatto unâ??indagine sugli errori nel processo, quando non si guarda e a volte non si parla col paziente di questa problematica. Ora allâ??Austen Riggs hanno una bassa percentuale di pazienti che si suicidano lo stesso. Ma unâ??altissima percentuale di pazienti riesce a superare questa impasse. Sai come fanno gli americani: sono molto pragmatici, danno importanza a ciÃ² che funziona! Lâ??altra cosa intelligentissima Ã¨ che, se un terapeuta in supervisione non riesce ad affrontare la questione distruttiva ed Ã¨ in qualche modo quasi complice del paziente, il team che segue il paziente darÃ il compito di sollecitare il nucleo distruttivo a un altro terapeuta, che interviene magari col gruppo, anzichÃ© con la terapia individuale piuttosto che con la terapia farmacologia. SarÃ questâ??ultimo a svolgere la funzione necessaria, senza bloccare lâ??altra funzione utile che il terapeuta connivente in qualche modo sta svolgendo.

Da un americano non mi aspettavo tanto, francamente. Ed Ã¨ un insegnamento che ti fa pensare, per esempio quando noi generalizziamo e non prendiamo atto che abbiamo delle difficoltÃ , dobbiamo affrontare delle cose che non ci piacciono proprio e ci troviamo di fronte a questioni abbastanza complesse. Ecco loro fanno una *clinic* dove câ??Ã¨ questa gente che lavora insieme e si integra in uno scopo comune. Per noi Ã¨ una cosa abbastanza strana e di lÃ da venireâ?¦

[Or.

non hanno facilitÃ ad unire le problematiche]

E.

In questa pluralitÃ di approcci, diciamo pure di eclettismo, che Ã¨ sotto molti aspetti positiva perchÃ© rompe con atteggiamenti dogmatici, come fa lâ??analista, costretto a lavorare in una situazione di grande incertezza, a superare i nodi piÃ¹ difficili? Quando ha dei dubbi, a cosa, a chi ricorre? Ci saranno dei supervisori?

Non ce nâ??Ã¨ quasi nessuno. Io vado a Londra da Bollas, magari anche solo per una supervisione. Lavoro con lui, procede un lavoro di ricerca a tempo indeterminato. Grazie al cielo ci capiamo bene â?¦ Ho degli scambi con alcuni colleghi di Parigi, posso confrontarmi abbastanza frequentemente coi colleghi americani, câ??Ã¨ qualche collega milanese col quale Ã¨ possibile uno scambio di punti di vista. Devo dirti che a Milano câ??Ã¨ qualcuno che mi capisce? Pochi e poco. Molti non capiscono neanche di cosa sto parlando. Se sono chiusi in una teoria sono io che mi devo sforzare di parlare il loro gergo, i miei riferimenti pluralistici sono faticosi!

E.

Allora un analista, che sâ??accorge della complessitÃ dei nuovi disagi e dei rischi che corre nellâ??affrontarli, su che cosa puÃ² contare?

Secondo me su un lavoro dâ??Ã©quipeâ?¦ Il Pini in qualche modo lo fa: siamo una rete di persone che possono collaborare. In primo luogo ci vorrebbe un lavoro dâ??Ã©quipe organizzato principalmente dallo psicanalista. In secondo luogo una collaborazione stretta con le altre figure terapeutiche (non unâ??esclusione come se una fosse la figura utile e le altre figure accessorie). A volte la figura psicoterapica piÃ¹ efficiente puÃ² non essere affatto quella dello psicoanalista, ma lo psicoanalista deve supportare adeguatamente la figura designata e favorire unâ??armonizzazione dei compiti dellâ??Ã©quipe. Per es. la collaborazione stretta con lo psichiatra, la possibilitÃ di parola con lo psichiatra â?¦ che lui sappia, che io sappia â?¦ e che noi ci scambiamo i nostri punti di vista.. Naturalmente per fare questo in privato, io avviso il mio paziente e chiedo se mi dÃ il permesso di avere una comunicazione regolare con il medico. Lo faccio e insegno a quei pochi che ascoltano un pochino che si fa cosÃ¬â?¦

Lâ??altro discorso Ã¨ la supervisione. SÃ¬, la supervisione posso chiederla ad alcuni. Per caritÃ , se câ??Ã¨ una persona che mi puÃ² illuminare â?¦ perÃ² a volte per certe cose sono pochissimiâ?¦ Ormai con queste scuole esplose dovunque, non câ??Ã¨ piÃ¹ psicoanalisi che si sofferma a pensare! Lâ??altro discorso Ã¨ che io ho in supervisione alcuni colleghi. Cosa fai, quando ci sono questi casi gravi? [â?¦]

Una comunicazione almeno settimanale e poi prendo in carico assieme al collega il lavoro che sta facendo, segnalandogli chiaramente quello che non vede. Viene da me una collega che a volte lavora con casi gravi e si Ã¨ trovata nel panico. Farle riconoscere quando lei non Ã¨ in grado di lavorare con quel paziente, quando Ã¨ opportuno indicare un medico, quando Ã¨ opportuno che aiuti il paziente a traslocare da unâ??altra figura terapeutica piÃ¹ adeguata, quando ci sono delle aspettative dellâ??analista che sono improprie e inadeguate, quando non si sa che tipo di risposte puÃ² avere il paziente. Allora, per es. in questo caso, quando tu fai un quadro molto dettagliato e preciso con un collega che supervisioni, prima di tutto devi sapere fino a che punto il collega ha lavorato su di sÃ©. Ho avuto una collega in analisi per due anni e mezzo, perchÃ© aveva bisogno di capire delle cose che non aveva mai analizzato per continuare in questâ??area di supervisione. E allora era importante che prendesse contatto con delle aree psicotiche di sÃ©, che non aveva mai tenuto in considerazione e che quindi interagivano male con quelle del paziente. Non poteva essere cosÃ¬ pacata da lasciarlo tranquillo, se aveva bisogno di catalogarlo, di collocarlo, di applicare la tecnica â?? questa cosa di applicare le tecniche Ã¨ mostruosa! Imparate queste cose, allora, il lavoro puÃ² essere â??stiamo vedendo quello che succede!â?•. Non Ã¨ che io preveda esattamente quello che succederÃ , ma devo avere una mappatura molto precisa, come un asse cartesiano che ti permette di individuare il punto, lâ??oggetto.

Secondo me, quando ci sono grosse difficoltÃ col collega in supervisione che ha un caso difficile da trattare, devi disporre tanti occhi che guardano, devi tenere presente una serie di dinamiche che si muovono. A volte ci vuole una pazienza da parte del terapeuta o dellâ??analista, perchÃ© pare che per molto tempo non succeda nienteâ?¦ E magari nellâ??analista si coltiva lâ??angoscia, si annida un malessere, non dorme di notte: ti porti dentro dei mattoni pesanti, incredibili. E devi reggere. A volte quello che fa succedere qualche cosa Ã¨ proprio il fatto che se tu riesca a tenerti tutta questa carica

mostruosa di angoscia, di malessere, portartela dentro; e a volte vedi il paziente che esce alleggerito dal tuo studio e tu ti senti pieno di pesi, di lividi, di insuccessiâ?¦

Io ho un paziente che aveva delle fissazioni gravi, mi era stato mandato da un reparto psichiatrico importante di Milano. Aveva delle gravi situazioni deliranti. Ho notato che aveva bisogno di un tempo della seduta completamente fuori da quello del *setting*, fuori da certi canoni. PerciÃ² fa una seduta di due ore. Tutte le volte, per un anno abbondante, due ore alla volta, perchÃ© per sentirsi a proprio agio, per sciogliersi verbalmente, per poter instaurare un rapporto sufficiente, ha bisogno di almeno una mezzâ??ora. E adesso che si sente a proprio agio, il tempo Ã¨ quello, un tempo lungo. So che avrebbe dovuto venire non meno di due tre volte la settimana Ma ci sono piÃ¹ problemi. Primo: secondo lui due, tre volte Ã¨ troppo e non se lo puÃ² concedere. Poi economicamente non se lo puÃ² permettere. E poi per lui venire piÃ¹ volte sarebbe un segno di gravitÃ . E allora cosa ho fatto? Ho lasciato lâ??accordo di una sola seduta alla settimana, una seduta che occupa il tempo di tre sedute che si tengono in giorno solo. Ã? fortemente antieconomico, dal punto di vista del denaro che guadagno. E perÃ² a volte un tempo antieconomico Ã¨ indispensabileâ?¦ Il tempo prolungato cosÃ¬, per questo paziente, Ã¨ indispensabile. Se confronti il mio comportamento con un rigido *setting* si puÃ² dire che io mi comporti in modo selvaggio! Ma il paziente Ã¨ guarito, se cosÃ¬ si puÃ² dire, dalla propria patologia psicotica e sta lavorando ora come ogni normale nevrotico, anzi come uno dei migliori analizzanti!

Anche la questione del vecchio dispositivo delle quattro o cinque sedute alla settimana, della neutralitÃ dello psicanalista, dellâ??accettazione indiscutibile delle regole e dei tempi, della frequenza e dei pagamenti non puÃ² essere attuata al giorno dâ??oggi. Pensa che a New York Ã¨ rimasto un solo allievo psicoanalista che procede nella formazione tradizionale dellâ??Internazionale Freudiana. VorrÃ pur dire qualcosa rispetto ai cambiamenti necessari!!!

â??*Le stade du miroir comme formateur de la function du Je â??*

telle quâ??elle nous est rÃ©vÃ©lÃ©e dans lâ??experience psychanalytique

Communication faite au XVIe congrÃ¨s international de psychanalyse Ã ZÃ¼rich, le 17 juillet 1949.

* Al IX Joint Meeting fra lâ??AAPDP (American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry) e OPIFER (Organizzazione di Psicoanalisti Italiani. Federazione e Registro) dedicato alle strategie della psicoterapia dinamica ho presentato uno scritto intitolato *Free thinking: la psy-chose prochaine.*

Ovvero il libero pensiero e la follia vicina di casa.

Categoria

1. RIORDINADIARIO

Tag

1. Pietro Andujar

Data di creazione
11 Ott 2026
Autore

poliscritture