



La questione della cura fra psicoanalisi e consulenza filosofica
Alvise Sforza Tarabochia
Esercizi Filosofici 4, 2009, pp. 86-92
ISSN 1970-0164

LA QUESTIONE DELLA CURA FRA PSICOANALISI E CONSULENZA FILOSOFICA

Alvise Sforza Tarabochia

1. Il modello medico

Prima di poter procedere nello specifico del rapporto fra psicoanalisi e consulenza filosofica ritengo necessario fare il punto sul concetto di cura.¹ Mi spiego: quando domandiamo a pratiche come quelle di cui vogliamo discutere in questa sede: «Ma voi potete curare?», cosa stiamo domandando loro? Che bagaglio culturale ci stiamo portando dietro quando nel nostro discorso emerge l'idea della cura, o di una cura? È mia opinione che quando chiamiamo in causa la cura ci riferiamo primariamente al contesto medico. È dunque il caso di allungare un po' il giro da percorrere, per rivolgersi alla psicoanalisi e alla consulenza filosofica con una – perlomeno vaga – idea del contesto in cui inevitabilmente e spesso involontariamente ci troviamo quando parliamo di pratiche che in qualche modo si suppone possano curare.

Secondo il cosiddetto «modello medico» la cura può essere considerata quel processo di transizione indotta fra uno stato di malattia e lo stato di salute, inteso come originario e precedente rispetto alla malattia. È impossibile dunque prescindere da concetti quali salute, normalità, malattia e patologia per comprendere cosa si intende per «cura». Considerando la salute come quello stato in cui l'organismo funziona «normalmente» e la malattia come una deviazione da tale funzionamento, possiamo distinguere in questo approccio tre aspetti – ricordando che spesso questi si intrecciano e sovrappongono: l'aspetto biostatistico (la normalità coincide con la salute e questa è definita da un individuo ideale, circoscritto da dati statistici. La malattia/patologia scatta quando ci si allontana da un certo *range* di valori che definiscono l'individuo ideale), l'aspetto ontologico (la malattia è prodotta da fattori esterni) e l'aspetto fisiologico (la salute è uno stato di equilibrio psicofisico e il suo ristabilimento richiede un bilanciamento).

Il presente articolo è una trascrizione dell'omonimo intervento tenutosi il 23 Marzo 2007, presso l'Università degli Studi di Trieste, in occasione del ciclo di seminari «La Consulenza Filosofica in Questione».

La difficoltà principale che la medicina incontra nel maneggiare salute e malattia a livello concettuale è l'articolazione fra aspetti normativi e aspetti descrittivi. Mentre questi ultimi sono avalutativi (descrivono processi biologici in sé neutri appoggiandosi ai modelli biostatistici), gli aspetti normativi non possono prescindere da una componente soggettiva poiché si intersecano con concetti come benessere, corretto funzionamento dell'organismo, equilibrio psicofisico. Già Georges Canguilhem, mentore di Michel Foucault, denunciava la scarsa importanza data dalla medicina al fattore di soddisfazione soggettiva nei confronti del processo e degli esiti della cura – relegati a considerazioni sull'efficacia intesa come adeguamento a una proiezione ideale di normalità. Al contrario, Engelhardt, filosofo della medicina, propone un'interpretazione relativistica: salute e malattia dipendono essenzialmente dai modelli imposti dalla cultura dominante, mentre Nordenfelt, docente di bioetica, definisce la salute nei seguenti termini: «Capacità individuale di perseguire scopi vitali in circostanze normali, scopi necessari e sufficienti per raggiungere un grado minimo di felicità».

In sintesi, possiamo dire che fra malattia e salute non c'è frattura ma continuità e che la cura è un processo di ristabilimento di una condizione precedente alla malattia ovvero un processo di normalizzazione o di ri-normalizzazione.

Cosa accade se applichiamo acriticamente tale modello all'ambito della salute mentale? Come già Galimberti, docente di filosofia a Venezia, e Focchi, psicoanalista lacaniano praticante, sottolineano, il modello medico applicato alla psicologia produce terapie mirate all'adattamento e all'integrazione (Galimberti parla di «psicologie dell'adattamento»). Vediamo per esempio come, attraverso l'enfasi posta sugli aspetti biostatistici, il DSM-IV (manuale diagnostico statistico psichiatrico) abbia creato un concetto di normalità mentale estremamente rigido e un'enorme quantità di disturbi e malattie psichiche che investono la quasi totalità dell'esistenza umana. Una critica alle strutture di potere/sapere implicite nel modello medico è necessaria e urgente soprattutto nell'ambito della salute mentale: basti pensare al massiccio uso di psicofarmaci (come il Ritalin) nelle scuole americane – e ora anche italiane – a causa di una presunta patologia psichiatrica chiamata ADHD (sindrome da deficit di attenzione e iperattività). A tal proposito è interessante considerare la posizione di Szasz, professore di psichiatria a New York e sostenitore del movimento antipsichiatrico, il quale, in sintesi, si impegna a mostrare come «sano» sia considerato quell'individuo in grado di inserirsi produttivamente nella società dei consumi mentre la definizione di malattia venga sfruttata per emarginare i soggetti «devianti» rispetto all'ideologia prevalente.

Anche nell'ambito psichiatrico il modello medico vede una continuità fra salute e malattia e prevede una cura come processo di normalizzazione e adeguamento a un ideale. Ed è proprio in risposta a questo modello che Franco

Basaglia rivoluzionò la psichiatria italiana.

2. La psicoanalisi e il modello medico

Per ritornare ora all'ambito strettamente inerente al presente articolo, nonostante sin dagli esordi la psicoanalisi abbia cercato di mantenere una stretta relazione con l'ambiente medico – com'è fra l'altro testimoniato dai lunghi dibattiti degli anni cinquanta volti a chiarire se la professione di psicoanalista potesse essere accessibile ai non medici – già dai suoi presupposti si può capire quanto si discosti dal modello descritto.

Il sintomo in psicoanalisi è da considerarsi la manifestazione differita e indiretta di una verità dolorosa, traumatica, anche solo «scomoda». Piuttosto che affrontare un rapporto diretto con questa verità (che può essere, esempio tipico, il ricordo di un evento traumatico) – rapporto che genererebbe una certa quantità di malessere – il soggetto si «tutela» e impara a manifestare a se stesso questa verità indirettamente. In un certo senso, con Focchi, possiamo dire che il sintomo è già autoterapia. Colui il quale si presenta dallo psicoanalista non lo fa perché è malato, ma perché il sintomo in quanto autoterapia fallisce e non riesce a deviare tutta la carica pulsionale associata alla verità in questione. Attraverso la psicoanalisi il soggetto dovrebbe essere in grado di recuperare una via diretta per esprimere a se stesso questa verità: in sostanza la psicoanalisi è un processo di ricerca ovvero una terapia della verità (Lacan).

La guarigione, intesa come sparizione del sintomo è solo un effetto collaterale di questo ritrovamento della verità del soggetto. È questa per esempio l'opinione di Massimo Recalcati, psicoanalista lacaniano, il quale sostiene che la psicoanalisi porta a un cambiamento totale nel soggetto: se ci sono degli effetti terapeutici questi sono da considerarsi collaterali. La guarigione dunque altro non è se non la comprensione del proprio «male».

Facciamo un esempio un po' astratto: io soggetto lamento mal di gola e febbre. Mi presento dal medico il quale dopo una più o meno accurata analisi mi comunica che ho una tonsillite, mi spiega a cosa è dovuta ed eventualmente come l'ho contratta. Poi mi prescrive delle medicine, io torno a casa, prendo le medicine per un certo numero di giorni e sono guarito. Ragioniamo per assurdo e vediamo cosa succederebbe se uno psicoanalista potesse curare la tonsillite: lamento gli stessi sintomi, mi presento dall'analista il quale dopo una molto prolungata e dettagliata analisi mi fa dire che ho la tonsillite e cos'è e come l'ho contratta. Io, soddisfatto, torno a casa e il mal di gola è passato. Anche se banale questo ragionamento per assurdo mostra chiaramente la differenza fra medicina e psicoanalisi: in psicoanalisi non c'è una terapia, ma il periodo di «diagnosi» si allunga, e di molto. Io – in quanto paziente e soggetto – mi posso ritenere guarito nel momento in cui mi rendo consapevole dell'origine e del perché (per

quanto sia possibile) dei miei «sintomi».

Se per la medicina il fine della cura è far sparire il sintomo e, se possibile, debellarne la causa, qual è il fine dell'analisi in quanto cura? Freud scrisse a riguardo, nel 1937, un saggio intitolato *Analisi terminabile e interminabile*, in cui cercò di delineare quale fosse il fine ideale di una cura psicoanalitica. Egli propose due possibilità, una ambiziosa, l'altra ambiziosissima: la prima è che «il paziente non soffra più dei suoi sintomi e abbia superato sia le sue angosce sia le sue inibizioni [e che] l'analista giudichi che sia stato reso cosciente al malato tanto materiale rimosso e siano state chiarite tante cose inesplicabili, e debellate tante resistenze interne che non c'è da temere il rinnovarsi dei processi patologici in questione». La seconda è che «da una continuazione dell'analisi non ci si possa ripromettere alcun ulteriore cambiamento».² Fatto sta che nemmeno Freud è molto sicuro che l'analisi ci possa riuscire: il livello di assoluta normalità psichica che si pretende dal paziente spesso non è raggiunto nemmeno dall'analista. Conclude a riguardo Saraval, docente di neuropsichiatria e psicoanalista: un vettore di interminabilità è insito nell'analisi.

3. Abitare la mancanza: Lacan e la consulenza filosofica

Per raggiungere questi fini – da considerarsi più come utopia cui tendere che non come scopo concreto della cura – l'analista ha a disposizione alcune tecniche, fra le quali la più conosciuta e discussa è sicuramente il transfert (nato come effetto collaterale dalla prima storica analisi di Freud su Anna O., è divenuto presto strumento fondamentale della pratica analitica).

Secondo Lacan l'analizzante è già dalla prima seduta in stato di transfert nei confronti dell'analista: se non altro per il fatto che si rivolge a una persona supponendo che questa sia in possesso di un sapere che l'analizzante stesso ignora. Lacan chiama questa struttura il «soggetto-supposto-sapere». Supponendo dunque che l'analista sia in possesso di un certo sapere, il paziente gli fornisce, tramite la libera associazione, un testo da leggere, sperando che l'analista sia grado di spiegargli cosa sta dicendo e perché soffre. L'analista dal canto suo deve in un certo senso smontare questa supposizione del paziente e restituirgli il suo discorso segnalando che la verità è già tutta lì.

Riassumiamo il transfert secondo Lacan in una scena cinematografica: la scena probabilmente più citata nella storia del cinema. Collina verde, sole, cielo limpido. Due persone distanti corrono l'una verso l'altra, cariche di aspettative, già assaporando l'abbraccio liberatore a cui si abbandoneranno alla fine della

² Sigmund Freud, *Analisi terminabile e interminabile* (1937), in Sigmund Freud, *Opere Complete*, Vol. 11, Boringhieri, Torino 1979, pp. 502-503.

corsa. Corrono entrambe verso un punto mediano, spinte dalla loro speranza e dal loro amore. Così il paziente corre verso l'analista, caricato in transfert di proiezioni libidiche e presunte promesse di sapere. Nel momento dell'incontro, la controparte, l'analista, si schiva, il paziente inciampa e cade a terra.

Cos'è successo? È successo che il paziente si rivolgeva a una posizione X, da cui l'analista enuncia e interviene, e in cui egli, il paziente, cercava il sostituto del proprio oggetto del desiderio e in cui invece trova S barrato e *a* piccolo. Ovvero: il paziente si scopre come pura mancanza (S barrato, nel linguaggio lacaniano) e come oggetto del desiderio dell'Altro (*a* piccolo), e scopre che per tutta la vita ha cercato di colmare questa mancanza, questo vuoto. Fin dalla nascita, infatti, il bambino deve fare i conti con la necessità di rivolgersi all'Altro per sopravvivere, da sempre manca di qualcosa e per tutta la vita cercherà questo qualcosa. Lacan, riprendendo Freud, lo chiama *Das Ding*, appunto, La Cosa: il desiderio sposterà continuamente la tensione del soggetto verso oggetti concreti (ecco perché il desiderio può essere paragonato alla metonimia) che presentano il vantaggio di essere raggiungibili. In questo modo il soggetto non dovrà mai fare i conti con la propria mancanza costitutiva. Inoltre da sempre e per tutta la vita egli, il paziente, è stato l'oggetto del desiderio di altri soggetti barrati che, per gli stessi motivi, hanno cercato in lui il riempimento del proprio vuoto (a cominciare dalla madre).

Ecco, anche se attraverso un processo di banalizzazione, siamo arrivati a un nodo cruciale: se si può parlare di una cura in psicoanalisi questa è un lenta acquisizione di consapevolezza della propria mancanza costitutiva. E se questa messa in discussione totale del soggetto elimina dei sintomi e il relativo malessere, questo effetto terapeutico è da considerarsi collaterale.

Per quanto riguarda invece la consulenza filosofica, uno degli elementi su cui tutti i consulenti sembrano essere d'accordo è che se c'è un consultante questi è tale perché domanda un senso. La consulenza filosofica è una reazione di fronte a una domanda di senso. Ma non è una risposta: il consulente si impegna a mantenere aperta e viva la domanda. I problemi di cui sono carichi i consultanti non vengono risolti, ma ulteriormente problematizzati. Come sostiene fra gli altri Galimberti, non si cerca di annullare un dolore, ma di rendere consapevole il consultante che il dolore è una componente necessaria della vita, e che l'angoscia provata nel non trovare una risposta alla propria domanda di senso deve essere eliminata non già con una risposta ma rendendosi consapevoli dell'importanza e della responsabilità implicite nell'apertura al senso. Achenbach enfatizza l'importanza dell'assunzione socratica di non sapere: solo a partire da questa assunzione si può partecipare attivamente alla creazione del proprio sapere. Si parla anche di pluralizzazione dei punti di vista ma in fin dei conti siamo sempre nello stesso ambito: la domanda di senso non deve trovare una risposta ma deve rimanere come costante apertura.

Azzardiamo dunque l'ipotesi che psicoanalisi (lacaniana) e consulenza

filosofica, se hanno qualcosa da dire, dicono proprio questo: che è necessaria una cura che sia un «abitare la mancanza» costitutiva del soggetto. Solo assumendo fino in fondo la portata della propria mancanza, del proprio non sapere, solo abbandonando la presunzione di sapere-già e la supposizione che si possa delegare a qualcuno la responsabilità di sapere, e dunque lasciando aperta la domanda di senso, si può diventare responsabili della propria vita.

Diciamolo con parole molto semplici: negli anni ottanta si vedeva spesso alla televisione una pubblicità molto interessante. Si tratta della pubblicità della caramella Polo, un piccolo anello bianco di menta. Lo slogan era questo: «Polo, il buco con la menta intorno». Ebbene, questo è quello che dicono del soggetto contemporaneo psicoanalisi e consulenza filosofica: il soggetto è quel buco con la mente intorno.

4. Il sapere alienante e la critica al potere

E dicono molto di più. Dicono che il soggetto, in quanto mancante, ha la tendenza a fuggire da questo fondo di nulla arroccandosi in costruzioni di sapere in cui si aliena e si identifica: in queste costruzioni di sapere agisce il potere dell'Altro, che è in grado di trasfigurarle o impregarle di ideologia (pensiamo alla normalità in psichiatria, ma anche ai modelli dettati dalla moda). Psicoanalisi e consulenza filosofica, ammesso e non concesso che siano in grado di farlo, perlomeno denunciano che è necessaria una cura che non sia semplice processo di normalizzazione ma che sia una critica costante al potere che detta un sapere in cui il soggetto si aliena. E se secondo Foucault il soggetto si costruisce mediante delle «tecniche del sé» ovvero delle strategie di soggettivazione, Lacan sostiene che la creazione di un soggetto dipende da strategie di assoggettamento imbastite dall'Altro.

Se c'è una cura in questo contesto è un passo indietro rispetto alla posizione di sapere in cui il soggetto è alienato: una volta scoperta la costitutiva mancanza di senso il soggetto potrà assumere la produzione di senso e di sapere come un compito etico. Non c'è, ed è importante ribadirlo, l'illusione di poter sfuggire al potere una volta per tutte, ma c'è la speranza, come sosteneva fra gli altri Rovatti – di poter vivere in un circolo in cui il sapere e il potere sono sempre criticabili e «schivabili» da un soggetto che è costantemente pronto a mettersi in gioco e a compiere «un passo indietro».

Attraverso questa idea della cura come critica alle strutture di potere/sapere e ritorno al soggetto «mancante», Lacan e molti consulenti filosofici (come lo stesso Achenbach) giungono a criticare l'istituzione stessa: Achenbach contro la staticità di sapere accademico a cui la filosofia è stata condannata, secondo lui, dall'università, e Lacan contro le varie società di psicoanalisi che a suo tempo si definivano ortodosse e «predicavano» terapie basate su rigidi sistemi di sapere.

Ma il parallelo che ho cercato di tracciare nel presente articolo, forse, può essere esteso a molte altre pratiche: che dire per esempio della de-istituzionalizzazione Basagliana? Il nodo cruciale che si è cercato di lasciar emergere è che ci sono pratiche che nascono istituzionalizzate, oppure rischiano di diventarlo, ma che portano in sé il germe di un dis-assoggettamento. Offrono cioè al soggetto un certo numero di strategie per schivare il potere, mettere in discussione il sapere su cui si fonda e produrre una pratica che permetta una costante messa in discussione dell'istituzione, senza l'utopia di una liberazione totale, ma con la prospettiva concreta di aiutare il soggetto a essere un po' meno assoggettato.

Riferimenti bibliografici

- Gerd B. Achenbach, *La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità per la vita*, Apogeo, 2004.
- Georges Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.
- H. Tristram Engelhardt, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999.
- Marco Focchi, *La mancanza e l'eccesso. Che cosa significa guarire?*, Antigone, Torino 2006.
- Michel Foucault, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2003.
- Michel Foucault, *Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Sigmund Freud, *Lettere 1873-1939*, Boringhieri, Torino 1960.
- Sigmund Freud, *Analisi terminabile e interminabile* (1937), in Sigmund Freud, *Opere Complete*, Vol. 11, Boringhieri, Torino 1979, pp. 497-535.
- Umberto Galimberti, *La casa di psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, Feltrinelli, Milano 2005.
- Jacques Lacan, *Il Seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi* (1969-1970), Einaudi, Torino 2001.
- Jacques Lacan, *Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* (1964), Einaudi, Torino 2003.
- Jacques Lacan, *Scritti*, Einaudi, Torino 2002.
- Lennart Nordenfelt, *La natura della salute. L'approccio della teoria dell'azione*, Zadig, Milano 2003.
- Neri Pollastri, *Il pensiero e la vita. Guida alla consulenza e alle pratiche filosofiche*, Apogeo, 2004.
- Antonio Di Ciaccia, Massimo Recalcati, *Jacques Lacan. Un insegnamento sul sapere dell'inconscio*, Mondadori Bruno, Milano 2000.
- Thomas Szasz, *Il mito della malattia mentale*, Spirali, Milano 2003.