Essere e Fare Psicoanalisti nella Società Contemporanea♥

Salvatore Freni♥♥

Da molti anni, periodicamente e con toni diversi in relazione al banditore di turno, ricorre l'annuncio della crisi della psicoanalisi o addirittura della sua morte.
Periodici nazionali e internazionali hanno dedicato copertine e servizi vari per annunciare la morte di Freud.
Di crisi certamente si parla anche all'interno delle istituzioni e associazioni psicoanalitiche anche se manca, a mio avviso, uno studio accurato, sistematico e consensualmente condiviso relativamente alla diagnosi di tale crisi, ai fattori etiopatogenetici che la determinano e all'eventuale terapia se possibile o, nel caso terminale, alla migliore eutanasia.
Di solito la questione viene liquidata, a mio avviso in modo superficiale, come effetto provocato dalla cultura occidentale postmoderna caratterizzata dalla tendenza alla **brevità , rapidità, anche senza pretese di stabilità e durata,** purchè di facile fruibilità e con effetti analgesici rispetto ad emozioni, pensieri, sentimenti intollerabili; *quick-fix è il termine che qualifica tale atteggiamento nel mondo della tossicodipendenza (cioè qualunque droga a portata di mano per evitare l'astinenza).*
Alcuni includono in questa valutazione l'uso di psicofarmaci sempre più sofisticati per contenere o eradicare i sintomi dei vari pazienti.
C'è da dire che, nel corso di questi ultimi 10-15 anni, sono stati enunciati vari fattori che concorrono alla crisi difficilmente riassumibili in modo omogeneo e univoco.
Cercherò qui di elencare quelli che ora mi appaiono di una certa rilevanza sia pure come spunto di dibattito critico, riunendoli " a clusters", con relative sottotipizzazioni e con l'avvertenza di una scelta puramente personale e sicuramente lontana da pretese di esaustività o scientificità:

- **FATTORI SOCIALI ED ECONOMICI**

1. **Cambiamenti della organizzazione sociale e politica della società occidentale(e non solo) contemporanea, in ordine a globalizzazione del mercato, cambiamento dell'assetto della famiglia, caduta o crisi dei tradizionali sistemi di credenze politiche,religiose, etiche ecc.ecc.**
2. **Posizione dell'individuo e del soggetto nella società.**
3. **Cambiamenti (in relazione a 1. e 2.) della espressività psicopatologica e comparsa dei cosiddetti "nuovi sintomi" o "neo-psicosi".**

♥ Relazione al convegno ASP (Associazione Studi Psicoanalitici), S. Agata sui due Golfi (Napoli) 31 ottobre - 4 novembre 2007. Pubblicato in **Setting n° 25/2008.**
♥♥ Professore di Psicoterapia Università degli Studi di Milano, medico-psichiatra, psicoanalista (Società Psicoanaltica Italiana, Associazione Studi Psicoanalitici), direttore S.C. Psichiatria 4 DSM Azienda Ospedaliera – Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano.

4. **Ridotta capacità economico-finanziaria degli appartenenti alla classe media, in quanto potenziali clienti privilegiati della cura psicoanalitica (tradizionalmente si ritengono inanalizzabili gli appartenenti alle classi estreme, "i troppo ricchi e i troppo poveri" !).**
5. **Il costo della cura psicoanalitica sia in termini di economia emotiva (impegno, durata del trattamento, frequenza delle sedute,tolleranza della frustrazione, tolleranza degli inevitabili effetti traumatizzanti del rivivere nel transfert gli stimoli traumatici originari e la ferita narcisistica legata alla dipendenza dallo psicoanalista e alla assunzione di consapevolezza del gioco delle identificazioni proiettive ecc.ecc.) sia in termini di costo/beneficio (nel senso che se la valutazione del risultato di una psicoanalisi è affidata agli indici di miglioramento nel punteggio delle scale dei sintomi psichiatrici, la psicoanalisi risulta decisamente sconsigliabile al confronto di una infinità di tecniche terapeutiche meno costose e precipuamente dirette allo "star bene" secondo i canoni propagandati dalla pubblicità dei vari provider di wellness e fitness).**

- **FATTORI LEGATI ALLO SVILUPPO DELLE NEUROSCIENZE**
    1. **Antagonismo storico tra teorie e modelli biologici e psicofarmacologici e teorie e modelli psicoanalitici della psico(pato)logia**
    2. **I recenti sviluppi delle conoscenze genetiche, biochimiche, neurofisiologiche, dei farmaci di nuova generazione e la disponibilità e capacità dello psicoanalista di integrarli con i modelli della teoria e della pratica psicoanalitiche.**

- **FATTORI LEGATI ALL'IMPRESSIONANTE ESPANSIONE DI VARIE FORME E SCUOLE DI PSICOTERAPIA E DI ALTRE TECNICHE DI AIUTO ALLA PERSONA.**
    1. **L'impressionante fenomeno dell'espansione numerica delle tecniche e scuole di psicoterapia presente in tutto il mondo occidentale ma particolarmente pervasivo in Italia ha determinato una grave confusione tra psicoterapia e psicoanalisi.**
    2. **A fronte di 3 paradigmi teorici di riferimento si sono giustificate oltre 700 scuole proponendo come paradigmi e teorie semplici modelli o particolari tecniche legate ai capiscuola e utilizzando, in modo arbitrario e decontestualizzato, le teorie di fondo a sostegno del particolare modello spesso legato a caratteristiche biografiche e/o caratteriali del caposcuola. In tale contesto la psicoanalisi è stata letteralmente saccheggiata e usata in modo improprio sia sul piano teorico che su quello pratico ignorandone gli sviluppi contemporanei.**

3. **Anche la filosofia, in questo contesto, si è appropriata dell'epistemologia psicoanalitica e si presenta oggi , in veste di maieutica socratica, come strumento di cura per i conflitti istituzionali, per scopi formativi nel mercato del lavoro, e come promotrice di creatività (e quindi cura) talvolta anche attraverso strumenti mediatici di massa.**
4. **Nel vasto panorama della salute mentale sono ormai operanti figure professionali che giustamente pretendono il loro riconoscimento per l'azione di terapia che svolgono: educatori, arte-terapisti, naturoterapisti.**

- **FATTORI INTERNI ALLE TEORIE E PRATICHE PSICOANALITICHE.**
  1. **Già con Freud in vita si sono create le prime differenziazioni e scissioni teoriche e pratiche sulla base di talune divergenze teoriche e interpretative da parte di allievi che hanno dato luogo a scuole e indirizzi diversi. Dopo Freud, se si eccettua il caso Lacan, l'IPA, in quanto unica organizzazione psicoanalitica, che si ritiene erede legittima di Freud, fa di tutto per contenere al suo interno teorie, modelli, pratiche psicoanalitiche profondamente diverse tra loro tanto che oggi è ridicolo parlare di psicoanalisi al singolare come se si trattasse di un corpus dottrinario unitario e universalmente condiviso. Tuttavia taluni illustri psicoanalisti ritengono di tenere unite le varie psicoanalisi con argomentazioni speciose che sostanzialmente tradiscono il terrore dell'esplosione, nel segno di** *continuità nel cambiamento, la discontinuità nella continuità,* **e cose di questo genere; sullo sfondo di tali argomentazioni, il bisogno talora ossessivo di salvaguardare la struttura istituzionale predisposta alla trasmissione del sapere psicoanalitico tra le generazioni.**
  2. **Come fanno a stare insieme teorie, modelli, pratiche nati all'interno di un paradigma unipersonale in un momento in cui tutti dicono di teorizzare e praticare secondo i criteri del paradigma bi-pluri-personale, di campo intersoggettivo, relazionale, interpersonale? Siamo sicuri che siano stati ben identificati i punti di convergenza e divergenza soprattutto nei risvolti teorico-clinici e soprattutto pratici?**
  3. **Siamo così sicuri che è la stessa psicoanalisi quella della psicologia dell'Io, della psicologia del Sè, delle relazioni oggettuali di Klein, Winnicott, e quella descritta da Bion, Lacan, Ogden, Eigen, dalle avanguardie junghiane che dicono di praticare il modello transfert/controtransfert e di tanti altri "psicoanalisti" di varia estrazione?**

- **FATTORI INTERNI ALLA ORGANIZZAZIONE ISTITUZIONALE DELLA PSICOANALISI E ALLA METODIOLOGIA DI TRASMISSIONE DELLA FORMAZIONE PSICOANALITICA.**

  1. **Non c'è dubbio sul fatto che la storia della psicoanalisi organizzata è stata segnata da un rapporto significativo tra crescita e movimenti scissionali, sia quelli agiti da fondatori di altre scuole, sia quelli interni all'IPA e sue consociate che grazie ad un patto di „gentleman's agreement" tollerano la convivenza nella stessa casa di correnti diverse, talora fortemente contrastanti sul piano teorico e pratico.**
  2. **Ma fondamentalmente, talvolta in modo sconcertante, solo su un punto non avvengono scissioni: sul metodo di formazione degli psicoanalisti e sull'organizzazione degli istituti di training e sui diversi livelli di qualificazione degli psicoanalisti in analogia a quanto avviene nelle chiese e nelle accademie. Tutto ciò a scapito dell'originario spirito movimentista della psicoanalisi; persino i figli e nipoti di Lacan, contestatori del metodo di formazione dell'IPA, fondamentalmente si sono omologati al sistema e si scindono in scuole e istituti diversi. Molti autori dell'ambito IPA hanno da tempo segnalato la mortificazione della creatività nella metodologia di formazione che spesso sfocia in raggruppamenti familistici o in cordate di autoaiuto inibendo il libero pensiero con il forte rischio di perdere una caratteristica ritenuta da molti fondamentale dello psicoanalista: *essere se stessi*! Anche Kernberg autorevole personaggio dell'IPA è intervenuto su questo tema in modo forte, non è chiaro con quali effetti trasformativi. Caro Kernberg, lei, professore universitario direttore di clinica, analista di training, fa presto a fare i suoi proclami e indicare comandamenti e raccomandazioni. Ma vogliamo volgere uno sguardo misericordioso a quegli psicoanalisti didatti che hanno dedicato la loro vita esclusivamente alla psicoanalisi e che come clienti, obbedienti allo standard, hanno solo i loro aspiranti seguaci?**

- **LA COMPLICAZIONE DELLA RICERCA EMPIRICAMENTE FONDATA IN PSICOTERAPIA E QUINDI IN PSICOANALISI. IL DIFFICILE RAPPORTO TRA RICERCA E CLINICA.**

1. **La necessità imposta dal sistema assistenziale nordamericano, l'ingresso della psicoterapia nell'ambito accademico e la concorrenza delle varie scuole nella ricerca di accreditamento socio-sanitario o di dimostrazione di superiorità hanno creato di fatto l'obbligo di avviare un modo di fare ricerca fondato sulla prova empiricamente dimostrata secondo i criteri minimali della ricerca scientifica (*misurabilità, attendibilità, replicabilità).*** Anche la psicoanalisi ha dovuto attrezzarsi in tal senso e bisogna riconoscere che, grazie a ricercatori come Luborsky, Fonagy, Thomä e Kächele e altri, ha prodotto una serie di lavori di grande rilevanza anche se alla maggior parte degli psicoanalisti clinici non sono apparsi di particolare interesse. Così si rischia di perdere l'occasione di tradurre, in modo sistematico, nella pratica, alcuni, relativamente semplici, modelli operativi in grado di dare un contributo alla prova, empiricamente fondata, del lavoro psicoanalitico. Penso, in particolare , al modello del CCRT di Luborsky, quale prova del concetto di transfert nel senso originario di Freud come ripetizione, oppure ai modelli dell'attaccamento e così via.
2. Fatto è che, a questo riguardo, si sono delineati due indirizzi in psicoanalisi: uno che ritiene opportuno e vitale, per la sua sopravvivenza, dotarsi della metodologia e tecnologia della ricerca scientifica, accettando la competizione e, dove utile, la contaminazione con altri paradigmi esplicativi della mente, cognitivo in particolare. L'altro, che potremmo definire purista, ma che non disdegna neanche l'appellativo di psicoanalisi mistica, ritiene che la psicoanalisi non può essere oggetto di indagine empiricamente fondata per la sua specifica natura di sonda esplorativa della „realtà psichica", la cui complessità sfugge alle misurazioni comunemente proposte nei vari modelli di ricerca, mentre va approfondita sempre più con la modalità di ricerca euristica inaugurata da Freud con il pesante legato dello **junktim,** il legame inscindibile tra teoria, ricerca e pratica clinica. A livello **teorico, teorico-clinico e di teoria della tecnica** tale approccio ha incoraggiato l'esigenza di esplicitare sempre meglio la pratica clinica e confrontare sistematicamente tra colleghi i concetti (**ricerca concettuale**) che utilizziamo per giustificare la pratica, tenendo fermo come obbiettivo finale della psicoanalisi la ricerca della verità, della verità del soggetto, come legato fondamentale dell'eredità freudiana.

Ho voluto elencare alcuni motivi del disagio e della „crisi della psicoanalisi" e mi piacerebbe potere adesso approfondire i vari punti , anche se sono convinto che è dal dibattito che dovrebbe scaturire la loro declinazione o l'aggiunta di altri; detto egoisticamente, sarebbe meglio che la faceste voi risparmiandomi la fatica.

Ma preferisco prima tentare di dare una direzione a quanto finora esposto rispetto alla questione posta nel titolo della relazione: cosa vuol dire oggi „psicoanalisi" e cosa implica „essere psicoanalista", in un momento storico in cui „fare analisi" è una

espressione così abusata da pazienti, terapeuti e mass-media da indicare condizioni così radicalmente diverse tra loro?

Cos'è quindi la psicoanalisi?

Tradizionalmente si è sempre risposto a tale domanda rinviando a Freud o in modo tautologico:

- Ciò che fanno gli psicoanalisti con i loro pazienti nei loro studi.
- La cura attraverso il dialogo, la parola, tra analista e paziente in un setting caratterizzato da analista seduto in poltrona dietro il paziente sdraiato sul lettino, con una frequenza da 3 a 5 sedute per settimana per una durata di 5-6-8-10 e talora più anni.

E' chiaro che definizioni di questo genere appaiono inaccettabili allo spirito dei tempi moderni.

Abbiamo bisogno, quindi, di individuare alcuni elementi caratterizzanti in grado di specificare in modo inequivocabile la psicoanalisi contemporanea e differenziarla nettamente da altre forme di cura, soprattutto dalle svariate modalità di psicoterapia più o meno ispirate, almeno nelle dichiarazioni dei loro praticanti, alle teorie psicoanalitiche.

Proviamo ad individuare alcuni di tali elementi:

1. **INCONSCIO**

Il pensiero psicoanalitico contemporaneo, basato sulla interconnessione di teoria, tecnica e pratica clinica, conduce alla necessità di differenziare un *inconscio dinamico* come effetto di rimozione nel senso originario di Freud da un *inconscio non rimosso/non rimovibile/pluristratificato* magistralmente descritto da Matte Blanco e affine ai modelli neuroscientifici della *memoria implicita* o procedurale. Si tratta, in estrema sintesi, di modelli che rimandano a quel mondo di fenomeni sensoriali ed emozionali che giustificano il modello teorico-clinico e teorico-pratico descritto da T. Ogden come *posizione contiguo-autistica* , necessaria integrazione delle posizioni schizoparanoide e depressiva, teorizzate da M. Klein, per poter giustificare una serie di *fatti clinici* incomprensibili con il modello kleininano e continuamente esposti ad errori interpretativi (attacchi invidiosi, distruttività ecc.) , mentre con Bion assumono il senso di trasformazioni in allucinosi, elementi beta e così via.

2. **REALTA' PSICHICA**

E' molto difficile comprendere la peculiarità del concetto di realtà psichica come qualcosa che non ha un un legame univoco con la cosiddetta realtà oggettiva, concreta, e che, al contempo, non è una dimensione meramente immaginaria. Come avviene per l'interazionismo *genotipo⇔fenotipo* , anche quì si tratta di una co-costruzione tra realtà cosiddetta "esterna"(che rimane misteriosa e inconoscibile) e "fantasia" come espressione prototipica della capacità simbolopoietica dell'essere umano.

Insomma la *realtà psichica* assume i caratteri di un'area transizionale che descrive la weltanschauung della realtà interna che il soggetto utilizza per entrare in contatto con gli altri e con il mondo esterno. Cruciale la funzione-ponte del sogno (sia durante il sonno che da svegli) come materiale originario per la costruzione del pensiero.

Tale concezione è di grande rilevanza per la comprensione del *trauma psichico* in quanto effetto che si verifica allorchè il Reale entra in contatto con il soggetto in carenza di Simbolico, cioè della facoltà di mediazione e negoziazione tra mondo interno e mondo esterno che rende possibile approssimarsi alla conoscenza della realtà in quanto soggettivata, dotata cioè di un senso significativo per il soggetto (psicoanalista o paziente che sia !).

3. NACHTRÄGLICHKEIT (APRÉS-COUP).

In tal modo, l'interpretazione psicoanalitica riconquista la sua importanza fondamentale nel processo terapeutico, in *après-coup* rispetto all'esperienza traumatica, perchè assume lo statuto epistemologico di *attribuzione retrospettiva di significato presentificando il passato traumatico e permettendo al contempo di vivere l'esperienza traumatica presente come ricordo del passato.*
Così intesa *nachträglichekeit* diventa un concetto prezioso di Freud in quanto modello esplicativo di un particolare modo costitutivo del funzionamento della realtà psichica. Strachey aveva tradotto il termine con "*deferred action*" (azione differita) che sottende un legame tra due momenti in una concezione lineare del tempo, indicandone la direzione. La traduzione di Lacan, *après-coup*, come sostiene Faimberg, contiene invece sia l'anticipazione sia la retrospezione, due modalità che permettono di risignificare temporalmente in modo progressivo e retrospettivo eventi del passato nel presente, con implicazioni radicali nel modo di concepire il funzionamento della memoria.
Si può sostenere che E. Kandel, attraverso i suoi esperimenti sulla memoria, per cui ha ottenuto il premio Nobel, ha dato prova scientifica del modello dell'après-coup dove l'aspetto temporale è di fondamentale importanza.
La necessità e importanza del fattore temporale giustifica la lunga durata della Cura psicoanalitica perchè la possibilità della psicoanalisi di produrre cambiamenti persistenti di attitudini, abitudini, modelli comportamentali consci e inconsci è legata al relativo cambiamento delle espressività dei geni che concorrono alla formazione della memoria e quindi a modificazioni strutturali del cervello (in termini di reti sinaptiche ecc.ecc.)
Anche G. Edelman, altro premio Nobel, con il suo modello della TSGN *(teoria della selezione di gruppi neuronali*), nell'ambito della teoria più generale del darwinismo neurale, sottolinea che la memoria non funziona come un deposito, un archivio statico dove i ricordi vengono immagazinati e conservati per essere richiamati al momento opportuno, ma come un processo attivo in cui il ricordo viene ogni volta ricostruito, ritrascritto in modo attivo.
Il fenomono della *ritrascrizione della memoria* di cui parla Edelman corrisponde esattamente al fenomeno della *Nachträglichkeit* freudiana. Così il " *presente ricordato*", il "*passato presentificato"* si contrappongono nettamente all'idea di un ricordo concepito staticamente.
Questo modo di concepire la temporalità nel vivente incontra il concetto di *ricordo del presente* di Bergson (con Bion, si potrebbe dire *la presa di coscienza di un sogno in atto nel qui e ora della quotidianità diurna*) e, ancor di più, l'antica concezione induista secondo la quale "*il presente è il passato, il sogno è il presente, il vuoto interiore il futuro".*
Possiamo perciò concordare con Bion sul fatto che noi cambiamo, ci ri-trascriviamo, anche se non sappiamo cosa è accaduto; ne avremo qualche idea dopo che il cambiamento è avvenuto e realizziamo che qualcosa ha creato una differenza e noi non siamo gli stessi.
L'interpretazione mutativa quindi può richiedere molto tempo prima di manifestarsi.

Sul piano operativo, nella pratica clinica, questi **ponti** di convergenza tra modelli neurobiologici e modelli psicoanalitici giustificano, quando è necessario, l'integrazione tra terapia psicoanalitica e trattamenti diversi (farmacologici, ambientali, riabilitativi ecc.), purchè condividano la caratteristica di aiutare il processo terapeutico della psicoanalisi nella ritrascrizione della memoria.
Bisogna riconoscere che i farmaci più recenti e quelli che si prospettano nel futuro sono sempre più sofisticati in tal senso tanto che in alcune situazioni cliniche non si può non accordare ad essi effetti di rilevanza psicoterapeutica (in termini, per esempio, di insight di malattia, miglioramento della capacità autoriflessiva, reintegrazione delle scissioni dell'Io o della frammentazione del Se, ripresa della capacità onirica e della disponibilità al lavoro di rielaborazione ecc.ecc.).

4. TRANSFERT/CONTROTRANSFERT/IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA.

Sul fatto che il transfert sia il motore del processo psicoanalitico tutti concordano. Non tutti sanno che oggi sono disponibili oltre 10 definizioni e/o connotazioni differenti del concetto e del modo di trattarlo; dal transfert ripetizione di Freud, al transfert totale come esteriorizzazione del mondo interno nel qui e ora dello spazio relazionale nel setting psicoanalitico di Betty Joseph, al transfert come co-costruzione ecc. Ma siamo sicuri che sappiamo tutti reperire , riconoscere il transfert, pilastro centrale della teoria e della pratica psicoanalitica, e interpretarlo correttamente quale segno distintivo della competenza e dell'identità dello psicoanalista?
E il controtransfert? Da fattore negativo (contro-) è diventato il motivo ispiratore della interpretazione corretta ed efficace. Da fenomeno inconscio, percepibile grazie ad una fine capacità autoanalitica, acquisita grazie all'analisi personale (che ad alcuni piace chiamare didattica), attraverso segnali minimali riferiti a sogni, fantasie, libere associazioni che richiamano il paziente al di fuori del setting, per alcuni pare sia diventato tutto ciò che uno sente e prova nella relazione col paziente e che è prontamente disponibile e giocabile come in una partita a ping-pong col paziente.
E che dire della identificazione, e quindi della contro-identificazione proiettiva?
Di fronte ad una asserita universalità del concetto di *identificazione proiettiva* , come *modalità comunicativa di base degli esseri umani in relazione*, si pone anche qui la questione: siamo sicuri di saperla riconoscere e interpretare in seduta? E come la interpreta uno psicoanalista che si dichiara aderente ad una teoria relazionale (oggi peraltro molto di moda) mentre mette in atto o racconta le sue esperienze cliniche in modo unipersonale? Vale a dire, obiettivando il paziente ed escludendo se stesso e, soprattutto, l'emergere del terzo intersoggettivo quale espressione specifica di un elemento generato dalla relazione e indicatore della posizione cognitivo-affettiva in cui si trovano entrambi i partecipanti nel campo della relazione interpersonale con tutte le sue varianti immaginarie (uni-bi-pluri-relazionale) soggettivate da ciascun partecipante.
Sono convinto che si tratti di aree tematiche rispetto a cui taluni autori, in modo convincente, avanzano la proposta secondo cui tutti questi termini, che hanno avuto connotazioni diverse nel corso del tempo, convergono su una base comune: *il riconoscimento intersoggettivo mediante identificazione mimetico-adesiva e proiettivo-introiettiva, quali meccanismi comunicativi fondamentali e primigeni nel gioco di reciprocità incoscia e preconscia in attesa*

di significazione da parte di uno o di entrambi i partecipanti al processo psicoanalitico, auspicando che ciò, di norma, sia prevalentemente compito e responsabilità dello psicoanalista.
Ci conosciamo per *identificazione*, per *immedesimazione* . E questo è stato un altro punto di genialità di Freud, perchè inaugura in psico(pato)logia una modalità del conoscere e del curare nuova rispetto al suo tempo; come dice Charles Hoston Cooley (1902)[1]: "ciascuno è per l'altro uno specchio in cui riflettersi". E poi vennero i *neuroni specchio* a darcene una prova neuroscientifica e una stupenda metafora per il discorso psicoanalitico
C'è molto da capire e approfondire in quest'area concettuale perchè sono troppo numerose e tra loro molto difformi le sfumature di significato con cui vengono di solito usati termini come transfert, controtransfert, identificazione proiettivo-introiettiva, relazionale, interpersonale, intersoggettivo, *attunement* e simili.

5. WORKING-THROUGH E FUNZIONE PSICOANALITICA DELLA MENTE.

Qual'è lo stato mentale dello psicoanalista al lavoro quando riceve i molteplici livelli delle comunicazioni del paziente, invitato ad assumere un atteggiamento mentale libero-associativo?
L'analista, assumendo un atteggiamento mentale di *attenzione uniformemente fluttuante,* realizza uno stato simile a quello del paziente; ciò comporta una "*scissione fisiologica al servizio dell'Io*" che gli permette di essere contemporaneamente interagente in identificazione col paziente e osservatore dei due interagenti. E' come se il proprio paziente interagisse col paziente del paziente per identificazione mentre l'osservatore educato alla dinamica conscio-inconscio coglie i segnali e organizza una decodificazione/interpretazione comprensibile e significativa mediante la parola.
E' molto faticoso mantenere uno stato mentale del genere. Molti credono che l'analista non fa niente perchè sta comodamente seduto in poltrona dietro al paziente e nel fare, nell'agire esteriore sembra non interessato alle vicende reali della vita del paziente perchè non gli da consigli , non gli prescrive comportamenti come fanno di solito la maggior parte degli psicoterapeuti. Ma mentre ascolta come modellizza, va costruendo l'immagine della realtà psichica del paziente? Credo che questo sia il momento creativo, artistico della psicoanalisi che può essere appreso fino al punto in cui il talento e la sensibilità personale assumono la parte più importante.

6. VERITÀ ED ETICA DELLA PSICOANALISI

Per tutta la vita Freud ha ribadito che la psicoanalisi è una pratica di ricerca della verità. Non è certo la verità rivelata o la verità giudiziaria, ma la verità del **soggetto** che emerge dall'esperienza psicoanalitica avendo integrato il discorso dell'inconscio, ritirato le proiezioni e le false razionalizzazioni. E, soprattutto, il soggetto che, nel bene e nel male, si assume la totale responsabilità di tutto ciò. Forse l'insistenza sul fatto che in psicoanalisi di verità si tratta, nient'altro che verità, deriva anche dalla preoccupazione di

[1] Sociologo americano teorico dell'interazionismo simbolico come base del riconoscimento intersoggettivo. "l'uomo a specchio dell'altro", rispecchiamento come fenomeno pre-verbale, espressione dell'interazionismo simbolico, processo creativo sociale-relazionale, tipico del gruppo primario come luogo di trasmissione delle competenze affettive a differenza del gruppo istituzionale, luogo di competenze operative e manipolative.

prendere le distanze in modo netto da tutte quelle pratiche (terapeutiche e non) fondate su suggestione, manipolazione, seduzione, indottrinamenti, ecc.ecc.
Da questo punto di vista, lo psicoanalista, oltre che obbedire ai comuni principi etici legali e deontologico-professionali, è obbligato ad un principio etico superiore strettamente connesso alla specificità della pratica psicoanalitica che si può riassumere nella nota espressione freudiana, che preferisco riportare nella elegante ed efficace traduzione che ne da Lacan: *Là dove es era (si era) l'io deve essere (è mio dovere ch'io venga ad essere);* la psicoanalisi non ha il compito di sloggiare l'es a vantaggio dell'io (*moi*), ma deve al contrario permettere di situare ciascun elemento al posto che gli spetta. Il *moi* non è tutto l'*ich*, il quale si suddivide in un *moi* immaginario e in un *je* enunciativo.
E' questo irrinunciabile principio che caratterizza l'etica della psicoanalisi e le conferisce il fondamento veritativo. E la centralità del sogno e della sua elaborazione e significazione assume in questo contesto la sua rilevanza preziosa e irrinunciabile, perché rappresenta il momento sorgivo della vita psichica del soggetto a contatto con il "fondo dell'anima".
L'etica della persona protesa a sviluppare (sia pure utopicamente) una capacità epistemologica che lo metta in grado di sapere chi è, dov'è, con chi è e per quale finalità, assumendo la responsabilità dei suoi atti, pensieri e sentimenti consci e inconsci.
Utopia che vale la pena di correre se vogliamo lavorare per la crescita dell'umano!
Concludendo, ho voluto esaminare alcuni elementi che ritengo caratterizzanti la specificità della pratica e della teoria psicoanalitica senza alcuna pretesa di completezza.
Altri elementi, tipo frequenza delle sedute, durata del trattamento, durata della seduta e cosi via, secondo me, andrebbero visti in un'ottica di apertura alla ricerca e alla validazione scientifica piuttosto che da un posizione nomotetica e nomopragmatica, come purtroppo tuttora accade.
Oggi si vedono, nella pratica clinica privata e, soprattutto, istituzionale della psicoterapia, moltissimi casi di pazienti che riferiscono e ne sono convinti di aver fatto "l'analisi". Ad una anamnesi accurata, si scopre che hanno fatto dei "colloqui psicologici" imprecisati per circa 10-20 incontri, talvolta per 6 mesi o 1 anno, di cui hanno vaghissimi ricordi con cosiddetti analisti che o "stavano zitti" o "spiegavano complessi" o davano consigli e prescrizioni di comportamento e in qualche caso instauravano rapporto "amicali". "Fare analisi", "fare (nel senso di atteggiarsi nella parte) analista" è facile come è più facile dire bugie (anche se è vero che occorre una certa capacità artistica per essere dei bugiardi convincenti) anziché la verità che, purtroppo, anche se è vero che "rende liberi" (come dicono le Sacre Scritture), è pur vero che spesso è dolorosa. Quante persone, illudendosi di eludere il dolore autentico e inevitabile, si infliggono dolori inutili con il risultato di ritrovarsi con un maggior carico di dolore?
"Essere in psicoanalisi", "essere psicoanalisti" è altra cosa, strettamente legata ai criteri minimali che ho cercato di illustrare, non ultimo l'ultimo.
Quanto tasso di bugia può tollerare e detossicare la Cura psicoanalitica per non scadere nella selva delle psicoterapie dalle più rispettabili alle più deprecabili?