

39

Paul Parin, Goldy Parin-Matthèy

Il medicocentrismo nella psicoanalisi

Una proposta di revisione della teoria della tecnica

«Ogni scienza muove da premesse pre-scientifiche. Esse diventano tuttavia un problema, se applicate ingenuamente o in maniera sconsiderata. (...) Noi dobbiamo riconoscere ed analizzare in quanto tali le nostre premesse, le nostre immagini del mondo. Soltanto allora esse si riveleranno a noi nel loro carattere di miti storici.» (Johannes Cremerius, 1981)

Il concetto di «medicocentrismo»

L'espressione medicocentrismo è stata da me coniata in analogia al termine eurocentrismo. Tale concetto non è nato per caso, ma ha una storia. A quanto mi risulta, il primo a parlare di *culturism*, culturismo, è stato l'illustre etnologo americano Melvil Herskovits (1955). Egli ha così designato il fenomeno secondo il quale gli uomini del mondo occidentale, persino gli scienziati e i ricercatori, non sono in grado di vedere nella giusta luce e di comprendere correttamente la cultura di un altro popolo. Ad essi sarebbero in ciò d'ostacolo la loro tradizione, le loro concezioni abituali, la loro mentalità e ideologia. Tutti questi elementi si sedimenterebbero formando come un preconcetto comune, che sarebbe necessario superare non soltanto allo scopo di comprendere l'altra cultura, ma per uscire dalla stasi in cui si trova la ricerca scientifica. L'eurocentrismo, un concetto di cui è inconcepibile ormai che l'etnologia possa fare a meno, significa che la civilizzazione europea, con la sua storia e le sue ripercussioni, viene presa come punto di riferimento quando si vogliono studiare delle culture non europee. Per assolvere il compito, che consiste nell'esame dei rapporti reali esistenti in una società altra dalla sua, il ricercatore deve innanzitutto sbarazzarsi di una fitta griglia di esperienze, concetti e conclusioni, che fanno parte della sua eredità europea, e sono incentrati sul nostro mondo occidentale.

* In corso di stampa nel volume in onore di Cremenins curato dal Prof. S.O. Hoffmann: *Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse*.

40

La mia tesi è che la medicina, l'atteggiamento e il pensiero del medico e del terapeuta, eredità legittima e punto di partenza storico della psicoanalisi, comportano una fitta griglia di concetti e conclusioni di tipo medico, di teoria della malattia e di metodo terapeutico, che pregiudicano l'ulteriore sviluppo della scienza psicoanalitica, e il nostro stesso operare analitico pratico. Io chiamo medicocentrismo l'orientamento verso un pensiero in termini di malattia, di salute, di guarigione e di normalità.

Se da una parte l'impostazione pratica e teorica dominata dalla medicina fa parte della tradizione e del sapere garantito di cui disponiamo oggi in quanto analisti, dall'altra parte il medicocentrismo agisce come un tessuto di pregiudizi che sbarrano a più riprese il cammino all'interesse conoscitivo.

Come ogni altra scienza, la psicoanalisi è vincolata alla veridicità, e su questa base si fonda anche il lavoro clinico-pratico. La psicoanalisi è particolarmente sensibile al pericolo di preconcetti e norme predeterminate, non derivate dunque dalla realtà psichica dell'analizzante. Già soltanto in considerazione di queste cose, una revisione critica del medicocentrismo si presenta come auspicabile.

La teoria specifica della nevrosi è nata da una teoria della malattia: ancora oggi essa è considerata da molti analisti la base teorica della loro attività pratica. La diagnosi, il decorso del trattamento, l'indicazione della terapia e la prognosi – in senso assolutamente medico fanno parte dell'armamento teorico della maggior parte degli analisti, che essi abbiano o no una formazione medica. Invece la metapsicologia è stata concepita già da Sigmund Freud come una psicologia chiaramente separata dal pensiero medico (1). Appare perciò più adeguato discutere il tema da me proposto innanzitutto come problema della teoria della tecnica. Altri aspetti per i quali l'impostazione medica dovesse risultare altrettanto problematica, quali la teoria della pulsione, la dottrina del processo di sviluppo psichico e numerosi altri, non potranno, in un primo momento essere presi in

1. La psicoanalisi era in origine una «teoria del trauma»: le nevrosi erano concepite come conseguenza di esperienze traumatiche. Dopo poco venne sviluppata la teoria del conflitto, secondo la quale la dinamica tra desiderio pulsionale e difesa, ossia i conflitti tra le istanze dell'Io, dell'Es e del Super-Io e all'interno di queste, funge da modello ad ogni accadere psichico. Oggi entrambi i modelli sussistono l'uno accanto all'altro, integrandosi più o meno a vicenda, ma tra essi è alla teoria del conflitto che spetta senz'altro maggior valore euristico. Le prospettive «mediche» nella psicoanalisi si devono far risalire quasi esclusivamente alla teoria del trauma. Esse rappresentano una nosologia.

considerazione. Ad ogni modo la critica al medicocentrismo dovrà svilupparsi *all'interno* della psicoanalisi, e dovrà in una certa misura continuare a restare nel suo ambito, prima che le sue conseguenze dall'esterno, sotto forma di influenze sulla psicoanalisi e di modus della sua ricezione, possano essere interamente analizzate e, nella misura in cui ciò risulti possibile, revocate.

La deformazione medico-terapeutica della psicoanalisi «dall'esterno»

Le circostanze in base alle quali la psicoanalisi si è sviluppata da un metodo terapeutico, e si presenta come una terapia, ne rendono più facile la possibilità di una deformazione. Le pratiche psichiatriche, e in generale le altre pratiche mediche, vengono integrate nella psicoanalisi, o quest'ultima dev'essere conformata ad esse. Tali processi si sono innescati non appena la psicoanalisi ha cominciato ad essere conosciuta, e si è cominciato, anche soltanto in parte, a riconoscerne il valore. Com'è noto il fondatore della psicoanalisi ha ritenuto che «non desideriamo affatto che la psicoanalisi venga inghiottita dalla medicina» (S. Freud, 1926, p. 413). Egli metteva in guardia dal lasciare che la psicoanalisi venisse degradata a «serva della psichiatria» (Alexander, 1966, p. 288). Io credo in effetti, riprendendo il paragone con la serva, che da molto tempo la psicoanalisi sia al servizio della psichiatria, in una posizione subalterna. Essa ha svolto qualche mansione nell'economia domestica della medicina, si è subordinata e adeguata, ha logorato le proprie forze, contribuendo così al lustro della casa psichiatrica, percependo però in cambio di ciò soltanto un salario modesto; soprattutto essa non ha potuto, come del resto nessun'altra serva, cambiare qualcosa nell'economia domestica del potente signore, neanche lì dove ciò le fosse sembrato necessario. Su questo processo di sviluppo, Kurt Eissler (1965) ha scritto, già diciassette anni fa un ampio lavoro: «Ortodossia medica e futuro della psicoanalisi». Le sue constatazioni sono valide ancora oggi. Le sue prognosi sinistre sul futuro della psicoanalisi si sono avverate, o la loro verità minaccia di diventare ancora più urgente. In un breve saggio (1978) ho cercato di indicare alcuni dei motivi che hanno dato origine a questo processo di sviluppo, e di mostrarne alcune sfavorevoli conseguenze. Lo storico americano Russel Jacoby, nel suo libro *L'amnesia sociale* (1975) ha condotto a riguardo una critica teorica.

Il confronto della psicoanalisi con la medicina continuerà. Del resto non c'è dubbio che, se la psicoanalisi permettesse di riconoscere

42

con maggior chiarezza di quanto non abbia fatto finora qual è il suo rapporto con gli aspetti più importanti del pensiero medico, entrambe le parti potrebbero trarne vantaggi.

Possono gli psicoanalisti prendere parte alla discussione sul medico-centrismo?

La prima obiezione viene sollevata in base a considerazioni di tipo pratico. Poiché tale discussione mette in questione il «concetto di malattia nella psicoanalisi», si potrebbe temere che le casse mutue pubbliche non corrispondano più le spese per le terapie orientate in senso psicoanalitico e per le analisi terapeutiche, nel caso in cui gli stessi psicoanalisti dovessero giungere alla conclusione che ai disturbi psichici non si deve attribuire affatto carattere di malattia. Nella Repubblica Federale Tedesca potrebbe essere revocato il sovvenzionamento della psicoanalisi, ottenuto finalmente al termine di lunghe lotte, garantito secondo i criteri della determinazione dell'obiettivo terapeutico, e del successo dell'analisi. In altri paesi, come in Svizzera, sfocerebbe in una sconfitta la battaglia affinché da parte delle assicurazioni e dei servizi sanitari sovvenzionati dallo Stato, venisse finalmente garantita un'assistenza psicoterapica competente a *tutti* coloro che soffrono di disturbi psichici.

All'invito a non sabotare l'obiettivo finalmente raggiunto di una utilizzazione più generale della psicoanalisi, voglio dare una risposta teorica e una pratica. Se dovesse risultare che il pensiero medico, per la maniera in cui oggi pervade la psicoanalisi, pregiudica sensibilmente le nostre concezioni teoriche, e dunque il nostro lavoro pratico, allora non potremmo rinunciare alla nostra critica. Perseverare nel commettere errori evidenti significherebbe determinare la fine dello sviluppo di ogni teoria. Per concordare con le istituzioni di programmazione politico-sociale, bisognerebbe conservare sia la nomenclatura esistente, che le motivazioni oggi abitualmente adottate per le prestazioni a sovvenzione pubblica, almeno fino a quando la psicoanalisi non fosse riuscita a formulare le richieste di finanziamenti della sua attività pratica da parte del pubblico potere in maniera tale da conciliarle con le prospettive di un'analisi non medicocentrista. Non posso risparmiarmi a noi analisti il rimprovero per non avere, precedentemente, ne riconosciuto chiaramente ne detto apertamente, che noi non esercitiamo alcuna medicina intendendo la parola nel senso tradizionale. Al più tardi nel momento in cui si cominciarono a delineare le possibilità concrete di enorme progresso sociale che si

43

sarebbero date nel caso che la psicoanalisi fosse divenuta accessibile a tutti, allora si sarebbe dovuto chiarire che noi esercitiamo una psicologia che non sarebbe possibile sostituire con nessun altro procedimento. Senz'altro si sarebbero avute allora delle difficoltà di tipo organizzativo, che sono state invece eliminate quando la psicoanalisi è stata definita un ramo della medicina. Nel nostro secolo tuttavia sono stati riconosciuti, organizzati e finanziati, talmente tanti nuovi e ampi settori delle prestazioni sociali pubbliche, che non si capisce perché proprio la psicoanalisi abbia dovuto prendere la strada più lunga, quella che passava cioè per la sua temporanea abnegazione. Non mi azzardo a decidere se siano state la mancanza di consapevolezza di sé, lo scarso interesse politico-sociale, o piuttosto le più o anche meno realistiche valutazioni delle resistenze e delle difficoltà che ci si sarebbe potuti aspettare a portare gli psicoanalisti nella così difficile situazione attuale: è necessario comunque che essi rivedano il loro ordinamento professionale, e che quindi allo stesso tempo salvaguardino e sostengano i propri diritti nei confronti della società.

Un'ulteriore obiezione viene da quegli analisti che si definiscono medici, curatori e consulenti, e che consapevolmente non vogliono rinunciare al loro compito definito in termini medici: essi non sono certamente pochi, anzi probabilmente sono la maggioranza. Comunque nella loro attività tali analisti si comportano sicuramente in modo da operare una normale scissione dell'Io (Lampl de Groot): in quanto uomini, essi sono medici e curatori, in quanto analisti, essi rinunciano a questo ruolo, e alle sue note soddisfazioni, restando dei partner comprensivi e interpretativi in un dialogo che esclude il tradizionale atteggiamento e l'orientamento emozionale del curatore.

Si potrebbe inoltre obiettare che la nostra struttura sociale, determinatasi storicamente, contiene, definisce e include la figura del medico, e quella del malato psichico: anche in molte altre culture le cose non starebbero diversamente. Per la psicoanalisi sarebbe quindi insensato, o quanto meno non realistico, pretendere un luogo sociale e un armamentario teorico e pratico che non si riallaccino neanche marginalmente alle strutture tradizionalmente precostituite. Anche in questo caso la mia risposta è il rimando alla situazione presente. Da noi e in altre società industriali esiste già un gruppo di psicoanalisti che formano una propria categoria professionale, e che verrebbero anche riconosciuti come appartenenti ad essa, se non fossero essi stessi a dichiararsi medici, o psicoterapeuti medici o psicologici, e a subordinarsi timidamente ad un'altra categoria professionale. Se gli psicoanalisti smettessero di rinnegare la propria consapevolezza di sé, essi

Attraverso la critica al medicocentrismo, non può andare perso nulla di ciò che la psicoanalisi da decenni rappresenta, anzi può essere guadagnato molto. Se infine ci si riferisce ad altre culture, molte (come ad es. nell’Africa Occidentale) hanno trovato un’attribuzione di status e di ruoli in base alla quale gli «affetti da disturbi» sia di tipo somatico, che psichico e psicosomatico, o coloro che hanno problemi sociali e familiari, e i terapeuti, competenti ugualmente per tutti questi disturbi, si fronteggiano paritariamente.

Diagnosi e teoria specifica della nevrosi

Da quando è nata la psicoanalisi, l’ordinamento diagnostico dei disturbi psichici ha dovuto più volte essere rivisto. Così ad alcuni analizzandi nei quali, ai tempi delle prime anamnesi di Freud, era stata accertata un’isteria, dovrebbe oggi essere diagnosticato un disturbo borderline. Da una parte, noi abbiamo bisogno di una diagnosi precisa, e non possiamo esercitare adeguatamente la nostra comprensione e il nostro procedere analitico senza il tesoro di esperienze del maestro, dei suoi collaboratori, e dei suoi seguaci, che si è depositato nella teoria della nevrosi. D’altra parte, le diagnosi mediche non cambiano soltanto con gli anni. Già nel corso dell’analisi, noi dobbiamo per lo più cambiare la base diagnostica di ciò che è stata definita terapia della malattia nevrotica. A quanto mi risulta, il primo accenno concreto alla difficoltà di basarsi su di una diagnosi, fu fatto da Freud, quando egli ipotizzò che alla base di ogni nevrosi ossessiva venga alla luce, con il progredire dell’analisi, un’isteria. Com’è noto, la via d’uscita fu presto trovata nel formulare la diagnosi soltanto una volta che la cura fosse stata portata a termine con successo, e quando si fosse stati in grado di valutare correttamente quale fosse la percentuale di questo o quel disturbo, e quale la sua portata, per la persona considerata nel complesso, e nel corso del suo processo di sviluppo psichico. Ma che succede se nel decorso dell’analisi ci viene tuttavia assegnato di far derivare il nostro lavoro, la ricostruzione dei conflitti inconsci e il processo d’interpretazione che ne risulta, da considerazioni diagnostiche valide e precise? Questa necessità non può essere contestata. Ma che cosa facciamo propriamente, se da una parte ci orientiamo verso una comprensione la più precisa possibile della malattia nevrotica, mentre d’altra parte dobbiamo essere sempre pronti a far cadere nuo-

psicologico, come ad es. «l'analisi esistenziale» sviluppata da Medard Boss (1947, 1953, 1957), secondo la quale non ci sono nevrosi, non c'è inconscio, non ci sono conflitti infantili, e perciò neanche pensieri onirici latenti né traslazione, bensì soltanto l'uomo che qui ed ora soffre del suo essere-nel-mondo?

Vorrei risparmiarmi di seguire qui la lunga strada attraverso la quale sono giunto alle considerazioni attuali. Nel semestre estivo del 1978 sono stato invitato dalla presidenza del Seminario psicoanalitico autogestito di Zurigo (Tellstrasse), a tenere una lezione sulla «Teoria specifica della nevrosi», lezione che ho subito messo in programma per due semestri. In base alle esperienze fatte durante la preparazione di questa lezione, e alle discussioni avute durante il suo svolgimento, vorrei qui riassumere la maniera in cui oggi affronto la questione del medicocentrismo, che ritengo un ostacolo per il lavoro e per il pensiero psicoanalitico.

In primo luogo ho voluto evitare di presentare la teoria specifica della nevrosi organizzata secondo quadri clinici. Nevrosi, isteria e fobia, successivamente isteria d'angoscia e nevrosi ossessiva, nevrosi caratteriali, ad es. a carattere anale o ossessivo, e infine le diagnosi moderne, le condizioni borderline secondo Otto Kernberg, o i disturbi narcisistici secondo Heinz Kohut, sono innanzitutto diagnosi fenomenologiche: esse muovono cioè dalla descrizione di sintomi, che si associano divenendo sindromi che formano così nuovamente un quadro clinico. Ciò implica tuttavia che a ciascuna di queste forme spetti una patogenesi assai precisa: il che significa eventi traumatici periodicamente subentranti nel processo di sviluppo, determinate conseguenze dinamiche e strutturali, e quindi una tendenza abbastanza circoscritta alla traslazione e alla resistenza, il che determinerebbe nuovamente il fare dell'analista. La qual cosa, mi sono detto, sarebbe stata analiticamente più scorretta che non imporre ai futuri analisti, già con l'ordinamento della materia, le immagini di una finta chiarezza e linearità del probabile decorso dell'analisi. Al più tardi a partire dalla lettura del classico di Edward Glover sulla tecnica psicoanalitica, apparso nel 1955, mi è sembrato chiaro che tali «quadri clinici» univoci non si presentano nella prassi. Egli li descrive, partendo così dalle designazioni fenomenologiche originarie, aggiungendo però ogni volta che tali quadri clinici non corrispondono alla realtà clinica, e che dobbiamo essere preparati a delle forme miste, e ad un mutamento del quadro. Da ciò risulterebbe la necessità di

limitare continuamente le ricostruzioni e le interpretazioni valide. Ma perché dapprima creare l'illusione di quadri clinici univoci, per poi disfarsene di nuovo faticosamente? Non soltanto l'acquisizione di quadri clinici chiari, e di volta in volta derivabili sempre allo stesso modo,

impedirebbe all'analista di restare uno «psicologo sorpreso» secondo Th. Reik (1935), ma egli rischierebbe in tal modo, com'è spesso accaduto allo zelante Erikson (1964), di non riconoscere le forme molteplici del tragico di ogni singolo destino umano. Se si parte da una teoria della malattia, diventa particolarmente difficile, se non impossibile, seguire la valida raccomandazione di Freud a non trattare i sintomi volendoli togliere, bensì a confidare interamente nel processo di sviluppo dell'lo dell'analizzando. Io ritengo che almeno la trasformazione del desiderio di aiutare nel desiderio di comprendere sia la svolta essenziale a cui deve tendere una formazione psicoanalitica.

Vorrei dimostrare con un esempio come si è sviluppata la suddetta lezione sulla teoria specifica della nevrosi. Innanzitutto ho riassunto la cosiddetta seconda teoria dell'angoscia, e parlato della funzione di segnale dell'angoscia, del fenomeno fisiologico, e del senso di questa affezione, che non soltanto può essere idiosincraticamente vario, ma che ha anche un senso particolare diverso, a seconda della cultura e della formazione sociale, come ogni altra sensazione. La discussione si è fermata dapprincipio sulle angosce dell'età del lattante, sul trauma della nascita, e sulla «angoscia dell'ottavo mese», e inoltre, in maniera alquanto sorprendente, sul tema del piacere d'angoscia, passando poi alla questione delle angosce di separazione. Nelle due ore seguite a ciascuna delle due lezioni, è stato possibile parlare delle situazioni di panico come delle crisi con angoscia precordiale, delle angosce per l'irruzione della pulsione e del loro evitamento nelle fobie, delle angosce per la perdita di realtà e per la perdita dell'lo nelle psicosi, dell'angosciosa situazione emotiva negativa che introduce e accompagna i fenomeni ossessivi, come pure delle angosce reali e sociali, alle quali H. E. Richter (1974, 1976) attribuisce un ruolo così importante in quanto regolatrici del comportamento di gruppo, e infine dell'angoscia di castrazione, di come essa si determina, e di quali sono le sue ripercussioni. Mi ha sorpreso che l'angoscia di castrazione sia stata menzionata soltanto alla fine, per rappresentare poi però il cardine o il momento di connessione delle più svariate situazioni cliniche d'analisi, e dell'esperienza propria dei partecipanti. Dato questo decorso, nessun ascoltatore avrebbe potuto meravigliarsi o preoccuparsi quando, durante un'analisi, dopo l'interpretazione delle prime negazioni e rimozioni di tipo isterico, fossero insorti in primo luogo degli evitamenti fobici, e poi angosce

ipocondriache o di depersonalizzazione, eventualmente con sogni di angoscia o addirittura con allucinazioni paniche, e quando infine una riorganizzazione controfobica della struttura di difesa avesse permesso all'analizzando di esercitare una professione particolarmente pericolosa.

L'andamento della lezione ha corrisposto del tutto al modo di procedere che si è dimostrato più adeguato nella mia attività psicoanalitica. Per quanto riguarda il dilemma tra il non voler rinunciare al nostro sapere psicoanalitico acquisito, e il non voler tuttavia praticare alcuna diagnostica medica, con il compito di curare e guarire che da essa deriva, credo di avere così risolto il problema: io considero la diagnostica più vasta e precisa come un ulteriore punto di vista psicoanalitico tra numerosi altri, che nel corso dell'analisi può essere assunto o abbandonato, a seconda della necessità. La comprensione che si trova alla base del processo d'interpretazione, diventa più variabile, potendo meglio adeguarsi di volta in volta alla situazione della cura, perdendo però d'altra parte la base di programma duraturo. Allo stesso modo in cui prendiamo in considerazione di volta in volta o contemporaneamente i punti di vista (secondo Greenson, 1967, *points of view*) genetico, economico, topico, dinamico, strutturale e infine ogni altro che si riveli adeguato, adducendoli a spiegazione alla luce dei processi di traslazione di resistenza e di controtraslazione, così procedo ora con tutto ciò che appartiene alla teoria specifica della nevrosi. Se facciamo cadere soltanto il concetto di malattia, e degradingo a *point of view* tra gli altri quello cosiddetto patologico, non dovremo per nulla fare a meno né delle grandi categorie della malattia psichica, di tutto ciò che sappiamo della teoria della nevrosi, e del suo ordinamento secondo punti di vista fenomenologici, compresa la regolarità della scelta nevrotica, né delle migliaia di lavori clinici e rappresentazioni estremamente differenziate di casi, e dei loro risultati.

In un simile modo di procedere, è impossibile fissare l'analizzando alla diagnosi di una determinata patologia, ed è inutile misurare la sua realtà psichica con il metro di una normalità auspicata e supposta. Ogni patologia si basa sull'acquisizione di una deviazione da una norma ideale, che si può proficuamente costruire dal punto di vista biologico, ma che non esiste tuttavia nella realtà biografica, cioè in tutto ciò che è importante per la psicoanalisi.

Il regresso al pensiero medico-diagnostico può risultare non soltanto come origine, ma anche come conseguenza di una spiacevole controtraslazione. Quanto più un analista si abbandona emozionalmente al suo analizzando, tanto meglio è per il processo analitico. Tuttavia l'«approfondimento della controtraslazione» mobilita nell'analista moti

48

affettivi, angosce, vergogna, sensi di colpa e desideri pulsionali, il cui trattamento consapevole non soltanto è necessario, ma è addirittura uno dei compiti principali dell'analista. Anche dando per presupposto che l'analista riesca di volta in volta a percepire e ad elaborare sufficientemente le proprie emozioni, egli deve poi armonizzarle con la parte osservatrice del suo Io, che è una

funzione di cui egli, nel corso dell'analisi, ha continuamente bisogno. Che cosa appare più adeguato che non riallacciarsi ad un sistema diagnostico che indirizzi in maniera critica ed oggettivante l'analizzando verso il luogo che gli spetta? Alcuni analisti mi hanno persino assicurato che questa è per loro l'unica possibilità per contenere la loro super-identificazione con l'analizzando. A ciò ribatto che l'analista dovrebbe essere in grado di rinunciare alla protezione di una diagnostica oggettivante, poiché essa si acquista ad un prezzo troppo elevato. Una diagnosi che indirizzi nel patologico l'esperienza dell'analizzando, rende d'altra parte enormemente più difficile abbandonarsi a questi dal punto di vista emozionale. Una tale diagnosi richiede distanza, e rende più difficile la comprensione, impossibilitando addirittura l'analisi: «...un troppo rigido ordinamento di diagnosi e tecnica [ha] per conseguenza il fatto di costringere il paziente in uno schema. Ciò può determinare che, all'interno di un tale schema, il paziente non possa essere sottoposto al trattamento, per cui viene dichiarato non analizzabile». (Cremerius, 1982).
Alla base di ogni diagnostica medica c'è il principio d'ordine che separa il normale dal patologico. Non c'è dubbio che uno dei compiti dell'analista è fare ordine nell'esperienza verbalmente mediata del suo analizzando. Soltanto, non si tratta dell'ordine di sano e malato, fissazione o tormento di molti analizzandi, a soddisfazione di un qualche conflitto inconscio. Un medico può certo benissimo basarsi su di un tale pensiero professionale in termini di norma, ma per i suoi analizzandi egli diventa così rappresentante proprio di quei sistemi di regolazione del processo di sviluppo psichico, alla cui mediazione l'analisi vuole opporsi. La rinuncia al pensiero medico in termini di norma, fa parte, a mio avviso, del corretto trattamento della controtraslazione.

La supposizione di una «normalità psichica»

Quanto discutibile sia la supposizione di una normalità psichica, e quindi di divergenze patologiche da essa, è stato messo in rilievo da Edward Glover (1932) con il suo noto sarcasmo: «Tra le immunità conferite ai medici dalla legge vi sono alcuni privilegi non scritti di ordine unico. Forse il più importante di questi è il diritto per ogni

medico di stabilire lo standard di normalità dei propri pazienti». Bisogna prendere estremamente sul serio il potere dell'analista, che determina della malattia e della salute. Se egli riesce a non identificarsi con il ruolo del medico, nel suo lavoro lo disturberà lo sforzo costante di distinguere

il normale dal patologico, senza però degradare in tal modo l'analizzando a caso medico. La controtraslazione di sentimenti di superiorità, di potere e di obbligo, viene costantemente stimolata. Il pericolo più grosso è quello di abusare del potere, e di cercare di condurre una correzione o una riparazione, invece che un'analisi. D'altra parte per l'analizzando, che spesso ha la tendenza a sentirsi inferiore o impotente di fronte all'analista, sarà ancora più difficile superare la *sua* sensazione di umiliazione, se le parole, i simboli e i segnali sotterranei gli confermano di avere a che fare con un medico, nel suo ruolo tradizionale di scienziato sapiente e superiore, di curatore e di mago. La deformazione del rapporto da ciò originata prende allora facilmente la forma di un adeguamento sottomesso, tale ad esempio che l'analizzando parli soltanto delle sue sofferenze, o soltanto dei suoi disturbi corporei.

Noi possiamo supporre che non esistano criteri psicologici validi per distinguere la normalità dalla patologia, e dire che la malattia e la salute psichica sono soltanto delle norme socialmente determinate, dalle quali noi analisti dobbiamo tenerci alla larga, per rispondere alle regolarità della psiche individuale (2).

2. La psichiatria transculturale ha constatato finora che nella maggior parte delle culture non occidentali il comportamento anormale viene in qualche modo distinto e circoscritto rispetto a quello normale, o come tale auspicato, ma che tuttavia non si può affatto, o quasi per nulla, far concordare le malattie o devianze «psichiche» e simili con il nostro sistema diagnostico medico-psichiatrico. L'etnopsicoanalisi, che sarebbe la più capace di risolvere la questione se la norma sociale vigente della malattia psichica si debba far derivare dal modello di sviluppo della psicoanalisi, non fornisce invece alcuna risposta coerente a tale riguardo. Georges Devereux argomenta in senso medicocentrista. Egli suppone che debba esistere una norma generale valida per tutta l'umanità, transculturale ed omogenea, relativa allo stato di salute e di malattia psichica. Quegli etnopsicoanalisti che si sono serviti nella ricerca specifica di metodi psicoanalitici (L.B. Boyer, V. Crapanzano, M. Erdheim, E.F. Foulks, D. Freeman, A. Hippler, W. Kracke, F. Morgenthaler, M. Nadig, F. Weiss, gli autori di questo saggio e numerosi altri) hanno dovuto purificare radicalmente i loro metodi dal nostro sistema diagnostico medico. Avendo essi per lo più condotto analisi su persone «normali», tutte le divergenze effettive dalle norme sociali e culturali in vigore nella nostra società dovrebbero altrimenti essere diagnosticate come patologiche. A mio avviso il medicocentrismo nell'etnopsicoanalisi avrebbe per conseguenza il fatto che tutte le persone «normali» provenienti da culture diverse da quella del ricercatore dovrebbero essere considerate psichicamente malate.

50

Carl Nedelmann rinuncia a discutere il concetto di malattia nella psicoanalisi, e a proposito del suo «concetto di salute» (p. 66) osserva che esso «non può essere definito altrimenti che come il suo obiettivo di trattamento». Salute non significa mai essere liberi dai conflitti del passato, bensì

risolvere i conflitti che si determinano, a seconda delle condizioni e delle possibilità offerte dal presente, e mantenendosi aperti al futuro. Bisogna tenere presente che «abbiamo riconosciuto che la linea di demarcazione tra normalità e anormalità psichica non può essere tracciata in base a criteri scientifici, cosicché a questa distinzione, nonostante la sua importanza pratica, spetta soltanto un valore convenzionale (S. Freud, 1938, p. 622).

Ho esperienza tuttavia del fatto che la mentalità tradizionale e l'ideologia dissimulata o orientata in senso medico degli analisti, accanto a molti altri fattori, annientano la nozione scientifica secondo la quale nella vita psichica non può esservi delimitazione di una norma da una anormalità. Invece dell'«importanza pratica» di questa discriminazione, alla quale si atteneva Freud, io vedo che ogni pensiero in termini di norma ostacola gravemente la nostra attività pratica nell'analisi, senza che per lo più vi si presti attenzione. Per questo motivo propongo di trattare come dei pregiudizi che necessitano di un chiarimento tutte le idee di normalità e patologia che provengono dalla medicina e dall'opinione comune, e che ci vengono suggerite anche dagli analizzandi. L'obiettivo della psicoanalisi non è mai togliere o eliminare la patologia. Cremerius (1982) osserva che un «obiettivo predeterminato di guarigione [proviene] da un pensiero oggettivo e oggettivante, e non dall'interazione „psicoanalitica“, e definisce un tale obiettivo una „finzione che dev'essere abbandonata“».

Si può obiettare che l'etichettatura globale in termini di quadro clinico, il *labelling* di cui persino nella psichiatria viene discussa la utilità, e che viene denunciato come origine di atteggiamenti sbagliati nella cura e nel trattamento psichiatrico, già da lungo tempo non ha più alcuna funzione nella psicoanalisi. La discussione su di una predisposizione patologica troppo debole o troppo forte di determinate direzioni pulsionali, che ancora nel 1937 Freud prendeva molto sul serio, si è spenta per il fatto che non possediamo alcuno strumento analitico per distinguere ciò che fa parte della predisposizione da ciò che è acquisito. Ci si è liberati dall'idea di un «carattere genitale» come norma ideale. La sana «potenza orgasmica» di Wilhelm Reich (1927-29) è stata da tempo abbandonata a terapie settarie, che con la psicoanalisi non hanno nulla a che vedere. Piuttosto si parla di una maturità più o meno raggiunta (non intendendo con ciò il processo biologico di maturazione *maturation*, bensì il

processo di sviluppo), ammettendo orgogliosamente o timidamente che sappiamo trovare e trattare il patologico altrove, ossia nei laboratori interni dell'apparato psichico.

È merito dell'analisi infantile, e in particolare di Anna Freud e della sua scuola, se ci è diventato chiaro questo fatto: ciò che noi consideriamo negli adulti come un sintomo nevrotico, patologico, può essere stato nell'infanzia la soluzione migliore, un passo avanti nello sviluppo, relativamente riuscito, o addirittura in grado di salvare la vita. Ancora nel 1965 il tema del Congresso internazionale di psicoanalisi tenutosi ad Amsterdam, è stato il rapporto tra la nevrosi infantile e la nevrosi ossessiva nell'età adulta (A. Freud, 1965). Oggi una simile formulazione della questione verrebbe considerata una limitazione, una *petitio principii*. Non posso supporre che sia un caso il fatto che la seconda opera principale di Anna Freud, che nell'edizione originale inglese, apparsa nel 1965, recava il titolo *Normality and Pathology in Childhood*, nell'edizione tedesca del 1968, redatta dall'autrice, si chiama *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung* (Itinerari e deviazioni nello sviluppo del bambino, n.d.t.). La patologia non reggeva più come concetto base.

Tuttavia non è necessario rinunciare alla prospettiva di pensiero medica, se però si tiene fermo il fatto che si tratta di idee che non esprimono nulla di definitivo, di metafore, di analogie, come i famosi paragoni presi dalla fisica, dalla politica, dalla strategia militare, di cui Freud si è servito per descrivere le sue scoperte. Si può dire: «Un sintomo si è stabilito nell'Io sano come un corpo estraneo, viene circoscritto, disturba altre parti dell'Io, ad esempio la percezione della realtà, comporta derivati dell'Es altrimenti rimossi, indebolisce l'Io, lo fa irrigidire, ecc.». Contro una tale formulazione medica non c'è nulla da obiettare, se si resta memori della sua portata limitata.

Norma e patologia nella psicologia dell'Io

Nella psicologia dell'Io il modello patologico si è affermato con estrema ostinazione. Una delle prime scoperte della nostra scienza, quella della rimozione, venne considerata dappprincipio come una patologia. Dopo il riconoscimento del carattere generale della rimozione e del non rimosso, Anna Freud descrisse (1936) i meccanismi di difesa. Ci si era resi conto del fatto che le conseguenze dei conflitti attraversati, e la difesa da essi, dovevano necessariamente farsi sentire nell'Io. Quando Willy Hoffer (1954) propose di non assumere come obiettivo dell'analisi l'eliminazione di questa o di quella difesa, ma

piuttosto una riorganizzazione o una revisione dell'organizzazione di difesa, per ampliare e rafforzare l'Io, sembrò con ciò superata la necessità di distinguere le parti patologiche dell'Io da quelle normali. Tuttavia le cose non stavano così. Nella discussione sullo sviluppo e

sull'autonomia dell'Io, sulla dominanza dell'Io, l'Io divenne oggetto di una nuova prospettiva di pensiero in termini di patologia, che non trovò soltanto l'approvazione entusiastica della psichiatria influenzata dalla psicoanalisi, cioè della psichiatria «orientata in senso psicodinamico». Persino nella scelta e nella selezione dei candidati per una formazione psicoanalitica, si fece uso di una tabella sanitaria, finché si dovette riconoscere empiricamente che le persone che più si avvicinavano ad una capacità funzionale massima dell'Io non erano disponibili ad un'analisi. Essi vennero infine definiti, in un primo momento per scherzo e poi seriamente, normopati.

Nella psicologia dell'Io sono soprattutto due gli aspetti nei quali si afferma il pensiero medico, e che pregiudicano a mio avviso il nostro lavoro pratico, e lo sviluppo di una teoria: da una parte i meccanismi di difesa, e dall'altra le funzioni autonome dell'Io. I meccanismi di difesa vengono distinti in primitivi e più maturi, ossia acquisiti in un primo o in un secondo momento. Questa distinzione è senz'altro utile, e ha contribuito a comprendere analiticamente e ad analizzare stati borderline, perversioni, e determinate psicosi (Boyer, 1980). Ma non appena si tenta di definire come in se patologico un determinato meccanismo di difesa, non si corrisponde più alla realtà psichica, e si determina confusione. Voglio citare ad esempio l'identificazione proiettiva. Questo meccanismo rende difficile, se non impossibile, ad alcuni analizzandi distinguere dalla realtà la traslazione sul loro analista; alcuni psicotici, per mezzo di tale meccanismo, riescono a confrontarsi, invece che con l'ambiente umano che li circonda, soltanto con le parti del proprio se proiettate. Eppure tale meccanismo non ha in se nulla di patologico. Senza di esso sarebbe ad esempio impossibile tenere una conferenza comprensibile. Colui che parla deve potersi identificare con un intero mondo di parti di se proiettive, che egli proietta sugli ascoltatori per poter stabilire una comunicazione in qualche modo comprensibile. L'empatia e la percezione della risposta a ciò che egli dice, possono soltanto correggere il processo proiettivo d'identificazione.

Nella descrizione dell'Io in quanto struttura psichica Heinz Hartmann ed i suoi collaboratori hanno aperto un nuovo territorio al pensiero medico, nonostante la loro intenzione di fare della psicoanalisi una psicologia generale. Mi riferisco alla supposizione di una autonomia secondaria relativa dell'Io, e di funzioni dell'Io fornite

53

di libido neutralizzata. Ciò che ostacola la formazione dell'autonomia secondaria, o che disturba quella già guadagnata, viene considerato oggi da alcuni analisti, senza che sia stato possibile evitarlo, come regressivo e patologico. Io non ho mai potuto condividere l'idea di una libido neutralizzata, e ciò non soltanto per motivi teorici. Sono rimasto legato all'idea di conflitti

relativamente allentati, di una libido relativamente mobile, di una tensione di ambivalenza ridotta, così come Freud l'ha descritta nell'inibizione alla meta e nella sublimazione del desiderio pulsionale. A quanto risulta dalla mia esperienza clinica, dei conflitti da tempo superati possono venire nuovamente attivati in determinate situazioni di vita, in modo tale che è praticamente impossibile condurre un'analisi abbastanza completa, a meno che non si includano nel lavoro d'interpretazione anche comportamenti, abitudini e tratti caratteriali «normali», che si presentano col carattere di autonomia secondaria. A mio parere la separazione di una parte dell'Io sana, divenuta autonoma e priva di conflitti, da una parte conflittuale, limita le possibilità dell'analisi, abbandona, con la parte neutralizzata della libido, la teoria delle pulsioni, che è una teoria conflittuale, e non è in grado di rispondere alla tragicità della *conditio humana*, e della realtà conflittuale della vita psichica.

Voglio ricordare qui l'osservazione di Kurt Eissler (1971), secondo cui la follia ed il suicidio di Ofelia sarebbero segni della sua salute psichica. Se situazioni tragiche di vita comportano che una ragazza, appassionatamente innamorata, venga a scoprire che l'amato è l'assassino di suo padre, la perdita di realtà e l'autodistruzione sarebbero prestazioni adeguate dell'Io, e segni della sua forza.

La teoria secondo la quale l'Io maturantesi debba svilupparsi verso l'autonomia nel senso di immunità dai conflitti, capovolge la teoria culturale di Freud. Eissler analizza la *virtuology*, la teoria della virtù di Erikson (1971). Egli presume che la tendenza conflittuale abbia contribuito maggiormente alla formazione delle virtù umane, di quanto non abbia fatto *l'harmonia stabilita* che Erikson, in una libera interpretazione di Leibniz, mette alla base della psicologia dell'Io. Tali psicologi ritenevano che la tragicità di un Amleto o dei fratelli Karamazov non si sarebbe mai data, se soltanto, al momento opportuno, ci fosse stata a disposizione una *child guidance clinic*, e il consiglio di psicologi esperti.

Sarebbe troppo gravoso per queste argomentazioni seguire il pensiero medico in tutti i «quadri clinici» descritti, per mostrare dove tale prospettiva di pensiero sia limitante, e dovrebbe quindi essere abbandonata. Tuttavia vorrei occuparmi in breve dei «disturbi nar-

54

cisistici» descritti da Heinz Kohut (1971). Egli suppone che questi disturbi non siano *affatto* delle nevrosi, né dei disturbi conflittuali, ma che piuttosto, per le persone in questione, si sia verificata un'interruzione dello sviluppo sano e normale del sé; egli concepisce, come tecnica adeguata di trattamento, una tecnica che prescinda dal conflitto. In un primo momento si direbbe che la

richiesta di depatologizzazione venga qui presa sul serio e realizzata. Ma invece neanche Kohut abbandona la divisione categoriale tra sano e malato. Soltanto, non è l'individuo analizzato ad essere dichiarato patologico, bensì la madre non abbastanza empatica. Io credo piuttosto di scorgere uno scambio dialettico tra la traslazione narcisistica e quella oggettuale, conformemente ai modi dell'esperienza, integrantisi verso una sintesi, che caratterizzano ogni rapporto umano. Per il processo d'interpretazione, ne risulta un orientamento adeguato alle necessità dell'analizzando, e che corrisponde all'incirca al cambiamento dell'analista da Io ausiliario a Io ausiliario autonomo, descritto da Loewenstein (1954 e 1958).

«Patologia» della traslazione

Sembra che la patologizzazione di determinati fenomeni psichici sia causa di enormi inconvenienti pratici nell'analisi della traslazione. Di regola noi analisti poniamo oggi soltanto due forme base di traslazione, quella classica, libidinale ed aggressiva e diretta ad un oggetto, e l'altra narcisistica, che riguarda un oggetto-sé. Altre forme di traslazione, o non vengono percepite nell'analisi degli adulti, o vengono definite in tal misura patologiche, da essere impossibile lavorare con esse. Rapporti oggettuali simbiotici di vario tipo, dei quali sappiamo da tempo che hanno una grande parte nella vita amorosa degli adulti, e che ne determinano la felicità e la sofferenza, rendono possibile, se li si prende sul serio, aprirsi una via verso analizzandi che prima non sarebbe stato possibile trattare. Il fatto di occuparsi insieme di un oggetto reale o fantasmatico può avviare un primo rapporto d'identificazione con l'analista persino da parte di analizzandi autistici. Molto di ciò che si deve annoverare tra i «fenomeni transizionali» di Winnicott (1953), costituisce, a determinate condizioni, delle forme durevoli di traslazione. Si crede di riconoscerne la patologia, quando esse sono l'unica possibilità di una persona per esaudire i propri desideri libidinali; la loro normalità, in qualità di via parallela dello sviluppo della libido, è stata da tempo riconosciuta. Se un'analizzando investe l'analisi come «fenomeno transizionale» poiché essa è investita

55

anche dall'analista, allora si determina una forma di traslazione che spesso permane come alleanza di lavoro, ma che in linea di principio sarebbe accessibile al lavoro d'analisi.

«Indicazione» e «prognosi»

Nella cosiddetta indicazione d'analisi, si è rimasti a lungo fedeli al modello medico (Parin, 1958). Quando infine è stato riconosciuto come criterio pratico generale l'analizzabilità, *analyzability*, e si è tenuto conto dell'ampliamento del campo d'applicazione della psicoanalisi, si è insinuato allora un nuovo criterio, che si annuncia limitante in maniera insensata. Nel 1979 sul giornale *The New Yorker*, scritto in maniera spiritosa, ma incredibilmente serio nei fondamenti dei suoi reportages, è apparso appunto un reportage preciso e degno di fede, che descrive la maniera in cui il famoso Istituto psicoanalitico di New York assegna i casi ai candidati iscritti. Un ufficio indipendente, di cui fa parte un analista esperto, stabilisce il grado di analizzabilità. Se questo è troppo basso, le persone in cerca di consiglio vengono indirizzate verso altre forme di psicoterapia. Poi ci sono due altre categorie: i casi difficili, e quelli con buone prospettive di riuscita. Essi vengono assegnati ai candidati, senza tuttavia comunicar loro a quale delle due categorie il futuro analizzando appartenga; invece ai candidati vengono fornite delle informazioni «oggettive», purificate, a proposito dei colloqui preliminari. Le aspettative dell'ufficio di selezione si realizzano da anni: i casi di buona analizzabilità hanno buon esito, quelli difficili riescono invece soltanto in piccola parte, o in maniera incompleta. L'Istituto è orgoglioso di questo segno di serietà scientifica. Io ritengo al contrario che esso sia il risultato di una falsa oggettivazione, che ha l'effetto di una «previsione autoconfermantesi». L'indispensabile e necessario atteggiamento scettico e fiducioso nei confronti dell'analista, presupposto della traslazione e dell'analisi della resistenza, è in contraddizione con l'utilizzazione pseudoscientifica di una istituzione, e di un modello di «analizzabilità» dedotti senz'altro dal modello della malattia curabile o incurabile. Se all'analizzando e al suo analista fosse concesso di scoprire gradualmente, sperando nella maniera più soggettiva possibile il primo rapporto dai toni libidinali ed aggressivi, se siano presenti da una parte una empatia sufficiente e dall'altra una tendenza all'investimento in misura adeguata all'avviamento di un'analisi, allora si farebbero delle esperienze di tutt'altro genere.

Per quanto riguarda la prognosi, la situazione è analoga. Non si

56

dovrebbe obiettare che sia già un bene per tutto il sapere analitico il fatto di non aspirare alla guarigione dalla malattia, ma ci si dovrebbe piuttosto proporre di passare dall'analisi terminabile a quella interminabile. Freud riconobbe il fatto che altri metodi terapeutici psichici, ad es. il miracolo di un pellegrinaggio a Lourdes, avevano ottenuto un successo maggiore che non la sua

psicoanalisi nella guarigione di sofferenze psichiche (1933, p. 257). Tutti noi abbiamo imparato del resto che la scomparsa di un sintomo spesso non è affatto un criterio, né tantomeno il più valido, per verificare l'esattezza delle nostre interpretazioni. Forse non ci meravigliamo neanche troppo se, statistiche alla mano, i terapeuti del comportamento ci dichiarano di essere in grado di far scomparire dei sintomi nevrotici profondi in maniera più rapida e più semplice di quanto non facciamo noi, oppure se gli psichiatri affermano che nelle analisi da noi condotte non si verifica alcuna guarigione: infatti dall'esame numerico preciso dei risultati, più nobilmente definito *rating*, risulterebbe che i pazienti non sottoposti ad alcun trattamento se la caverebbero altrettanto bene o altrettanto male di quelli da noi analizzati.

Noi siamo consapevoli di non essere né maghi, né sciamani medici, né tantomeno guaritori. Quello che ci interessa, è trasmettere degli *insight*, e scoprire le tracce e le deformazioni che il crescere e il vivere in una cultura, nella nostra cultura in particolare, hanno lasciato nella vita psichica. Noi lasciamo che siano i nostri analizzandi, in possesso dell'*insight* ispirato dal sentimento sulla loro vita interiore, che noi abbiamo loro reso possibile, a decidere se vogliono seguire le parole del poeta: «Tu devi mutare la tua vita».

La contraddizione in Sigmund Freud e il medicocentrismo oggi

Ogni rimozione parte, a quanto sappiamo, dagli influssi dell'ambiente, dal Super-io, rappresentante della tradizione, dai genitori in quanto educatori, dalla realtà sociale, che si ripercuote nella vita interiore sotto forma di repressione della pulsione, e che si contrappone ai desideri. Eliminando la rimozione, noi rendiamo possibile l'emancipazione. La domanda di libertà eminentemente umana, che in un primo momento ha luogo esclusivamente tra l'individuo e l'ambiente sociale, e che è diventata il problema della nostra seconda natura, non ha in un primo momento nulla a che fare con la malattia e la salute. Ho scritto una volta che la psicoanalisi, con la sua pretesa di non aspirare alla guarigione, bensì all'affrancamento dell'analizzando, ha portato nel territorio della medicina un regalo funesto, un

57

cavallo di Troia. Tutto ciò che ne fuoriesce è necessariamente ostile, o almeno estraneo per l'arte del curatore.

Sigmund Freud ha dovuto sopportare la contraddizione che le sue scoperte hanno portato con sé. Già nel 1910 (p. 496) egli definiva «caratteristica principale della teoria psicoanalitica... che non

vi è alcuna differenza fondamentale... tra la vita psichica delle persone normali e quella dei nevrotici e psicotici».

Ancora nel Compendio di psicoanalisi (1938), suo ultimo grande scritto, i due atteggiamenti si trovano l'uno accanto all'altro. Da una parte egli parla delle «temute malattie spontanee della vita psichica» e della speranza di «portarle alla guarigione» (p. 599). Egli definisce le nevrosi «stati morbosi» (p. 599), progetta un «piano di guarigione» (p. 600), e definisce i «nevrotici» una «categoria di malati psichici» (p. 600). «D'altra parte» sottolinea Freud «si può dire che non esista un solo stato riconosciuto come normale nel quale non potremmo riscontrare qualche lieve tratto nevrotico. I nevrotici hanno più o meno le stesse disposizioni innate degli altri esseri umani, vivono le stesse esperienze, sono chiamati a risolvere gli stessi problemi» (p. 610). E dice: «Abbiamo riconosciuto che la linea di demarcazione tra normalità e anormalità psichica non può essere tracciata in base a criteri scientifici, cosicché a questa distinzione, nonostante la sua importanza pratica, spetta soltanto un valore convenzionale» (p. 622).

Ha superato lo scopritore della psicoanalisi il dilemma per cui la psicoanalisi «non sia una branca specialistica della medicina» (1926 , p. 417), per cui «non desideriamo affatto» che essa «venga inghiottita dalla medicina» (1926, p. 413) benché essa «è stata inventata da un medico proprio mentre costui si sforzava di trovare un rimedio capace di dare sollievo ai suoi ammalati» (p. 418)? Egli respinge questa argomentazione storica, e rifiuta di subordinare la sua psicoanalisi alle tradizioni ed agli usi della psichiatria. Io tendo a ritenere piuttosto che anch'egli sapesse che l'intero strumentario medico, il sistema concettuale diagnostico e terapeutico, offre come contributo alla psicoanalisi soltanto delle idee ausiliarie, che danno dei buoni risultati fino ad un certo punto, ma che in ogni momento potrebbero essere abbandonate, o sostituite da altre non mediche. Varrebbe la pena di dedicare una ricerca a parte alla questione di fino a che punto Freud abbia riconosciuto che il residuo di pensiero medico *all'interno* della psicoanalisi, ossia il suo medicocentrismo, avrebbe potuto ostacolare l'ulteriore sviluppo della psicoanalisi, o addirittura minacciarne l'esistenza.

Ma a che punto siamo noi oggi? Non sto forse per caso, con la

58

mia polemica, sfondando una porta aperta, essendo noi tutti consapevoli del pericolo che la psicoanalisi si impigli nelle maglie della sua tradizione medica, andando così in rovina? Oppure, al contrario, non c'è nulla da ridire in un inevitabile sviluppo della psicoanalisi, fino a divenire un metodo terapeutico riconosciuto?

Dal momento che la stessa psichiatria ha cominciato a dubitare di molte delle sue diagnosi scritte, mentre la psicoanalisi è in grado di fondare i suoi *insight* meglio di quanto non facesse quarant'anni fa, intravedo la possibilità di abbandonare il pensiero medico in termini di norma. Ho cercato di dire perché ritengo che ciò sia indispensabile. Si può obiettare che non posso sapere quello che succede veramente nelle analisi della nostra epoca: soltanto poche descrizioni di casi vengono pubblicate, e un numero ancora minore con la chiarezza e la sincerità che contrassegnavano Freud. Per questo devo servirmi di segni distintivi esterni, e dedurre da essi se esistano delle buone premesse per il superamento del medicocentrismo e del pensiero normativo, che è in contraddizione con le prospettive psicoanalitiche. Io ritengo che molti fenomeni di quest'epoca non autorizzino nessun'altra interpretazione, se non che il medicocentrismo e il pensiero normativo si impadroniscono sempre più dell'analisi, se è addirittura il mondo psicoanalitico, con le sue tradizioni e con i suoi scritti, a fare da portavoce soltanto a scienziati affermati, e se non sono gli analisti stessi a comportarsi nascostamente con gli analizzandi in maniera del tutto diversa da quanto essi ritengono necessario dimostrare e rendere noto all'esterno: il che sarebbe ancora peggio.

Nella scelta degli analisti per la formazione, si è arrivati ad accettare esclusivamente medici, e si è arrivati, in alcuni paesi, a pretendere un'ulteriore specializzazione psichiatrica. Lì dove vengono ammessi psicologi di formazione accademica, essi provengono da università in cui hanno appreso esclusivamente o prevalentemente una psicologia vincolata al positivismo, e soggetta ad un pensiero oggettivistico o statistico normativo, in contrasto stridente con la nostra psicologia. La scelta dell'analista didatta è limitata dai titoli di questi, e dalla sua legittimazione professionale, mentre la fiducia soggettiva nella sua attendibilità, viene sostituita dalla oggettivazione istituzionale. Lo sviluppo delle analisi didattiche viene misurato secondo criteri numerici, che non hanno nulla a che fare con il processo psicoanalitico auspicato. La possibilità di prendere l'importante decisione di cominciare una propria attività, viene in parte tolta al futuro analista dalle decisioni di una commissione didattica, e la sua responsabilità personale viene sostituita dal «placet» o «non placet» della

59

commissione. Le condizioni d'ammissione nelle associazioni psicoanalitiche somigliano sempre più a dei regolamenti d'esame medici, quando non accade addirittura che vengano predisposti degli esami accademici in piena regola, che sono notoriamente in contrasto con il processo autodidattico di formazione. Come lavori d'esame, vengono preparate e valutate delle descrizioni

scritte di casi; ciò ha per conseguenza che non viene più rappresentata la verità disvelantesi dell'analizzando, ma che piuttosto vengono presentati dei saggi che corrispondono alla teoria. Alcuni libri didattici di tecnica psicoanalitica vengono compilati come ricettari o manuali d'istruzioni, o come tali vengono letti. Si moltiplicano le affermazioni di numerosi e noti analisti, su quanto il loro lavoro sia vincolato ai principi della medicina, o di quanto scientificamente essi «in verità» procedano, nel senso del pensiero oggettivante, o statisticamente normativo, proprio delle scienze naturali.

Io credo che questi siano indizi del fatto che la psicoanalisi deve ritrovare il proprio procedimento ed i propri obiettivi, se non vuole cadere in una stasi completa, e infine nella rinuncia a sé. Quanto il medicocentrismo ci abbia finora limitati, lo capiremo soltanto quando si saranno realizzati il sogno e la richiesta del fondatore della psicoanalisi, che essa divenga cioè una scienza a sé e indipendente della vita psichica dell'uomo, e come tale venga riconosciuta.

Bibliografia

F. Alexander, (a cura di), *Psychoanalytic Pioneers*, New York, 1966, cit., p. 288, cit. sec. R. Jacoby, p. 143 (tr. it. *Pionieri della psicanalisi*, Feltrinelli, Milano, 1971).

M. Boss, *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen*, Hans Huber, Bern, 1947 (tr. it. *Senso e contenuto delle perversioni sessuali*, SugarCo, Milano, 1962).

-, M. Boss, *Der Traum und seine Auslegung*, Hans Huber, Bern, 1953.

-, *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*, Hans Huber, Bern, 1957 (tr. it. *Psicoanalisi e analitica esistenziale*, Astrolabio, Roma, 1973).

L.B. Boyer e P.L. Giovacchini, *Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic and Characteriological Disorders*, Aronson, New York, (1967) 1980.

J. Cremerius, *Über die Schwierigkeiten, Natur und Funktion von Phantasie und Abwehrmechanismen psychoanalytisch zu erforschen und zu definieren*, manoscritto: rel. al Convegno dell'Ass. psic. eur., Roma, 1981.

-, «Die Bedeutung des Dissidenten für die Psychoanalyse», *Psyche*, vol. 36, 6, pp. 481/514, 1982 (tr. it. «Il significato dei dissidenti per la psicoanalisi», *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 1983).

- K. Eissler, *Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis*, Int. Univ. Press, New York, 1965 (tr. it. *Ortodossia medica e futuro della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1979) *Discourse on Hamlet and Hamlet: Psychoanalytic Inquiry*, Int. Univ. Press, New York, 1971.
- E.H. Erikson, *Psychological Reality and Historical Actuality*, in W.W. Norton, (ed.), *Insight and Responsibility*; New York, 1964 (tr. it. *Introspezione e responsabilità*, Armando, Roma, 1972).
- A. Freud, *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Imago, London, 1963, e Kindler, München, 1964 (tr. it. *L'Io e i meccanismi di difesa*, Martinelli, Firenze, 1967; anche in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. I).
- , *Normality and Pathology in Childhood*, Int. Univ. Press, New York, 1965, ed. ted. *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*, Hans Huber, Bern; E. Klett, Stuttgart, 1968 (tr. it. *Normalità e patologia del bambino*, Feltrinelli, Milano, 1970; anche in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. III).
- , *Psychoanalytische Theorien über Zwangsneurose: Eine Zusammenfassung*, Schriften, Kindler, München, 1980, vol. 6, p. 1839, orig.: Intern. J. Psycho-Anal., vol. 47, 1966 (tr. it. *Nevrosi ossessiva: riepilogo delle concezioni psicoanalitiche*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. III).
- S. Freud, *Ueber Psychoanalyse*, GW, Imago, London, 1948, vol. 8, 1910, cit. p. 54, (tr. it. *Sulla psicoanalisi*, *Opere*, Boringhieri, Torino, 1967 e sgg., vol. VI, p. 496).
- , *Die Frage der Laienanalyse*, GW, vol. 14, 1926, cit. pp. 283 e 289 (tr. it. *Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale*, *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. X, p. 413, 417, 418).
- , *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, GW, vol. 15, 1933, cit. pp. 163 e 164 (tr. it. *Introduzione alla psicoanalisi, (nuova serie di lezioni)*, *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. XI, p. 257).
- , *Die endliche und die unendliche Analyse*, GW, vol. 16, 1937 (tr. it. *Analisi terminabile e interminabile*, *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. XI).
- , *Abriss der Psychoanalyse*, GW, vol. 17, 1939 (tr. it. *Compendio di psicoanalisi*, *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. XI, p. 599, 600, 610, 622).
- E. Glover, «Medico-Psychological Aspects of Normality», *Brit. J. of Psychology*, vol. 23, 1932.
- , *The Technique of Psycho-Analysis*, Baillière, Tindall & Cox, London, 1955 (tr. it. *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971).
- R.R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Int. Univ. Press, New York, 1967 (tr. it. *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1974).
- M.J. Herskovits, *The Human Factor in Changing Africa*, A.A. Knopf, New York, 1962.

W. Hoffer, «Defensive process and defensive organisation: their place in psychoanalytic technique» *Internat. J. Psycho-Anal.*, vol. 35, 1956.

R. Jacoby, *Social Amnesia*, Beacon Press, 1975 (tr. it. *L'ammnesia sociale*, Comunità, Milano, 1978).

61

O. Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Aronson, New York, 1975 (tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1978).

H. Kohut, *The Analysis of the Self*, Int. Univ. Press, New York 1971 (tr. it. *Narcisismo e analisi del se*, Boringhieri, Torino, 1976).

R.M. Loewenstein, «Some Remarks on Defences, Autonomus Ego and Psycho-Analytic Technique», *Intern. J. Psycho-Anal.*, vol. 35, 1954.

-, «Remarks on some Variations in Psycho-Analytic Technique», *Intern. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, 1958.

C. Nedelmann, *Behandlungsziel und Gesundheitsziel in der Psychoanalyse*, in H. Bach, (ed.) *Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse*, Verlag, f. Medizin. Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1980.

P. Parin, «Die Indikation zur Analyse», *Psyche*, Heidelberg, vol. XII, fasc. 6, 1958.

-, «Warum die Psychoanalytiker so ungern zu brennenden Zeitproblemen Stellung nehmen: Eine ethnologische Betrachtung», *Psyche*, Stuttgart, vol. 32, fasc. 5/6, 1978, e in *Der Widerspruch im Subjekt*, Syndikat, Frankfurt/M., 1978

W. Reich, *Die Funktion des Orgasmus*, Int. Psa. Vlg., Wien, 1927 (tr. it. *La funzione dell'orgasmo*, Sugar, Milano, 1969).

W. Reich, «Der genitale und der neurotische Charakter», *Internat. Ztsch. für Psa.*, 1929 (tr. it. *Il carattere genitale e il carattere nevrotico*, in *Lecture di psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1972).

Th. Reik, *Der überraschte Psychologe*, A.W. Sijkoff, Leiden, 1935.

H.E. Richter, *Lernziel Solidarität*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg, 1974.

-, *Flüchten oder Standhalten*, Rowohlt, Reinbek b. Hamburg, 1976.

D.W. Winnicott, «Transitional Objects and Transitional Phenomena», *Inter. J. Psycho-Anal.*, vol. 34, 1953 (tr. it. *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975).