

Università degli Studi – Milano  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Scuola di Specializzazione in Psichiatria

ESPERIENZE DI FORMAZIONE IN PSICHIATRIA

ovvero

ALCUNE APPLICAZIONI DEL METODO CONGETTURALE

Relatore: Ch.mo Prof.  
Carlo Lorenzo Cazzullo

Candidato: Dott.  
Antonello Sciacchitano  
Matricola n.17475

Anno Accademico 1980/81

– Perché tanto furore, Ippocrate?  
Protagora ti ha fatto forse  
qualche torto?

– Sì, per gli dei, Socrate,  
perché egli solo è sapiente,  
ma non mi fa tale.

Platone, PROTAGORA, II d.

Il lavoro è desiderio tenuto a freno;  
è un dileguare trattenuto,  
ovvero: il lavoro forma.

G.W.F. Hegel, FENOMENOLOGIA  
DELLO SPIRITO IV, A.

I N D I C E

INTRODUZIONE.....	pag. 1
MATERIALE.....	" 14
<u>UN ESERCIZIO SILENZIOSO</u>	
a) Il metodo congetturale.....	" 17
b) Il metodo dei contesti.....	" 24
c) Cose stupefacenti.....	" 30
<u>UN ESERCIZIO DIALETTICO</u>	
a) Il <u>setting</u> iniziale.....	" 38
b) La fretta di concludere.....	" 44
c) <u>Erklären oder Verstehen</u> .....	" 50
d) Una sfida al sapere.....	" 58
e) La guerra delle due rose.....	" 62
f) Un gioco di mano.....	" 68
g) Il cambiamento di discorso.....	" 74
<u>IL SACRARIO DELL'ENIGMA</u>	
a) Domande in formazione.....	" 81
b) Tutte congetture!.....	" 85
c) Il raddoppiamento simbolico.....	89
d) Microeventi sovversivi.....	" 93
1. <u>Casus belli</u> .....	" 94
2. Come i cavoli a merenda.....	" 97
3. Il focolaio della famiglia.....	" 104
4. Un viaggio inutile.....	" 109
5. Accoppiamenti giudiziosi.....	" 114
e) L'organo, il narcisismo e il discorso.....	" 120
<u>UNA STORIA CHE FA ACQUA</u>	
a) L'ascolto visivo.....	" 127
b) Leggere è trascrivere.....	" 131
c) <u>Les mots sous les mots</u> .....	" 139
d) Un caso istruttivo.....	" 143

IN TEORIA

a) L'analisi della domanda.....	pag.	147
b) Il soggetto supposto sapere.....	"	154
c) Un'etimologia.....	"	161
d) Probabilità e congetture.....	"	166
e) <u>Hypotheses non fingo</u> .....	"	174
f) La parte per il tutto.....	"	180
g) Agli effetti pratici.....	"	186
 BIBLIOGRAFIA.....	 "	 191

## INTRODUZIONE

Questo lavoro raccoglie i risultati di alcuni esperimenti di sensibilizzazione alla Psichiatria, condotti dallo scrivente insieme a studenti di Medicina e a specializzandi in Psichiatria presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Milano, diretto dal Prof. C.L. Cazzullo, durante il triennio '78-'80.

Precisiamo subito che si tratta di una sensibilizzazione parziale. Infatti importanti aspetti dell'attività psichiatrica, come il problema del trattamento farmacologico o il problema più recente dell'intervento sul territorio, non sono trattati nel presente lavoro. Crediamo tuttavia che la parzialità delle nostre scelte non intacchi l'essenza dell'esperienza psichiatrica, che rimane clinica. Pertanto il titolo più esatto della nostra esperienza dovrebbe essere: sensibilizzazione alla Psichiatria Clinica.

All'interno della dimensione clinica abbiamo cercato di mettere a fuoco la questione dell'avvicinamento al malato mentale e in particolare al discorso, verbale o non verbale, suo o di altri, di cui è il sofferente portatore.

Il difficile ascolto contemporaneo della parola esplicita nel suo discorso e della parola implicita nei suoi sintomi è stato il punto privilegiato del nostro interesse e il riferimento costante dei nostri sforzi didattici. Presentiamo alla verifica del lettore i risultati del nostro metodo didattico, cosiddetto congetturale, il quale a nostro parere si è dimostrato adatto a cogliere l'avvicinarsi delle parole dette alle parole mute, delle parole dell'altro alle parole del corpo, offrendo contemporaneamente la possibilità terapeutica di sostituire le prime alle seconde.

Siamo convinti che considerazioni metodologiche di questo tipo debbano rimanere privilegiate nella pratica clinica della diagnosi, della prognosi e della terapia, sia questa farmacologica o psicologica. È per questa convinzione che presentiamo l'esperienza fatta come qual cosa di concluso in sé e con una propria autonomia, pur nella limitatezza dei tempi e dei modi in cui è stata condotta.

\* \* \*

A posteriori bisogna riconoscere che l'esperienza è stata resa possibile dal concorso favorevole di diversi fattori. Innanzitutto citiamo la disponibilità dell'ambiente universitario. Essa è stata garantita dal direttore dello Istituto di Clinica Psichiatrica prof. C.L. Cazzullo, che desideriamo vivamente ringraziare e per l'ospitalità che ci ha offerto e per la fiducia concessa ai nostri esperimenti educativi condotti "in parallelo" rispetto alle linee didattiche consuete. Un ringraziamento particolare va inoltre al prof. G. Invernizzi, che ci ha sorretto e stimolato nel lavoro quotidiano, soprattutto con le sue impareggiabili diagnosi cliniche che hanno offerto motivo di approfondimento e di discussione durante i nostri incontri.

In secondo luogo dobbiamo considerare l'avvento della legge 180 sui trattamenti sanitari obbligatori. Essa ha attribuito allo psichiatra nuove e più pesanti responsabilità professionali e ha così stimolato sia la domanda di formazione sia la critica degli strumenti terapeutici tradizionali.

In terzo luogo abbiamo potuto trarre vantaggio dalla nostra preparazione psicoanalitica. Essa ci ha permesso di tenere come punto di riferimento ideale la formazione dello psicoanalista, non per applicarne i metodi, ma alcuni criteri clinici. In particolare abbiamo tenuto in gran conto la domanda di formazione professionale, intendendola non solo come domanda-spia di una necessità ambientale ma soprattutto come domanda-sintomo di un disagio personale.

Volendo offrire a mo' di esemplificazione alcune connotazioni dell'esperienza fatta, senza tuttavia anticiparne o comprometterne le conclusioni, proponiamo questa terna di aggettivi: iniziale, precaria e prematura. Proponiamo anche a chi ci legge di fare il piccolo sforzo di cogliere in quella terna l'aspetto positivo, che è più riposto di quello negativo. Cogliendo la dialettica tra significato positivo e significato negativo in ogni momento dell'esperienza descritta, il lettore si garantirà la posizione che noi riteniamo corretta per recepire i risultati del nostro lavoro. In particolare potrà apprezzare la nostra impostazione "sintomatologica"



nei confronti della domanda di formazione, che viene intesa più come domanda di cura e meno come domanda di acquisizione di competenze.

Iniziale e prematura è certamente la posizione dello studente. Arrivato alla Psichiatria dopo aver frequentato gli altri corsi di Medicina, lo studente si trova di fronte a un linguaggio nuovo, a una logica a cui non è preparato ma soprattutto si trova esposto al rischio di interagire con il malato mentale in modo più forte del consueto. Nei casi fortunati può trattarsi di una reazione positiva, che va dall'interessamento fraterno alla situazione del paziente fino all'identificazione con lui. Ma in casi peggiori può trattarsi anche di una reazione negativa, graduata dall'indifferenza al rifiuto, fino all'odio. Comunque vada, è messa in discussione la tranquilla posizione di distacco curante e neutralità benevola, che nei reparti di medicina organica è implicitamente proposta al nuovo arrivato e facilmente mantenuta da chi vi si accomoda. È comprensibile allora come un fattore così inquietante possa allontanare lo studente dall'impegno intellettuale e soprattutto emotivo che la psichiatria

D'altra parte, lo studente che decide di fermarsi in Clinica Psichiatrica, anche solo per un breve periodo, sperimenta facilmente che la situazione clinica esorbita dai mezzi di cui dispone.

Da qui il senso di prematurità o di non essere all'altezza che caratterizza l'esperienza studentesca. Livelli estremi del senso di prematurità portano all'inibizione, alla rottura e alla fuga dall'esperienza. Livelli intermedi, meglio sopportati, portano al compromesso della "formazione", la quale affida al "dopo" e agli "esperti", la speranza di una maturazione personale.

Iniziale e precaria è poi la posizione del neolaureato, che poco guadagna rispetto allo studente. Appresa la terminologia specialistica, ritagliati alcuni spezzoni teorici congeniali, messe insieme un po' di farmacologia, un po' di fenomenologia, un po' di cosiddetta psicodinamica, il giovane medico si trova a dover affrontare il malato, magari per tutta una serie di colloqui, senza un'attrezzatura adeguata, senza una educazione sentimentale di cui fidarsi e a cui affidarsi, avendo come unico sostegno quello di cui più di ogni altro dovrebbe diffidare: l'entusiasmo iniziale, spesso

copertura di identificazioni col paziente, in questa fase regolarmente inconsapevoli e spesso controproducenti. Non sorprende che anche il rapporto col paziente sia precario. Lo testimoniamo le frequenti interruzioni precoci. A quel punto il giovane specializzando si sente frustrato e corre ai ripari. Lo può fare in due modi: o rientra in una pratica più routinaria e meno coinvolgente o abbandona. Dopo quella operata a livello dello studente, è questa la seconda volta che sulla psichiatria si esercita una pressione selettiva negativa.

Infine, per quanto appena detto, precaria e prematura è quasi sempre la discussione dei casi cimici, su cui si è basata gran parte del nostro lavoro di sensibilizzazione. Spesso precario e maldefinito è il setting del colloquio col paziente, sia durante le esercitazioni dei corsi di psichiatria che in reparto o poco dopo la dimissione. Quasi sempre prematuri sono i tempi della discussione clinica o perché mancano i punti di riferimento teorici, come per gli studenti alle prime esercitazioni, o perché il paziente è stato seguito per troppo poco tempo e il suo caso non è stato neppure lontanamente chiarito dal giovane medico

alle prime armi. Ebbene, entrambi questi caratteri negativi sono stati da chi scrive volutamente e un po' paradossalmente rivalutati e valorizzati come il momento centrale dell'esperienza clinica.

In effetti esistono delle ragioni logiche per procedere così. Anche il cosiddetto esperto, messo alle strette, deve confessare che col suo malato mentale, e prendiamone pure uno che a lui interessa per davvero, ha dovuto superare più momenti negativi di quanti non siano stati i risultati positivi. Di fronte a un piccolo successo ci sta tutta una serie di insuccessi potenziali o attuali: non avere mai abbastanza tempo per seguire il paziente a fondo, non saperne abbastanza di teoria per comprenderne la novità, non disporre di tecnica a sufficienza per trattarlo. Il paradosso sta qui. In fondo anche l'esperto si confronta con enormi difficoltà come lo studente e il giovane medico. Con una differenza, però, che più difficilmente dello studente e del giovane medico riconosce la propria inesperienza. Questo momento è pericoloso nella professionalità di ciascun psichiatra, perché significa che la sua formazione è finita, che ne sa (o crede di saperne)

già abbastanza o che non ne vuole sapere di più, che nessun caso sarà più nuovo per lui, che da lui non ci sono nuove teorie da aspettarsi. Come può costui insegnare o formare?

L'adozione di una pedagogia negativa si raccomanda per vari motivi. Uno riguarda il giovane in formazione. Abituandolo ad analizzare a fondo ogni fallimento gli si conferisce una forma mentis critica. Lo si abitua a vigilare sui fattori essenziali, che non sono stati presi in considerazione. Si tiene vivo in lui il suo impegno teorico. Lo si costringe a costruire teorie diverse per casi simili e a verificare una stessa teoria su casi diversi. Lo si obbliga a non sentirsi mai "arrivato". nonostante tutto quel che ha studiato e letto.

La partenza dal fallimento, sebbene più lunga, più faticosa, più dolorosa, rispetto ad altri inizi pedagogici, è nel caso della formazione psichiatrica praticamente l'unica possibile, perché la malattia mentale è essa stessa fallimento. È il fallimento di una difesa nevrotica o psicotica, è il fallimento di un padre o di una madre, è il fallimento di un destino che non ha incontrato (o ha incontrato) le condizioni per cui era stato progettato,

è il fallimento di un equilibrio di famiglia, di lavoro, di gruppo. Tutto quello che uno psichiatra può fare di fronte alla malattia mentale è, al fondo, di rilanciare dialetticamente il fallimento e indurre nel paziente, se possibile, prima un riconoscimento delle proprie responsabilità e poi un superamento dell'esperienza.

Questo orizzonte di lavoro può essere colto dal giovane psichiatra solo se sperimenta su di sé il proprio fallimento come operatore e riesce a scoprirne le cause, a proporsi teorie più efficienti, a elaborare il lutto per la perdita dell'onnipotenza, come dicono certi analisti.

Una pedagogia negativa non è però così monolitica come sembra. Presenta tutta una serie di articolazioni del negativo, che vanno dalla valorizzazione dell'atto mancato alla presa in esame dell'insuccesso, dal cogliere il più piccolo non senso alla ripresa del discorso dissociato, dall'ipotizzare un desiderio impossibile all'affermare l'esistenza di un desiderio insoddisfatto. La ricchezza della serie costituisce il suo valore pratico positivo. La pratica che deriva da questa pedagogia negativa potrebbe essere cartesianamente sintetizzata così: "Cogli il nucleo dell'esperienza clinica nel dubbio".

Nella vacillazione della teoria, nell'incertezza del senso, nell'esitazione dei gesti, nell'appuntamento mancato, nel venir meno a un patto, avrai l'occasione di cogliere qualche briciola della soggettività sofferente". Il risvolto rassicurante di questa impostazione è senza dubbio: "Coraggio, non aver paura di sbagliare!"

E certo non si sbaglia mettendo alla prova della critica e del dubbio la stessa domanda di imparare la psichiatria per fare lo psichiatra. L'occasione è buona per impostare un discorso e una collaborazione tra il giovane furente di imparare e il collega più anziano, più prudente. Diciamo che si tratta di porre il giovane "apprendista" di fronte alla propria domanda di formazione come di fronte a un proprio sintomo, o meglio, a una propria difesa, che in alcuni casi potrebbe verbalizzarsi addirittura così: "Se imparo a conoscere e a curare la malattia mentale, io stesso non mi ammalerò mai". Se durante il rapporto col collega anziano avrà imparato a fare a meno di questa onnipotenza terapeutica e/o scientifica, se avrà riacquisito la precarietà e l'ignoranza iniziali, ma questa volta elevata a una seconda potenza – la potenza della "ignoranza dotta" preconizzata dal vescovo Cusano –

avrà qualche possibilità di muoversi con minor disagio all'interno del discorso del paziente, di controllare meglio la propria ansia di rispondere, il proprio furore di curare, la propria passione di intervenire.

Contemporaneamente avrà qualche chanche in più di non oggettivare il proprio paziente e di non ingabbiarlo nel proprio sistema di difese nevrotiche e/o psicotiche.

Ma veniamo alla nostra esperienza di sensibilizzazione propriamente detta. Dopo Balint quasi tutti gli autori sottolineano le analogie tra processo terapeutico e processo di apprendimento. La formalizzazione migliore di questa analogia la troviamo in Sapir (39), che distingue tra formazione a e formazione attraverso. Infatti, il grave problema del 'apprendimento è sempre quello di come si "attraversa" il transfert e i fantasmi messi in gioco nella relazione di apprendimento. Tutti gli autori sono concordi nell'affermare che l'attraversamento del transfert non si fa come l'attraversamento di un sapere depositato sui libri. Tutti sono d'accordo nell'imputare alla riuscita di questo attraversamento il cambiamento stabile della personalità. Ma pochi danno indicazioni tecniche su come eseguirlo e su come registrarne la fine.



Freud, come si sa, ha dato le sue. Prima di lui, solo dal Convito platonico ci vengono lumi sui rapporti che intercorrono tra sapere amore. "TU sei il vaso del mio sapere", dice Alcibiade nell'elogio di Socrate, "e quindi ti amo". Poca, ma buona, è la soddisfazione che Socrate concede ad Alcibiade: "Occupati prima del tuo desiderio e poi potrai dormire sotto il mio mantello".

Occuparsi del desiderio. Questo potrebbe essere il sottotitolo di una tesi di specializzazione, che dichiara invece di occuparsi della formazione in psichiatria e spera di portare a compimento il discorso al riparo dalle punzecchiature dell'ironia socratica.

## MATERIALE

Il materiale clinico da noi preso in considerazione proviene da tre fonti:

A. Presentazioni di malati degenti in Guardia II a non più di 15 studenti per volta durante le esercitazioni del corso di Psichiatria per studenti di Medicina.

B. Gruppo di discussione di casi clinici comprendente un numero di partecipanti variabile da un minimo di 4 a un massimo di 20.

C. Supervisione di un caso clinico seguito nell'atelier di disegno presso il Day Hospital della Guardia II.

A, B, e C sintetizzano i tre poli della nostra attività di psicoanalista in un reparto psichiatrico. Il lavoro è stato organizzato nel modo seguente:

A. La presentazione dei casi clinici agli studenti del corso di Psichiatria prevede due momenti distinti:

1. La presentazione del paziente attraverso un colloquio con lo psicoanalista ed eventuali richieste di chiarimenti da parte degli studenti;
2. l'osservazione ragionata della fenomenologia presentata dal paziente, la discussione delle

congetture psicopatologiche più attendibili, la registrazione e, se necessario, la correzione delle reazioni emotive personali suscitate dall'incontro col malato.

Il materiale clinico relativo agli anni 1978/79 e 1979/80 del corso del prof. G. Invernizzi è stato trascritto rispettivamente dalla dott. G. Nobile e dalla dott. S. Diena e utilizzato per la loro tesi di laurea in Medicina.

B. Il gruppo di discussione di casi clinici, che si tiene con ritmo settimanale in Guardia II, raccoglie studenti di medicina, di lettere e filosofia e specializzandi in Psichiatria. Uno di questi, quando ne avverte la necessità, presenta al gruppo un caso clinico da lui seguito. In genere si tratta di biografie cliniche di malati conosciuti in reparto o i resoconti di colloqui avuti con pazienti dimessi e seguiti per un certo periodo di tempo in ambulatorio. Il gruppo ascolta la relazione e successivamente pone al relatore domande di chiarimenti sulla storia del paziente, sugli eventi della sua relazione col medico, su questioni tecniche. La discussione verte prevalentemente sul materiale prodotto dal paziente

(discorsi, azioni e loro ripetersi) più che sul controtransfert del curante e mira alla ricostruzione parziale del quadro psicopatologico. Parte del materiale raccolto durante l'anno 1978/79 è stato trascritto dai dott. M. Hassan e utilizzato per la tesi di laurea in Medicina.

C. Il caso che presenteremo è stato seguito dalla dott.ssa F. Bolzani. Il materiale è raccolto nella sua tesi di laurea in Filosofia.

UN ESERCIZIO SILENZIOSO

a) Il metodo congetturale

Il primo materiale elaborato sistematicamente è stato quello raccolto durante le esercitazioni con gli studenti di Medicina, che hanno frequentato il corso di Psichiatria del prof. G. Invernizzi durante l'anno accademico 78/79.

Due sono stati i principi organizzatori dell'esperienza:

il primo – il metodo congetturale – è stato applicato durante l'esperienza, di cui ha costituito l'asse di riferimento;

il secondo – il metodo dei contesti – è stato applicato dopo al materiale raccolto e ne ha permesso una prima lettura.

Per quanto riguarda l'applicazione del metodo congetturale alla didattica psichiatrica ci siamo valse del suggerimento di Guareschi Cazzullo, Bertolini e Cazzullo [1].

---

[1] Sottolineiamo a questo punto l'interesse che il metodo congetturale dovrebbe suscitare per quelle che la scuola francese di psicanalisi definisce come scienze congetturali del soggetto (33) (34), un campo in cui la separazione temporanea di sapere e verità apre lo spazio per l'articolazione metonimica del desiderio. Il suggerimento è stato colto in Italia, oltre che dagli autori citati, da Ginzburg (17), che ce lo restituisce sotto forma di una logia induttiva di tipo indiziario. (Vedi anche la nozione di abduzione secondo Peirce ed Eco(12)).

In (18) gli autori contrappongono due metodi didattici: quello detto ermeneutico e quello detto congetturale; l'uno che stabilisce rigidamente equazioni del tipo: "questo è quello" e l'altro, più flessibile, che suggerisce, promuove, e discute la possibilità che "questo sia quello ma anche quell'altro".

L'applicazione di questo secondo metodo a esperienze didattiche in psichiatria ha diverse giustificazioni teoriche. Un punto in particolare è riconosciuto e concordemente ammesso da diversi autori (42,39) ed è la corrispondenza strutturale, soprattutto in termini dinamici ed economici, tra cura e formazione "psi"; in particolare là dove si tratta di mettere in discussione il proprio apparato difensivo e di ridisegnare i confini del proprio narcisismo, contro cui la teoria e la pratica della formazione urtano talvolta violentemente (18).

All'interno di questo assetto metodologico generale, l'organizzazione particolare dell'esercitazione prevede due tempi:

1. presentazione del caso clinico mediante il colloquio tra il paziente e il conduttore dell'esercitazione. Durante questa fase è permesso agli studenti intervenire ponendo al paziente domande, questioni e richieste di chiarimenti;
2. discussione con gli studenti sul caso clinico e sui cosiddetti vissuti personali, cioè sulle proiezioni immaginarie e sulle emozioni suscitate dal caso negli osservatori.

Il materiale viene raccolto da un osservatore silenzioso, esterno al gruppo di esercitazione. Scrive la dott. G. Nobile (36), che ha svolto questa funzione: "La metodologia adottata è stata quella dei gruppi di discussione eterocentrati di orientamento psicoanalitico. È evidente che il modello di riferimento è quello dei gruppi Balint. La differenza sostanziale rispetto a questi ultimi è costituita dal fatto che il paziente è presente durante una fase del lavoro, e con la sua presenza caratterizza in modo tipico la fisionomia del gruppo stesso" (ivi, p. 11).

Aggiungiamo che anche in assenza del paziente, durante la seconda fase dell'esercitazione, non si raggiunge mai a pieno la struttura del gruppo Balint. Infatti il paziente di cui si parla è sempre un paziente "senza paternità"; un paziente, cioè, che non è né a carico dei conduttori né seguito dagli studenti interni al reparto. In altri termini, il paziente non è rappresentato nel gruppo dal "medico" patrocinatore della sua causa. È vero, qualche studente si identifica più degli altri al paziente, ma questo non basta perché il libero associarsi delle congetture si ancori a un punto fisso: il transfert con una persona precisa. Si vengono a creare pertanto dei momenti di precarietà, che abbiamo già sottolineato: il paziente, fuori dal suo contesto di degenza, parla seguendo un desiderio, che non sempre è rintracciabile e nominabile, ma che ogni tanto passa per uno dei conduttori o per uno degli studenti, senza tuttavia fermarsi e consolidarsi.

In questa situazione il metodo congetturale ha prodotto una conseguenza sorprendente e anche un po' imbarazzante.

La si è potuta verificare dapprima durante il corso delle esercitazioni e in seguito in sede di rilettura della



esperienza. Analizziamo la prima, situazione perché è quella dove si può apprezzare meglio questa caratteristica. Infatti in sede di rilettura il metodo dei contesti è in parte riuscito a supplire al vuoto di sapere che il metodo congetturale produce inevitabilmente. Il metodo dei contesti, mediante il continuo e rassicurante rifornimento di significato, elide le pause, elide le insensatezze, leviga le asperità, salda le divisioni che invece il metodo congetturale, col suo modo di procedere dal particolare al particolare, mette in luce.

La conseguenza paradossale del metodo congetturale riguarda intimamente la sua funzione didattica. In mancanza di un maestro, che con l'autorità propria o con la forza oggettiva della dimostrazione garantisce che "questo è quello", il metodo congetturale produce e instaura non il sapere ma il silenzio. Silenzio paradossale da parte dei conduttori, che, non rispondendo direttamente alle domande di sapere, sconvolgono le regole comunemente accettate in ambiente universitario, dove si suppone che avvenga la trasmissione del sapere.

Silenzio aggressivo da parte degli studenti, sintomo di

una frustrazione mal tollerata, ma anche di impotenza a procedere senza strumenti che guidino la rotta. Silenzio che rischia di compromettere sul nascere il rapporto didattico, molto tempo prima che tra didatta e discente si stabilisca quel clima tanto auspicato di reciprocità e di ricerca partecipata.

Non meno sorprendentemente si rileva che il metodo congetturale riesce a superare l'impasse e ad automantenersi. Scrive ancora la dott.ssa Nobile: "Sembra proprio che, solo mediante una scansione del tempo di lavoro in spazi riempiti di parole e spazi silenziosi, sia possibile suscitare negli studenti le loro capacità congetturali e favorire l'emergenza e la consapevolezza di momenti identificatori con il paziente.

È evidente che il prezzo che si paga è costituito dall'imbarazzo, dall'aumento della tensione emotiva del gruppo, dall'irritazione conseguente alla frustrazione di aspettative, dal disagio che segue la messa a confronto con la patologia mentale, privata dello schermo protettivo delle parole che mediano concetti di nosografia, di psicopatologia, di psicodinamica, che, oltre al valore

specifico che ad essi si attribuisce, hanno anche il significato di difese contro l'ansietà che la malattia psichica evoca in chi ne è testimone" ((36) p. 14).

Nel linguaggio da noi adottato si può dire che il silenzio ha introdotto un secondo elemento di precarietà nell'esperienza clinica dello studente. Uno di loro dice: "Io sono qui per imparare. Se lei mi insegna il silenzio non so che fare" (ivi p. 61). Tuttavia la carenza di un codice operativo esplicito o di un sapere enunciato, proprio in quanto non facilita la dipendenza dal leader mobilita il gruppo alla ricerca di codici e di saperi, che suppliscano a quelli mancanti. Ognuno si sente impegnato a imbastire soluzioni alternative, abbozzi di comprensione, sempre sul punto di disfarsi, ma sempre pronte a rifarsi, guidate da un'intima ma sconosciute razionalità. "Ma allora lei ragiona su come comportarsi con questi pazienti", riconosce alla fine lo stesso studente che non voleva imparare il silenzio.

Dalla concezione della congettura come momento di divisione tra verità e sapere discende una conseguenza teorica che ben si adatta all'esperienza pratica. Se la

verità parla, come insegna un famoso psicoanalista francese, allora è opportuno che il sapere faccia silenzio. Solo così il metodo congetturale può automantenersi, integrando nel proprio sviluppo anche i momenti di stasi.

b) Il metodo dei contesti

Durante la trascrizione del materiale non è stato facile rendere efficacemente le caratteristiche di questa situazione di equilibrio instabile tra verità e sapere. Innanzitutto perché il silenzio, che ne è il sintomo principale, non si trascrive, e in secondo luogo perché se ne possono trascrivere solo gli effetti secondari, come il senso di frustrazione o di impotenza, l'aggressività, l'imbarazzo e persino l'amore.

Alcuni di questi effetti secondari sono stati registrati mediante il metodo dei contesti. Sul concetto di contesto c'è un'ampia letteratura (9), che qui non riassumiamo. Diciamo solo che tale concetto ci è servito in prima approssimazione per cogliere i diversi livelli di comunicazione del gruppo.

Precisiamo: non per fare un'analisi in termini di

sistemi o in termini di doppio legame, ma per permettere una prima stesura dei protocolli dell'esperienza. Vediamone alcuni tra quelli pazientemente individuati con l'aiuto del prof. I. Carta.

Innanzitutto rileviamo un'importante differenza quantitativa: la varietà dei contesti è minore in presenza del malato e maggiore in sua assenza. Ciò sta a indicare che nel primo caso la situazione è più strutturata, il cosiddetto setting è più rigido, mentre nel secondo è più fluido e aperto alla contrapposizione dialettica di componenti diverse.

Questa osservazione non ha solamente valore descrittivo, ma richiama un principio direttivo di tutta l'esperienza. Deve infatti essere ben chiaro che applicare il metodo congetturale all'insegnamento della psichiatria, applicare cioè un metodo dialettico che lascia i "pensieri in libertà", non vuol dire fare quello che si vuole: non vuol dire, per esempio, non rispettare gli orari, o parlare col paziente di quel che salta in mente, o mettersi con lui su di un piano di parità, o invitare gli studenti a un happening psicologico, che alla fine si dimostrerebbe poco

rispettoso della sofferenza del paziente.

Analogamente, nella fase di discussione dei caso in assenza del paziente, il fatto di lasciare i pensieri in libertà e di aprire la porta alla dialettica non implica che si buttino a mare criteri sintomatologici, diagnostici e prognostici consolidati dall'esperienza. Il silenzio del sapere non vuol dire liberazione dal sapere. Una libertà così poco giudiziosa porterebbe gli studenti a svalutare il lavoro di coloro che li hanno preceduti e in ultima analisi sterilizzerebbe l'esperienza stessa.

In mani esperte, invece, il metodo congetturale permette di far cogliere al discente le regolarità sotto le apparenze di anarchia concettuale, di esplicitare le leggi implicite nella situazione vissuta insieme al paziente, al maestro, al compagno. Alla fine di tutto un lavoro dialettico, l'insieme delle congetture si presenterà quasi come un calco in negativo delle condizioni forti dell'incontro clinico, delle sue regole implicite e dei comandi simbolici che l'hanno sorretto. Il loro riconoscimento costituisce, nell'opinione di chi scrive, un notevole passo in avanti nella formazione psichiatrica, intesa come sensibilizzazione alla verità del caso clinico.

A questo proposito va detto che il metodo dei contesti è un metodo di trascrizione e reinterpretazione dell'esperienza che presenta vantaggi e svantaggi.

Da una parte, essendo eminentemente sincronico, il metodo dei contesti permette di cogliere la divisione in atto tra verità e sapere attraverso i suoi effetti contemporanei sul docente e sul discente.

Dall'altra parte, come già accennato, non si rivela come il più adatto a mettere in luce le coordinate dell'incontro clinico o didattico perché, paradossalmente, troppo sensato. Ogni contesto, infatti, rappresenta un significato emotivo vissuto dal gruppo o da una parte di esso. Gli slittamenti da un contesto all'altro, cioè da un significato al significato contiguo o addirittura opposto, non rendono conto a pieno di tutta la complessità della situazione. Il metodo, cioè, manca di cogliere altri scivolamenti meno sensati e apparentemente più arbitrari, per esempio, gli scivolamenti da un significante all'altro non per via di senso ma per via di suono. Sono questi gli scivolamenti o le metonimie che un orecchio analiticamente esercitato non può lasciarsi sfuggire, perché su di essi poggia l'instabile passo del desiderio inconscio.

Ciononostante, in prima approssimazione, il metodo dei contesti ha permesso di registrare quanto segue.

In presenza del malato il contesto dominante è quello terapeutico: che ci sia, in atto o in potenza, un tentativo terapeutico, a molti piace crederle; piace agli studenti perché il progetto terapeutico fa da scudo a compromissioni più pericolose con i pazienti; piace ai pazienti, nei limiti della coscienza di malattia, perché offre l'illusione che il loro destino sia in buone mani. Il fatto che il conduttore del conduttore sia medico sembra garantire un avvenire a queste illusioni.

Tuttavia, quando il principio di piacere sta per essere scavalcato, ecco pronto il principio di realtà a farne veci migliori: concordemente si scivola in un contesto di attesa e di rinvio, che aiuta a sopportare meglio il silenzio e facilita la preparazione della prossima scena catartica.

Varianti dell'attesa sono i contesti di ricerca di nuovi modelli interpretativi, di nuovi ricordi, di nuove sensazioni, spesso associati senza contraddizione a contesti di conservazione e di riproduzione di vecchi modelli, per esempio di modelli familiari, o di vecchie



situazioni, anche se conflittuali. Potremmo riassumere il senso di queste varianti di tipo interlocutorio così: il nuovo si fa avanti e inquieta; il vecchio è più sopportabile perché già noto; si tenta, allora, con uno slalom tra vecchio e nuovo, di evitare l'incontro perturbante, cioè la coincidenza di vecchio e nuovo.

Di diverso tipo sono invece i contesti giudiziari, in cui si esprimono l'angoscia morale e il senso di colpa dei partecipanti attraverso la celebrazione di processi ora contro questo (un assente, per esempio) ora contro quelli (per esempio, i familiari). Come vedremo il contesto giudiziario ha più rilevanza in assenza del paziente, quando hanno più libertà di espressione le aggressività e le angosce persecutorie degli studenti.

In assenza del paziente il contesto terapeutico cede il primo posto in classifica al contesto didattico, centrato anch'esso sulla presenza del conduttore, che opera in ambiente universitario. Non si tratta, tuttavia, di un contesto uniforme e senza conflitti: oscilla normalmente tra una versione psichiatrica (polo favorito dal conduttore) e una versione medico-biologica (polo

preferito dagli studenti).

Il contesto didattico lascia periodicamente il posto ad altri contesti dove il segno positivo della didattica è messo provvisoriamente tra parentesi (contesti di attesa e di delusione) o addirittura negativizzato in contesti di giudizio a carico del conduttore o di colpa a carico di qualche studente.

Se ben sostenuti dal conduttore gli studenti possono passare a un contesto più equilibrato di ricerca. Il contesto di ricerca ha numerose varianti. Si va dalla banale curiosità per certe notizie anamnestiche, all'introspezione personale, alla formulazione di principi euristici per la comprensione del caso, tra cui i metodi dell'empatia e dell'identificazione sembrano riscuotere i primi e più facili assensi ("il paziente dovrebbe essere come un fratello").

### c) Cose stupefacenti

Dietro questa ricca fenomenologia si cela la vicenda tipica di ogni gruppo di apprendimento, che il metodo congetturale esalta e rende più consistente.

Il momento iniziale dell'esperienza vede l'attribuzione

di tutto il sapere e di tutto il potere al conduttore, che diventa immaginariamente onnisciente e onnipotente.

Molti autori sono concordi nel riconoscere in ciò una regressione alla fase in cui il bambino attribuisce onniscienza e onnipotenza al genitore o alla genitrice. Non vogliamo negare il fatti, ma non vogliamo neppure perdere di vista l'aspetto strutturale, che si nasconde dietro il luogo comune psicologico. L'attribuzione di sapere al conduttore del gruppo è la conseguenza automatica, regressiva e forse anche allucinatoria della domanda di sapere con cui gli studenti arrivano in Università. Quando a tale domanda non si dà una risposta ex cathedra si verificano eventi che non sono dissimili da quelli tipici di un gabinetto psicoanalitico, primo tra questi il transfert in versione positiva o negativa.

In effetti, l'attribuzione di sapere al medico è la forma inaugurale del transfert nevrotico, cioè di quell'attaccamento alla figura del medico di cui difficilmente il paziente si libererà (è la forma del transfert-resistenza) senza l'aiuto attivo del medico. Nel contesto di apprendimento per via congetturale il fatto di non fornire immediatamente al discente quel sapere che altri metodi didattici, direttivi o ermeneutici, sembrano

offrire, facilita l'instaurarsi di transfert positivi o negativi nei confronti del conduttore. Il momento è delicato perché rischia di compromettere qualunque evoluzione verso il cambiamento. Senza entrare in questioni psicoanalitiche, pur tenendo presente che dove c'è transfert c'è anche un desiderio che non si vuole o non si può riconoscere, bisogna ammettere che è ancora una volta il metodo congetturale stesso a fornire l'occasione per uscire dallo stallo.

Trasformato in un "piccolo delirio pilotato", il metodo congetturale offre a poco a poco ai discenti il piacere di formulare ipotesi, di cimentarsi con una verità che, oltre a essere quella del paziente, potrebbe anche essere la propria, di arrivare infine a ricostruire fantasmi, mai del tutto arbitrari, se, dati clinici alla mano, possono superare la prova della coerenza interna.

Lungo questa strada, in un breve corso di esercitazioni, si arriva solo a intravedere la possibilità di una formazione psicologica, senza poterne realizzare mai altro che un piccolo frammento. In esso si ritrovano però non solo, come tanti autori ci ricordano, la capacità di sopportare le frustrazioni, l'aumento dell'insight

personale, la bidirezionalità, l'elaborazione del lutto per la perdita della propria o altrui onnipotenza, ma soprattutto un modo più semplice e diretto di imparare a imparare dai casi clinici, dal proprio non escluso.

Oggi, in un momento in cui la psichiatria rischia di essere compressa tra il "tutto biochimica" e il "tutto psicodinamica", c'è il rischio della scissione in due ritualità di cura indifferenti l'una alle preoccupazioni dell'altra: quella degli ormoni e quella dell'anima [2]. Oggi, dicevamo, si sente la necessità di creare spazi per esperienze psichiatriche autentiche, per uno stile di colloquio clinico non strettamente fenomenologico né selvaggiamente psicodinamico, ma alla portata di chi soffre e sintono col suo discorso.

L'esempio che segue può spiegare cosa intendiamo.

P. (con accento siculo) ...Poi mi succedeva che mi si sciogliesse il fegato; mi si è formato una specie di triangolo, come se si sciogliesse, si fluidificasse. Non sono sensazioni, io le vivo realmente; ma non riesco a dare spiegazioni.

C. Cosa pensa in quei momenti?

P. Non lo so, esattamente. L'unica cosa, l'ho fatta presente a mia madre: situazione di disagio.

---

[2] La terza via sarà quella psichiatria sociale?

C. Adesso ha queste sensazioni?

P. No. L'altro giorno a letto ho sentito come se mi si gonfiasse qualcosa. Stavo vedendo la TV e mi è uscito un puntino blu dall'occhio, che ha colpito lo zocchetto della porta. Anche a casa ho visto un luccichio uscire dal gomito. Poi ho questa ossessione: io vivo in casa con mia sorella. Una sera ero a letto a guardare la TV, vedo mia sorella come se mi avesse dato un morso al naso e ho visto ... mi sembra assurdo raccontarlo, mi sembrano cose irreali.

C. Cose stupefacenti!

P. Insomma, ho visto la parte del suo fegato che filtrava. Un altro giorno eravamo insieme sul letto a riposare; mi è successo come se qualcosa mi si staccasse dai ginocchi, dai gomiti, dalla pancia; e in quello stesso momento anche mia sorella si guardava il suo ginocchio e i suoi gomiti con una sensazione di sollievo; come se il suo ginocchio si coprisse.

C. Non le vengono in mente delle voci?

P. Sì, quando ero ricoverato a T. ho sentito le voci che dicevano: "Perdi la forza, la razza, sei pieno d'acqua.

C. In italiano o in siciliano?

P. In italiano. Mi è sembrato che fosse la mia stessa voce. Poi ho sentito la voce di un'altra ricoverata che

diceva: "Sei salvo" e di un'altra: "Ci sei cassato o cascato", non so bene.

C. Cosa ricorda del dialetto?

P. Tutto, spesso parlo in dialetto.

C. Sa come si dice "fegato"?

P. Sì. "fichitu". Perché? Certo che lo so, lo.

C. Non ho nessun dubbio che lei lo sappia.

P. Lei ha dedotto qualcosa da quel che ho detto. Nel periodo londinese ho usato stupefacenti... (ivi p. 53).

È stupefacente che un "come si dice", il semplice invito a tradurre da una lingua all'altra, una domanda basata sulla ripetizione ossessiva di un termine anatomico e formulata come se si sapesse già la risposta non rimangano senza effetti. Innanzitutto il paziente avverte l'abbozzo di un riconoscimento ("Lei ha dedotto qualcosa...") ma neppure il gruppo degli studenti rimane indifferente.

L'aspetto insensato della domanda "Sa come si dice 'fegato'?", dovuto in parte al prevalere dell'aspetto sintattico su quello semantico, causa una divisione nel gruppo: c'è chi sopravvaluta il sapere del conduttore e lo considera un sapere "stupefacente", capace di prevedere e prognosticare; ma c'è anche chi lo sottovaluta e sospetta

d'essere preso in giro: non si può curare un paziente chiedendogli di parlare in dialetto!

La neutralità è rotta. Un tempo d'irreversibilità è stato introdotto: d'ora in poi si può scegliere la strada del sapere o quella dell'ignoranza ma non si può più tornare indietro. È bastato considerare il frammento del discorso psicotico come il frammento di un testo antico, perché tutti capissero di che si trattava: la trascrizione di un improbabile rapporto sessuale ("fichitu") e la sua decifrazione congetturale ("ficchi tu"). È un punto di non ritorno. Qualcuno, molti forse, decidono che quest'arte di interpretare, così aleatoria, così troppo congetturale e così poco scientifica, non fa per loro. È uno dei tanti momenti di pressione selettiva negativa. Ancora una volta qualcuno, spaventato, sceglierà la via del non volerne sapere.

Notiamo però che alla fine del corso di esercitazioni chi avrà il coraggio di riferire di un caso clinico di corsia aveva già allora scelto la strada del sapere. Solo per lui, e per quelli che lo hanno seguito, l'enigma della patologia mentale non è il brutto scherzo di uno spirito cattivo, che non vuole svelare il suo segreto. Solo per lui lavorare alla malattia mentale non è frustrante come quando si lavora a un rebus di cui non si possiede ancora la chiave.



È vero, l'ignoranza è reale, ma anche saperlo lo è.

È stato così acquisito un elemento a nostro parere non trascurabile di sensibilizzazione psichiatrica. Contemporaneamente siamo arrivati a uno stop della teoria sulla formazione in psichiatria. Riteniamo che i consigli sulla elaborazione del transfert in una situazione didattica siano difficilmente teorizzabili. È qui che gioca a pieno la pratica l'esperienza del didatta: una domanda anche banale, magari non diretta ad acquisire del sapere, una battuta di spirito, un cambiamento di sedia, possono rappresentare tutto quel che occorre per promuovere un insegnamento, per approssimare la verità. Purché avvenga al momento giusto.

Ma questo – il tempo di sapere – non si insegna e non si teorizza. Non c'è maestro che ti insegni a cogliere la verità. Il riconoscimento del vero avviene solo a posteriori, magari dopo tanti fallimenti e tanti momenti sbagliati.

UN ESERCIZIO DIALETTICO

a) Il setting iniziale

La presentazione e la discussione di un caso clinico costituiscono un evento complesso. Anche limitandosi a considerare solo le tematiche vissute dagli uditori, non si può non tener conto dei seguenti momenti:

- inizio, caratterizzato dall'ingresso del paziente e conseguente reazione emotiva degli uditori. La reazione inizia come sorpresa e può evolvere verso l'indifferenza, che a volta arriva fino al rifiuto, oppure tramutarsi in interesse e partecipazione attiva;
- intervista, dove si articola maggiormente la partecipazione alla vicenda del paziente, sotto forma di domande, o il rifiuto, sotto forma di silenzio angosciato o aggressivo;
- discussione, dove si tratta di fissare verbalmente l'esperienza fatta, di elaborare il lutto per l'abbandono del paziente o, in alternativa, di sviluppare meccanismi riparatori dell'aggressività. Il primo processo avviene in prevalenza attraverso l'identificazione col paziente, il secondo attraverso lo sviluppo del senso di colpa.

Data la complessità della situazione, il metodo dei contesti è molto adatto a cogliere la configurazione "qui e ora" del gruppo e delle sue molteplici interazioni, perché è un metodo essenzialmente sincronico. Ma proprio per questa sua caratteristica si lascia sfuggire quasi tutti gli aspetti della diacronia, esclusi quei movimenti dialettici che nascono e si concludono nel breve arco di tempo dell'incontro con il paziente.

Per questo motivo durante l'anno successivo si è mantenuta costante la struttura e la metodologia della singola presentazione clinica ma si è preferito riferirne e analizzarne i risultati in termini di evoluzione temporale nel corso di più esercitazioni. A tale scopo la dott.ssa Diena, che ha raccolto il materiale delle sedute, ha seguito il percorso di tre domande tematiche, che si sono intrecciate variamente nel discorso elaborato dagli studenti intorno ai singoli casi.

Leggiamo nella sua tesi di laurea: "La domanda sulla follia: il paziente psichiatrico è diverso?" rappresenta il primo momento del rapporto studente-paziente con il conseguente meccanismo di difesa dall'angoscia del paziente e propria.

La domanda sul metodo: "Vogliamo sapere se i nostri metodi sono giusti" sintetizza, invece, il tipo di rapporto che viene instaurato col conduttore, dopo la dipendenza iniziale, ed esprime le fantasie di onniscienza-onnipotenza dello studente all'interno del processo di apprendimento.

Infine, con il titolo "La ricerca del rapporto" abbiamo voluto sottolineare la rinuncia all'ideale narcisistico onnipotente e la nascita di un nuovo tipo di rapporto col paziente". (11, p. 33).

Il passaggio dal registro sincronico a quello diacronico non è né casuale né naturale, ma consegue all'intervento iniziale del conduttore, il quale nella prima esercitazione, in assenza del paziente, sfrutta una variante del gioco dei ruoli e offre agli studenti la possibilità di inserirsi in un luogo ben strutturato – oggi si preferisce chiamarlo setting – dove si svolge la dialettica intersoggettiva della domanda.

"Supponiamo che siate voi i pazienti e che il vostro sintomo sia quello di aver fatto medicina; quando i nostri pazienti verranno qui chiederemo loro spesso: "Come mai lei è arrivato qui?". Ora io chiedo a voi, come se foste miei pazienti: "Come mai siete qui a un corso di medicina?"

La congettura iniziale ("Supponiamo"), l'offerta di un'identificazione ("che siate voi i pazienti"), la destabilizzazione di un discorso acquisito ("se la medicina è un sintomo, chi farà la diagnosi della medicina") sono solo alcuni dei fattori che interferiscono nel nostro campo di lavoro e che sono stati individuati con maggior precisione che nelle esercitazioni precedenti.

Innanzitutto si deve dire che lavoriamo in un campo dove per apprendere qualcosa sulla sofferenza mentale bisogna passare attraverso la propria. Chi entra in questo campo del sapere resta avvertito che qualunque cosa oserà dire a proposito del caso clinico che ha di fronte riguarderà anche il caso clinico proprio. È così che comincia a configurarsi quella prima articolazione tra processo di apprendimento e processo di cura su cui poggia la razionalità del metodo didattico congetturale. Come già Freud a suo tempo si era reso conto che per capire qualcosa dell'isteria doveva progredire con la propria autoanalisi, così gli studenti, che accettano la forzatura iniziale del conduttore, accettano di porsi sulla strada non solo del coinvolgimento personale, ma anche dell'esperienza diretta su se stessi: apprendere sull'altro, apprendendo su di sé.

Ma le cose non sono così semplici. Passata in rassegna la schiera più o meno banale (conscia) delle motivazioni per cui si sceglie medicina, sopravviene il silenzio. La congettura del conduttore ("supponiamo") ha prodotto ancora una volta il silenzio imbarazzato. In un certo senso si è capovolta la situazione del gruppo precedente. Là, in assenza di parole di certezza si taceva, perché si temeva di formulare ipotesi azzardate ("non si sa mai, potrebbero essere vere non per l'altro ma per me"). Qui invece l'ipotesi azzardata, medicina = sintomo nevrotico, formulata dal conduttore, produce l'effetto, comune a molte interpretazioni precoci, della paralisi o dell'inibizione del pensiero.

"Beh, parliamo d'altro", propone allora il conduttore.

Ma si parla mai veramente d'altro? In un certo senso sì e in un certo senso no. Si parla d'altro nel senso che si pongono delle domande all'altro per eccellenza, cioè a chi ascolta, in questo caso al conduttore. Ma l'argomento apparente del nuovo discorso che si sta abbozzando non è cambiato: è ancora la medicina come sintomo. Con questa differenza: che ora si chiede al conduttore perché anche lui abbia lo stesso sintomo!

L'identificazione isterica al sintomo dell'altro, le manovre per carpire il suo sapere (di cui si ha motivo di dubitare) e mettere alla prova la sua abilità tecnica (di cui si hanno ragioni per stare in guardia) sono segnali che si è giunti all'estremo limite dell'esperienza di transfert ancora affrontabile in termini di buon senso, senza cioè far intervenire l'interpretazione psicoanalitica. Al di là non è prudente andare, non perché sia imprudente smuovere l'Acheronte, ma semplicemente perché non è richiesto. Ci viene richiesta un'esperienza clinica psichiatrica; quella si offre, non altro.

Nel nostro caso l'esperienza della prima esercitazione un po' spontanea e un po' pilotata dalla congettura iniziale ("supponiamo che siate voi i pazienti"), ci è servita come occasione, per introdurre lo studente alla logica, chiamiamola transferale, del colloquio clinico.

La verifica sperimentale del principio cardinale di tale logica è stata semplice: ogni studente ha potuto constatare che nel momento in cui si dà a qualcuno la possibilità di parlare liberamente, allora si verifica il paradosso di un discorso obbligato, per non dire coatto. È, infatti, quasi scontato che chi parla si orienti verso chi ascolta per porgli delle domande che non tanto velatamente chiedono

amore. "Sei bravo?", sottinteso: "con me"; "Sei capace?", sottinteso: "di darmi anche quel che non hai". "Sai cosa ci ho?" per dire: "sai cosa voglio?"

Queste domande costituiscono di fatto il setting iniziale di molte esercitazioni cliniche. Il loro sviluppo e la loro elaborazione costituiscono il nerbo dell'esperienza di avvicinamento al caso clinico, come cercheremo di dimostrare.

b) La fretta di concludere

Nonostante la cura spesa nel definire i tempi e i luoghi, gli attori e la trama del lavoro e cioè: chi siamo (studenti e medici), dove siamo (Istituto di Clinica Psichiatrica), a che titolo ci ritroviamo (esercitazioni cliniche psichiatriche), dove e come ci ritroviamo (in una certa stanza, a una certa ora), per quanto tempo ci ritroviamo (un'ora e mezza alla settimana per la durata del corso di Psichiatria), l'entrata in scena del paziente porta con sé una precarietà e un'imprevedibilità del tutto particolari.

Innanzitutto c'è un problema di tempo. Trenta minuti di



di colloquio una tantum col paziente rappresentano un frammento clinico talmente esiguo, trenta minuti passano talmente in fretta ce sembra impossibile, non dico fissare una storia clinica, ma fornirne almeno uno spaccato.

D'altra parte gli studenti si chiedono: come si può fissare l'esperienza (almeno prendere qualche appunto), quando ancora non se ne conosce la struttura? Registrare, Scrivere? Ascoltare? Sono interrogativi che prendono una rilevanza insospettata rispetto alla pratica consuetudinaria della clinica medica.

Sin dalle prime battute è evidente che il caso clinico psichiatrico non è né la copia né la deformazione del modello depositato nei libri di medicina. Il caso psichiatrico è il caso nuovo. Allora, come coglierne la novità? Il problema ha dimensioni difficilmente sospettabili, tanta è l'abitudine professionale a compilare anamnesi psicopatologiche di routine e a sfornare esami psicologici in forme precodificate. Basti pensare che nell'opera del fondatore della psicoanalisi, dopo il 1921, nel momento della piena fertilità teorica, i casi clinici si riducono a brevi frammenti, che non richiedono più di mezzora di lettura.

Evidentemente qui si nasconde una difficoltà e gli

studenti l'avvertono. Le tre domande colte dalla dott.ssa Diena testimoniano l'ansia di non lasciarsi sfuggire una verità che corre troppo in fretta. Per catturarla gli studenti cercano di ca(r)pirla prima che svanisca. Agisce in loro una fretta di capire simmetrica alla fugacità del caso clinico. Le loro domande lo testimoniano.

Consideriamo, ad esempio, la prima domanda: "Il paziente psichiatrico è diverso?" Le domande parziali che compongono questa domanda sono: "È diverso da me? È diverso dagli altri pazienti medici che ho già incontrato? Se è diverso, devo ascoltarlo in modo diverso? Come prendere appunti? Devo registrare quello che mi dice? Devo registrare i sintomi che mi hanno insegnato a lezione? Posso fare domande? ecc.". A ciascuna di queste domande ciascun studente dà una risposta sua personale. Si tratta di risposte sempre in anticipo sui tempi della vera comprensione. Il loro insieme costituisce una precomprensione, che viene messa alla prova della clinica.

Vediamo allora la prima prova, che ci è offerta da un alcolista. Appena entrato nella stanza, questo paziente esordisce letteralmente così: "Io vorrei chiedere un lavoro a tutti voi: io sono solo". Nel primo incontro

gli studenti avevano imparato dal vivo, cioè dalla loro esperienza diretta che, appena lasciato libero di parlare, il soggetto che parla si rivolge invariabilmente al soggetto che ascolta e altrettanto invariabilmente gli pone una domanda d'amore. Il paziente di oggi va per le spicce. Davanti al silenzio un po' impaurito degli studenti apre con la bordata inaugurale del transfert: "Io so (?) che voi potete aiutarmi e quindi vi chiedo di farlo per amor mio".

Il sapere del paziente ("Io so") è congetturale. Eppure non rimane senza effetti sugli studenti, anche perché è ben confezionato sotto forma di domanda d'amore.

Allora un dubbio comincia a serpeggiare nel gruppo degli studenti. Qualcuno potrebbe verbalizzarlo così: "Ma in che cosa è diverso da me costui? Io sono qui perché sono ignorante e ho bisogno di imparare. Lui invece è qui perché è indigente e ha bisogno di aiuto. Io chiedo al conduttore che mi insegni quel che sa e che lo faccia nel mio interesse. (Io d'altra parte seguirò diligentemente tutte le esercitazioni). Lui invece chiede a me che io lo aiuti. Ma allora... ?"

Nella discussione che segue il conduttore si trova di fronte a questa alternativa: far precipitare il gruppo

verso l'identificazione col paziente ("Lui non è diverso da me") oppure corroborare le difese ("No, è diametralmente opposto a me"). Il rischio del primo caso è l'effusione oblativa del narcisismo, praticamente incontrollabile e teoricamente inutilizzabile ("Io ti salverà"); il rischio del secondo è il blocco difensivistico ("catenacciario") di ogni interazione col paziente, fuori da quelle di ordine correttivo ("Fai male se fai così") o impositivo ("È giusto quel che dico io").

Fortunatamente c'è una terza strada. "Dove siamo?", chiede insistentemente il conduttore ogni volta che il discorso degli studenti tende a divenire o di eccessivo compatimento (malintesa empatia) o di eccessivo rifiuto del paziente. In effetti, l'abbozzo di esperienza che si riesce a costruire in questa esercitazione è che ogni parola deve avere il proprio posto.

L'esperienza di oggi completa quella di ieri. Nella prima esercitazione gli studenti avevano imparato che chi parla si rivolge "al buon intenditore". Oggi hanno imparato che chi parla pone l'intenditore in un certo posto. Sono bastate poche parole per capire che il luogo odierno è il bar, un luogo dove si parla ma non si ascolta, un luogo dove le parole rimangono senza effetti reali, ma si

continua a parlare perché si è soli; si apre la bocca per darla da bere all'altro e ... per bere.

Con questo piccolo esercizio non si è voluto insegnare alcunché della difficile arte di parlare nel transfert, dove non sai mai bene in che posizione ti pone l'altro, ma solo sospendere il percorso della fretta di capire, spostando la riflessione sulla struttura elementare dell'incontro clinico: un altro, un posto. Far passare il baccano della domanda narcisistica ("Sono amato?") e dar tempo all'altro perché vada al suo posto, sono due mosse complementari della strategia temporeggiatrice.

Tra gli esempi illustri di questo genere citiamo L. Binswanger che in (6) esalta "la rinuncia – che non è per nulla facile da accettare per l'unilateralità della nostra formazione mentale, ispirata alle scienze naturali – a ciò che Flaubert chiama "la rage de vouloir conclure", il bisogno smanioso di trarre conclusioni, di farsi un'opinione, di formulare un giudizio, in breve di riflettere su qualche cosa, anziché lasciare che sia la cosa stessa a esprimersi, o, per usare ancora le parole di Flaubert, exprimer une chose comme elle est" (ivi p. 21). Siamo nell'ottobre del 1945. A quell'epoca Lacan aveva pubblicato il suo breve saggio sul tempo logico, dimostrando l'efficacia epistemica della fretta (o

momento di concludere) purché sia preceduta da un momento per comprendere (30). In effetti nel nostro caso qualcosa viene rimandato a un tempo successivo. Sarà quello conclusivo?

c) Erklären oder Verstehen?

Ecco le prime battute della discussione clinica seguita all'incontro con una paziente paranoica delirante.

S. Se vuole chiederci dove siamo, siamo proprio a terra. Ci ha completamente sbalordito.

S. Soprattutto perché non ha il minimo dubbio su ciò che dice.

S. È chiaro che è psicotica.

S. Allora siamo a terra su che cosa?

S. Penso che non abbiamo elementi.

S. Insiste molto sull'aborto e sui rapporti anali.

S. È anche abbastanza colta e tira in ballo parecchi simboli, favole, immagini, ecc.

S. Anche molti richiami religiosi, come la creazione.

S. C'è una chiave per capire tutto. Io non la capisco.

S. Deve aver subito qualcosa di violento che l'ha scombussolata.

Lo scambussolamento è, come si vede, non solo della paziente ma anche degli studenti. Con una differenza, però. Da una parte, la parte della paziente, la perdita della bussola produce un delirio non strutturato, che è un discorso senza paternità, direbbe C. Melman; dall'altra parte, invece, la parte degli studenti, si avverte l'imbarazzo per la messa fuori gioco degli abituali meccanismi di produzione del senso e di comprensione.

Ancora una volta il conduttore ha il problema di non accelerare troppo il processo che porta a identificarsi col paziente, favorendo agli studenti l'ingresso nel delirio, ma neppure di ostacolare troppo la partecipazione al caso. Ancora una volta tra ordine e disordine, tra senso e non senso, il tema del posto offre una terza alternativa: quella del rovesciamento dialettico.

C. Allora non siamo con i piedi per terra.

Poco per concludere un discorso ma abbastanza per cominciarlo. È vero, infatti, che nel campo della dialettica si può camminare con la testa (per aria) o pensare con i piedi (per terra). (Per questo genere di rovesciamenti si veda anche (35)). Ma è vero anche che per mettere un po' d'ordine tra oggetti o tra concetti bisogna sempre scambiare di posto qualche A con qualche B, qualche testa con qualche piede.

Annoveriamo questi primi rovesciamenti, queste prime piccole novità, tra gli effetti della verità che parla e mette in riga il sapere. Infatti, la situazione che si viene a creare all'interno del gruppo degli studenti è quella caratteristica del modo di procedere galileiano: la sperimentazione mentale, unione delle "sensate esperienze" e delle "necessarie dimostrazioni". Le une e le altre cooperano per la pacifica ma radicale contestazione del sapere acquisito e degli ordinamenti culturali correnti. La verità è ciò che sovverte e riordina il sapere, ci insegnano le grandi rivoluzioni scientifiche. Ma si può farlo senza troppo baccano, ci insegnano questi studenti, tesi a "studiare" il loro caso clinico.

Emerge così un aspetto imprevisto del metodo congetturale. Tagliato il cordone ombelicale tra verità e sapere, avviata la libertà di pensare, aperte le porte al dubbio sistematico, non si produce, come astrattamente ci si potrebbe attendere, il disordine. Abbiamo visto, infatti, che l'emergenza immediata dalle tenebre del dubbio è la richiesta d'amore. Ma dietro di questa, che già Freud aveva diagnosticata come resistenza, si intravede la possibilità di un ordine nuovo. Non crediamo che il contenimento del potenziale disordine sia da ascrivere



solo al dispositivo rigido e ritualizzato di incontro clinico da noi adottato. Che la libertà di pensare, appena uscita dalle acque del narcisismo, non si butti di qua o di là sprecandosi ma cerchi innanzitutto di darsi un ordine mentale è veramente sorprendente. È la sorpresa del metodo congetturale.

Si può dare un nome a questa sorpresa. È la sorpresa di Cartesio, che dopo aver buttato via tutto il sapere, ritrovava ancora un po' di essere attaccato al pensiero. Gli studenti, non ancora ingabbiati all'interno di un sapere sistematico, sono posti dalla clinica in una posizione molto simile a quella di Cartesio. Ammesso che la pazzia sia questo buttar via tutto il consueto modo di ragionare, come si può pensare la clinica, e in particolare la clinica della pazzia, si chiedono gli studenti. Basta la scienza? Basta l'insegnamento ufficiale?

Sospendendo per un attimo la trasmissione del sapere sistematico, il metodo congetturale permette di riorganizzare le proprie forze di comprensione, di adeguarle al nuovo impegno che viene richiesto, di incanalarle verso progetti o soluzioni alternative. Tutto ciò suscita entusiasmo e partecipazione personale. "Vediamo", sembrano dire gli studenti, "come si può passare dalla scienza al delirio" e si avviano alla ricerca del

passaggio segreto.

Immediatamente si formano due partiti: il partito del comprendere per immedesimazione soggettiva il partito dello spiegare oggettivamente. Entrambi usano il metodo congetturale ma in due versioni diverse. Il partito del comprendere ne usa la versione semantica: "Se il paziente ha detto che... allora significa che provava questo, che voleva farci intendere quest'altro, ecc.". La fonte di queste congetture è l'io dello studente, che risuona alle parole del paziente, prima ancora di avere appreso la lezione correttiva di Balint: "i sentimenti del medico sono il sintomo del paziente" (3, pag.84). Il metodo ha tutti gli inconvenienti del narcisismo: funziona per via proiettiva e, quindi, si adatta meglio allo psicotico che al nevrotico, al paranoico che dice la verità, magari delirando, piuttosto che all'isterico, che procede attraverso messe alla prova e successive confutazioni del discorso dell'altro.

Il partito dello piegare applica invece la versione prevalentemente sintattica del metodo congetturale, valorizza cioè le "esteriorità" del discorso del paziente: le corrispondenze strutturali, le ricorrenze di parole, le emergenze di neologismi o di idiotismi di linguaggio, le

interruzioni e le incongruenze del discorso, dovute a lapsus o amnesie. Dice uno studente: "Ci sono cose che ritornano: il rapporto orale, le figure dei bambini, il rapporto con lo zio. Occorre trovare qual è il filo". (11, p. 112).

Una variante del metodo congetturale sintattico è la ricerca dei simbolismi. "Una delle cose che mi ha colpito di più è quando la paziente ha detto: 'la vita è tutta un simbolo'" (ivi p.117). Nella fattispecie si tratta del simbolo per eccellenza, della tessera di riconoscimento, che funziona attraverso la divisione in "matrice" e "figlia" del biglietto. "Mia zia mi dava due lire; io andavo da mia mamma e mi dava una caramella e mezza di liquerizia. La mia vita è tutta un simbolo, anche queste caramelle" (ivi p. 110) [3].

Gli studenti che "sanno già qualcosa" si lanciano alla ricerca dei cosiddetti traumi, ma con giudizio.

S. Ma c'è stato necessariamente un trauma?

S. Mi ha colpito quando ha detto: "Seguendo le briciole ho trovato la mia strada". Come il Pollicino della favola.

C. Che aspetto ha la paziente?

S. Secondo me non ha l'età che ha dichiarato.

---

[3] Da qui il commento lacaniano: "Per lo schizofrenico tutto il simbolico è reale" (31), cioè puro rumore.

S. Io gliel'ho chiesto perché parlava di eventi che non tornavano, per esempio...

S. Come fa a ricordarsi di quando prendeva il latte, della guerra ...

S. E poi a una bambina di otto anni non si dà il biberon. C'è l'accostamento col rapporto orale. Il trauma forse è stato questo, perché è l'unica cosa che torna, perché è il sintomo che torna sempre (ivi. p. 114).

La sorgente delle congetture di tipo sintattico (o formali) è il sapere letterario e psicologico, che di fronte al caso clinico comincia a fermentare. La spinta a congetturare è data da un miraggio: trovare la causa della malattia mentale, così come in un romanzo giallo si cercano le tracce lasciate dall'assassino. Nell'analogia col romanzo giallo il modo sintattico si articola col modo semantico come la logica indiziaria si salda con la ricerca dei moventi. Considerato in se stesso, il metodo sintattico, o formale, ha dei pregi: funziona meglio del precedente con i nevrotici; è più al riparo da considerazioni psicologiche arbitrarie (proiezioni narcisistiche), ma ha anche dei difetti: rischia, infatti, di produrre congetture troppo intellettualistiche e fondamentalmente di difesa.

Il conduttore non ha dichiaratamente favorito nessun metodo, né semantico né sintattico, essendo per parte sua impegnato a seguire un terzo aspetto del discorso, sia del paziente sia degli studenti, e cioè quell'aspetto "senza parole", e apparentemente marginale rispetto al discorso "a parole", formato dai silenzi, dai gesti corporei, dalle interruzioni e dalle riprese, dalle accelerazioni o dai rallentamenti, dai sospiri, dall'incrociarsi degli sguardi e dal risponderci dei sorrisi.

L'occasione dei due partiti ha permesso al conduttore, un po' per caso e un po' per gioco, di instaurare e mantenere una divisione dialettica all'interno del gruppo. È stato attraverso questa divisione che il conduttore ha potuto mantenere alternativamente aperte e chiuse due porte: quella del sapere costituito - dottrinario - impartito a lezione ex cathedra e quello del sapere nuovo - sperimentale - proveniente dal caso clinico e dal rapporto con esso. Sospendendo per un attimo le certezze e superando il conseguente momento di resistenza al cambiamento (chiamiamola, se vogliamo, insicurezza), gli è stato possibile portare il gruppo a un successivo livello di consapevolezza critica, quello colto dalla dott.ssa Diena con la domanda: "I nostri metodi sono giusti?"

c) Una sfida al sapere

“È la paziente incontrata nella quinta esercitazione a introdurre il tema della conoscenza scientifica e a mostrare agli studenti una nuova possibilità di lavoro. Questa paziente è una giovane infermiera appena uscita da un episodio di psicosi puerperale. Essa racconta la sua storia in modo deciso e sicuro, facendo uso di terminologie mediche e scientifiche e mettendo più volte in discussione l’operato dei medici con cui è entrata in contatto” (ivi p.50).

C. Questo è il primo figlio?

P. Sì, sì, è il primo. Ecco mi si è infettata la ferita e sono rimasta dentro dieci giorni perché ... perché questa ferita era più profonda delle altre. Però gli antibiotici non mi sono stati fatti. Poi hanno chiuso. Mi davano il Flogistin, che non so se per lei ha un senso. E così ne prendevo sei al giorno. Quando è successo? Mah, è successo in sesta giornata ... la puntata di febbre. Io sono stata vista in quarta giornata, dal medico normalmente. In quinta giornata mi hanno tolto i punti come a tutti. In quinta giornata c’è stata la visita e il medico della sala mi disse che non potevo uscire per via della ferita, perché c’era il pus; me lo ha schiacciato fuori e un’ora dopo la poppata del bambino ho sentito come una vampata di calore sulla faccia; era la febbre. Però mio marito era lì e non gli ho detto niente. Così a mezzogiorno penso che sia cominciata la crisi vera e propria.

C. È cominciato qualcosa.

P. Sì, qualcosa di brutto.

C. Riesce a raccontarcelo?

P. Un sunto? Be' sì. Poi alle tre era come se non ci fosse il bambino. Io ho chiesto se potevo allattarlo lo stesso con la febbre alta e mi hanno detto che di là, dai prematuri, li facevano mangiare lo stesso. L'ho saputo solo allora che era prematuro e solo quando sono uscita mi hanno detto che il bambino era nato con il cordone intorno al collo a collare, per cui affiorava e non continuava il parto, per cui c'è stata l'applicazione delle ventose, le conseguenti spinte dei medici..." (ivi, p. 139).

Questo è il primo atto della vicenda. Come si vede è un atto interamente medico. Il secondo invece è casalingo. Tra le pareti domestiche si sviluppa la scena madre seguente.

P. Dunque, io arrivai a casa in decima giornata e la casa non era pronta per accettare il bambino, non era sistemata. Sa, bisogna preparare tutto appena arrivati. Così, arrivati a sera, sia io che mio marito eravamo stravolti tutti e due. Mio marito perché era andato a farsi fare una ricetta, e poi arrivato a casa, un attimo prima era arrivata a casa mia sorella maggiore, che penso sia l'unica che assomigli un po' a mio padre. Io a casa avevo due statuine di creta, comprate a R., il paese di mio marito, e questa roba era, sa, tipica del paese, un uomo e una donna. Quando arrivò mio marito, arrivò con le rose perché in clinica non me le aveva portate. Là tutti arrivavano con i fiori e allora lui pensò: "Be', lasciamo perdere, quando arrivo a casa gliele prendo io le rose". E allora è scoppiata la crisi vera e propria, in quanto io gli sono saltata addosso piangendo e poi mi girai verso mia sorella, la maggiore, perché c'era anche la minore, però con lei non..., a lei avevo suggerito più

volte di uscire, ma lei non voleva. Così mi scagliai contro la maggiore, perché non era venuta il giorno prima a preparare la roba. Ma in lei non vedevo lei, ma mi sembrava di vedere mio padre, perché lei era davanti a me, quando mi sono girata, era davanti, e qui c'era mia sorella, lì c'erano le statuine, e mi è sembrato che queste statuine fossero la grandezza della persona, però solo mio padre, e io ho visto solo mio padre in lei, mia mamma no, anche perché mia mamma era lontano, in S... Sapevo che non sarebbe potuta tornare, e allora ho cominciato a inveire contro di lei, a dirle che era tutta colpa sua se la casa non era pronta, e poi anche mio marito era stravolto quanto me, non sapeva più da che parte girarsi. Così decisi io di farlo mettere dalla parte del muro e io sono rimasta dalla parte più vicina, per poter scendere. E lì ho messo la carrozzina e, quando si è svegliato per la camomilla, mio marito si alzò e gli toccò la testina e disse: "Sembra quasi che voglia parlare", e io "Che cosa dici?", e poi gli ho dato la camomilla. Ecco, credo di aver fatto un po' di confusione, perché i cassetti io li ho preparati quella notte, e la casa era già sistemata, perché era venuta a casa mia la sorellina piccola e aveva sistemato tutto. E poi questo fatto qua delle rose...

C. Che cosa le ha fatto pensare?

P. Io, niente. Ero contenta che fosse venuto con le rose, per cui gli sono saltata addosso, ma piangendo, e poi, girandomi verso mia sorella con quella statua dietro, mi è sembrato che lì ci fosse mio padre presente e che fosse lui che parlava, non io. Per quello insistevo con mio marito. E poi sono caduta e mi hanno messo a letto. Poi ho chiesto che mi tirassero su perché non riuscivo a respirare. Poi io continuai a parlare, però secondo me non ero io che parlavo, era mio padre, che diceva a mia sorella di andare via perché dovevo dire una cosa importante, una



cosa importante che l'avrei urlata. Ecco, ho paura che mi succeda di nuovo la stessa cosa". (ivi, p.141).

Abbiamo trascritto un ampio stralcio dell'intervista con la paziente per dare un testo esemplare cui riferire i movimenti congetturali degli studenti.

Tutto comincia quando, ancora in presenza della paziente, uno di loro riesce a fissare nell'oscura sincronia del delirio, un punto da cui far partire una possibile diacronia.

S. Signora, mi scusi, suo padre vive a Milano con voi?

P. No, mio padre è morto quattro anni fa.

S. In seguito a qualcosa di particolare?

P. Io credo in seguito a embolia. Io penso, per come descrisse la mamma i sintomi che aveva avuto, perché aveva un irrigidimento del collo e un forte mal di testa. Il medico diagnosticò un infarto, però io, secondo me, è stata un'embolia (ivi, p. 141).

Si raccolgono altre notizie; che la paziente era la prediletta del padre; che il padre la chiamava con un soprannome, che usava solo lui; che negli ultimi tempi era lei a curare il padre; che non studiava volentieri "perché so che era inutile"; che un fratello era morto prima del padre, procurandogli un grande dolore; che la madre urlava sempre e se la prendeva con tutti, soprattutto con lei; che il padre stava sempre zitto e si teneva tutto dentro.

Finalmente la questione si può formulare così: non c'è dubbio che questa ferita più profonda delle altre sia la morte del padre; allora, come si può saperne qualcosa di più di quanto non ne sappia il medico?

d) La guerra delle due rose

In questo paragrafo, invece di indicazioni metodologiche e concettuali su un mazzo di contesti, seguiremo i suggerimenti estemporanei di un mazzo di rose.

Ricostruiremo il percorso delle congetture cliniche, porgendo l'orecchio a un altro discorso, sovraimpresso al discorso effettivo. Da una "altra storia" trarremo, senza esplicitarli, gli spunti per il commento della singolare storia personale, che la paziente ci ha appena narrato.

Come se fossero "le parole del primo colloquio" (34), uno studente esordisce centrando subito il tema e la posizione di rilievo che ha nel discorso della paziente.

S. Si è identificata al padre, durante quella che ha chiamato "la mia visione". Cioè, ha detto due cose: a) in lei, nella sorella maggiore, mi sembrava di vedere mio padre; b) e poi mi sembrava che mio padre parlasse in me. Quindi lo vedeva in un'altra persona, però lo sentiva in sé. (11, p. 144).

La conclusione è tanto precipitosa quanto l'inizio è frettoloso. Si tratta davvero solo di un'identificazione?

Forse, per avviare la discussione, fa comodo assumere un clichè della teoria psicoanalitica. Forse fa meno paura partire dal noto che dall'ignoto. Tuttavia, pagato lo scotto al sapere acquisito, ecco che muove i primi passi un discorso inedito, certamente ancora poco rigoroso, ma che ha tutta l'aria di una congettura scientifica: "Lo vedeva in un'altra persona ma lo sentiva in sé".

Non è immediatamente evidente che si sta parlando della relazione speculare della maternità, nel suo momento originario così com'è colto e rappresentato in tante annunciazioni, natività e perfino pietà del XV e XVI secolo. A questa chiarezza gli studenti arriveranno dopo un lungo giro, che comprende lo smantellamento della teoria posticcia dell'identificazione. L'occasione è fornita dal problematico accoppiamento padre/sorella maggiore.

S. A me è sembrato molto strano perché ha detto: "Ho visto mio padre attraverso mia sorella" e non "mia madre", perché la madre era in S. Sembrava scontato che lei vedesse il padre (...) Poi mi ha stupito che suo padre fosse morto (ivi, p. 144).

L'argomento (edipico) della morte del padre è difficile da affrontare. Gli studenti ci provano prima separando "morte" da "padre" e applicando poi luoghi comuni anodini.

S. Anche in questo caso c'è sempre la persona del padre, però non mi sembrava che ci fosse un conflitto con il padre. Sembrava fosse affiatata col padre (ivi, p.144).

Qualcuno tenta di aprire una nuova via:

S. Forse il conflitto è nella figura del padre ...

L'abbozzo è interessante. S. sembra intravedere nel padre una divisione e nella figlia prediletta una funzione di sostegno. Ma non trovando "sostegno" nel conduttore, S. si spaventa della propria intuizione e decade in uno psicologismo più banale.

S. ... Tra l'altro il padre è un introverso, quindi probabilmente in famiglia non si è fatto molto notare. È stato identificato come l'uomo, ma non tanto da riuscire a esternare il proprio affetto alla figlia (ivi,p.144).

A questo punto una studentessa rompe gli indugi e prende decisamente la via della congettura, anzi dell'associazione libera.

S. Lei insisteva molto sulla ferita e l'ha nominata almeno sei o sette volte (...). In effetti, si potrebbe collegarla con la figura del padre, con il fatto che l'episodio di aggressività verso la sorella sia avvenuto quando il marito le ha portato dei fiori, che sono... che potrebbero essere un simbolo degli organi sessuali femminili (ivi, p. 145).

Forse gli organi sessuali femminili sono rappresentati dalla ferita, prima che dalla rosa. Ma l'argomento è difficile da affrontare direttamente, perché coinvolge il padre come oggetto del desiderio della figlia. Il conduttore si limita a tenere il discorso in sospeso.

C. I fiori non sono solo quello...

e una studentessa osserva umoristicamente:

S. ... e hanno anche le spine.

Il circuito del desiderio fallico, che va dal figlio (unico), alla sorella (maggiore), alla spina (minore), alla ferita (della castrazione) sembra ormai ben consolidato.

Si può percorrerlo in un altro senso?

S. A proposito delle rose: sembrerebbe che le rose siano state il fatto scatenante della visione. Voglio dire: le rose il marito le ha portate per la nascita del bambino, però hanno in sé qualcosa che ha a che fare col funerale del padre.

C. Attraverso quale meccanismo?

S. Le rose si portano anche in caso di morte. Quindi. nel momento in cui mio marito mi porta le rose in mia sorella vedo mio padre (ivi, p. 148).

In questa guerra delle due rose si alternano al comando le rose dell'amore che, feriscono l'essere umano in quanto ha di più intimo, e le rose della stirpe, che gettano un ponte tra la vita (sorella maggiore) e la morte (padre). Alla fine della guerra (pulsionale) non ci saranno vincitori ma solo vinti. Come osserva acutamente

S. Sembra che questa associazione nascita-morte abbia portato a riversare sul figlio la colpa per la morte del padre.

È sorprendente come di congettura in congettura, di

sembiante in sembiante (si continuo le ricorrenze del verbo "sembrare"), gli studenti arrivino a ricostruire il mito freudiano dell'orda primitiva: i fratelli uccidono il padre e la colpa è condivisa anche dalle sorelle. C'è chi lo conferma, ammesso che il mito si possa confermare. (4)

S. Anche quando parla del fratello dice che era stato secondo lei la causa della morte del padre, perché lei fa sempre il discorso della colpa di un altro (per es. il medico) per un fatto che deve succedere.

C. Qualcun altro ci toglie le spine.

S. Potrebbe anche essere legato al fatto che lei se ne è andata dalla famiglia sapendo di causare dolore in qualcuno, probabilmente con dei sensi di colpa al momento della morte del padre, come se si sentisse responsabile lei perché era venuta a Milano (ivi, p. 149).

Intorno alle intuizioni precoci del "vedere nell'altro e sentire in sé" e del "conflitto intorno alla figura del padre" si è aperto un vero e proprio campo teorico. Vi si potrebbero seguire altri percorsi: i fiori per questo figlio che non affiora, il collare ombelicale per tenere a freno una nascita colpevole (del figlio concepito dal padre), la dilatazione della statua di creta per significare un colosso dai piedi di argilla. Ma ci sembra più utile raccogliere le idee intorno all'ultima formulazione: la divisione del padre.

---

[4] Un mito è una congettura non scientifica; non si può confutare. Il mito produce riti di conferma.

Il padre morto è la radice simbolica della Legge. Detto in termini filosofici, è "l'Essere che nientifica in quanto è l'essere" (23). Detto in termini letterari è il simbolo che riposa in se stesso, cioè nella propria morte, come nei rilievi funerari romani (2). Detto in termini psicanalitici è il complesso di Edipo, così problematico per la donna, che è quasi costretta a "vederlo nell'altro" e prenderlo a prestito dal fratello.

Ma il padre morto è anche un sembiante; è la sua voce, l'oggetto-causa del desiderio, che durante il delirio puerperale "parlava in me". Di tutti gli oggetti che si possono mettere a capo del desiderio, la voce e lo sguardo sono i più elusivi, quelli che il soggetto più "sente in sé" senza avvertirli. Infatti, aderiscono al soggetto in modo quasi allucinatorio, indipendentemente dalla percezione.

La difficoltà del caso, che agli studenti non sfugge, è dovuta all'intreccio e in certi punti addirittura alla coincidenza dei due livelli della legge e del sembiante. La ripresa filmata della situazione clinica fornirebbe le immagini di un oggetto, che sfugge in continuazione tra gli interstizi delle condizioni simboliche (condizione di figlia, di sposa, di puerpera, di ferita ...). Il sonoro che vi si aggiunge, nel momento stesso in cui permette di udirne alcuni battiti o battute: "è un figlio", "sembra

che voglia parlare", "Ma che cosa dici?" – rende problematica la localizzazione dell'oggetto che sembra occupare tutto lo spazio simbolico: dove? dai prematuri? dalla parte del muro? davanti? tra le statue?.

Concludiamo. La divisione del padre tra Legge e semblante si trasferisce alla figlia. Il transfert dice: "Un altro parla in me", ma è un "infante", letteralmente infans, non parlante. Un grave destino attende questo infante: urlare il desiderio della madre vuol dire fare da terzo, ma à rebours: oggi nella Pietà, domani nella Natività, nell'attesa dell'Annunciazione.

Gli studenti durante tutta l'esercitazione l'hanno psicodrammatizzato.

f) Un gioco di mano

Il livello massimo di riconoscimento del malato si raggiunge nel momento della massima identificazione. Allora uno studente dice: "È la paziente più normale che abbiamo visto" (11, p. 194), volendo quasi certamente dire: "È come una di noi". Ai fini della continuità del lavoro clinico e dell'impegno didattico questo tipo di identificazione ha i suoi pro e i suoi contro. Vediamoli.



Innanzitutto identificazione significa partecipazione personale al caso clinico. In particolare (in versione isterica), vuol dire avvicinarsi al desiderio del paziente attraverso il proprio. In tedesco si dice Einfühlung, tradotto male "empatia". Seguendo questo meccanismo la tensione partecipativa alla sofferenza e alla gioia del malato è andata crescendo durante un quadrimestre, tanto che alla fine del corso di esercitazioni una studentessa si è offerta di presentare il caso di una sua amica entrata in bouffé delirante.

Ma gli aspetti negativi dell'identificazione non sono da trascurare. Innanzitutto va considerato il fattore quantitativo: l'eccesso di identificazione ostacola il lavoro tanto quanto il difetto; il primo impedisce un giudizio sereno, il secondo addirittura il giudizio. La regolazione del difficile equilibrio richiederebbe interventi di tipo analitico, ma una buona pedagogia vi può supplire altrettanto bene.

Dall'altra parte ci sono le considerazioni di tipo qualitativo. Nel momento in cui si afferma l'identità con l'altro, gli effetti alienanti dell'identificazione non possono non farsi sentire. Primo fra tutti, e quello che in questa sede più ci interessa, l'inibizione fino al

congelamento di ogni possibilità di apprendimento. Sembra che si dica: "È inutile che impari dall'altro, tanto io sono già l'altro". Nel nostro caso questa posizione porta addirittura alla scotomizzazione del sintomo del paziente. Il sillogismo sarebbe: "L'altro è come me; io non ho sintomi; l'altro non ha sintomi". Vediamo come questa logica si instaura e come si sviluppa.

Uno studente dice a proposito della paziente: "È simile a una madre". Cosa vuol dire? Devo ritenerla simile a mia madre? No, altrimenti mi avvicinerei troppo alla paziente. Non potrei studiarla obbiettivamente. Non posso trattarla come mia madre, che ho amato e odiato. Allora forse vuol dire: "È simile a una delle nostre madri". Grazie a questa congettura generica la paziente viene posta in posizione di zia e i partecipanti al gruppo in posizione di fratelli. In questo assetto, il gruppo può affrontare contemporaneamente il problema di una figlia e di una madre.

"Il pensiero della figlia che cresce la disturba. Però c'è la sua storia che ha avuto il ragazzo a quindici anni e si è sposata a vent'anni perché non accettava la sua situazione familiare. Probabilmente il fatto di avere una figlia di quindici anni che ha già il ragazzo le fa venire il dubbio che non si trovi bene in famiglia. Forse fa un parallelo con la propria esperienza: se mia figlia si stacca, vuol dire che c'è qualcosa in me che non va, non la rendo felice a sufficienza" (ivi, p. 106).

Nel gioco di specchi, fatto di rimandi reciproci del tipo "io sono come te, tu sei come lei ecc.", gli studenti si trovano perfettamente a loro agio. Finché si muovono senza ostacoli nel loro mondo immaginario, possono permettersi di disdegnare il sintomo che la paziente mette loro con tanta insistenza sotto gli occhi. Deve intervenire attivamente il conduttore per far notare quel che tutti avevano visto senza vederlo e far rientrare nel discorso parlato il discorso muto del sintomo: la manipolazione della cintura. [5]. Alla fine qualcuno ammette:

"Era l'unica nota sintomatica del suo comportamento, perché né il tono della voce, né la scelta dei vocaboli, tradivano un disagio; era tutto quieto e normale. Anche il pianto era ben dosato. L'unica nota stonata era la cintura" (ivi, p. 198).

Da questo momento in poi un elemento nuovo increspa la fonte tranquilla del narcisismo speculare, cui attingono sia la madre sia i figli e ora gli studenti, i quali hanno preso il posto dei figli.

---

[5] Il conduttore chiede di descrivere il sintomo a chi fino a quel momento aveva svolto la funzione di "scriba silenzioso" dei discorsi del gruppo. La piccola - all'epoca, inconscia - trasgressione delle convenzioni iniziali ha come effetto la netta contrapposizione tra discorso a parole e discorso senza parole. Il discorso di chi sta doverosamente e rigorosamente in silenzio fa largo al sintomo del paziente. Il discorso rumoroso degli studenti identificati tende invece a censurarlo.

Quella cintura entra nel discorso dapprima per sostenere una serie di fantasmi sadici, facilmente prevedibili: "la cintura diventa di castità" (ivi, p. 199); "la cintura sarà servita al padre per picchiarla, quando era ubriaco" (ivi, p. 200); alla fine lascia il posto a un abbozzo di teoria del legame infantile:

"La cintura non potrebbe rappresentare un legame più che una cosa violenta? Essendoci stata una separazione dei genitori, può essersi legata molto alla madre, quindi cintura come madre-nonna e cintura come madre-figlia. È come se lei non volesse staccarsi dalla madre e rifacesse con sua figlia il rapporto che lei ha precedentemente vissuto con sua madre, per cui la cintura diventa questo simbolo di legame ossessivo. Sono però tutte supposizioni" (ivi, p. 201).

Il conduttore favorisce l'emergere di congetture e supposizioni nella speranza che qualcuno colga qualcosa di più della meccanica del sintomo. In un laboratorio di patologia generale non si procede forse così? Di fronte all'emergere di un fatto sperimentale nuovo si formulano ipotesi di lavoro per spiegarlo.

Dopo un lungo girovagare nel labirinto dei rapporti fra madre e figlia, dopo aver inseguito invano il desiderio della madre per la Figlia, dopo aver ripreso il discorso della nuova generazione e del non sapere cosa farsene, si arriva al punto in cui la paura di "essere come lei"

affonda le radici nella mancanza costitutiva dell'essere.

S. "La sua paura è che si stia creando lo stesso fenomeno con la figlia, benché la sua situazione sia diversa. Cioè non sa fare".

Il conduttore non si fa sfuggire il punto.

C. "Non sa fare. Mi sembra una buona ipotesi, perché riguarda il sapere, in questo caso un vuoto di sapere. Qualcuno prima ha notato che il sintomo della cintura era particolare."

S. "Prendeva la punta e la tirava dentro e fuori".

C. "Quindi riguardava qualcosa del saperci fare sessuale" (Risatine generali, ivi, p. 202).

Nella sua tesi la dott.ssa Diena osserva che l'esperienza dell'esercitazione clinica si conclude per lo studente con l'identificazione al paziente. "Questo ha permesso una comunicazione e una maggiore comprensione del paziente, ma il rapporto instaurato si è in seguito rivelato come organizzato secondo il modello della relazione oggettuale narcisistica. L'esperienza a questo punto si è conclusa. Il processo d'identificazione dello studente con il paziente non è stato perciò seguito da quel ritorno all'obiettività auspicato da Balint, ma si è arrestato a questo punto" (ivi, p. 76).

Qualcosa in più però si può dire, basandosi proprio sul materiale di quest'ultima seduta.

g) Il cambiamento di discorso

È un luogo comune della letteratura sull'argomento che la buona formazione debba portare a un cambiamento stabile della personalità. L'affermazione è tanto affascinante quanto ideologica, perché non suggerisce i criteri per stabilirla né offre gli strumenti per verificarla in pratica: bastano forse due test di Rorschach, uno prima e uno dopo la formazione?

Il nostro metodo congetturale, che pretende toccare livelli meno profondi di cambiamento, ha invece il merito di non essere ideologico, perché non solo promuove il cambiamento che dice, ma permette anche di registrarlo e comunicarlo ad altri. Anzi, il momento secondo della registrazione è affatto essenziale e non secondario al cambiamento stesso.

Per chiarire il punto precisiamo cosa intendiamo per "cambiamento". Si tratta, infatti, esclusivamente di "cambiamento di discorso", non di comportamento. A rigore la precisazione dovrebbe essere inutile, perché per definizione il metodo congetturale si applica a materiale discorsivo e conseguentemente non può documentare altri cambiamenti che non siano quelli del discorso.

A questa teoria si aggiunge il valore empirico della

nostra tesi convalidata da anni di applicazione del metodo congetturale alla clinica psicanalitica. Essa sostiene che se tale metodo produce degli effetti documentabili, allora sono dei cambiamenti di discorso. In verità, col passare del tempo anche questa tesi ha subito un cambiamento di discorso; oggi suona in modo semplice e incondizionato (senza il se ... allora) così: il metodo congetturale produce cambiamenti di discorso. Questa sarebbe, concludendo, la sua coerenza metodologica: la capacità di giustificare gli effetti che produce. Il metodo congetturale produce cambiamenti di discorso, li documenta e li giustifica; nulla di più e nulla di meno.

Si intravedono qui, anche se non le svilupperemo, le linee di soluzione di un delicato problema dell'epistemologia moderna: quello dell'autoriferimento. Si sa, infatti, che l'autoriferimento del discorso a se stesso può produrre catastrofi logiche, soprattutto se interviene la verità del discorso o la sua negazione. Dai tempi di Ebulide si sa che se "Io mento" allora "Io mento" e "Io non mento".

Per salvare la coerenza della logica oggi si accetta comunemente la proposta di Tarski: si discrimina tra scientifico e non scientifico in base al divieto o al permesso dell'autoriferimento. (44) Pertanto nella

costruzione delle teorie scientifiche è usuale distinguere il linguaggio oggetto dal metalinguaggio, che parla del linguaggio oggetto, mentre questo non può parlare di se stesso. Per parlare del linguaggio oggetto e della sua verità si deve uscire dal linguaggio oggetto e passare nel metalinguaggio (45). In effetti l'autoriferimento non si può eliminare del tutto né dalle scienze esatte – dove anzi lo stesso Tarski e Gödel lo utilizzano per raggiungere notevoli risultati limitativi – né dalle scienze congetturali (altrimenti dette "umane" (6)). In queste ultime è addirittura possibile che l'autoriferimento del discorso a se stesso non produca guasti ma effetti costruttivi. Caduta la barriera che divide il linguaggio oggetto dal metalinguaggio, non si produce subito il caos. Basta che funzionino altre e più mobili divisioni. È di notevole valore dialettico la proposta di Lacan che nel campo della soggettività introduce la linea di demarcazione tra Soggetto e Altro, che la congettura può seguire ora su di un versante ora sull'altro. Per es. la congettura "Io mento", attraversando la barriera della soggettività, diviene "Io ti inganno". Una volta di più la congettura produce cambiamenti di discorso facili da documentare.

---

[6] L'interessante proposta di Lacan è di denominare "scienze congetturali" le "scienze umane". (Cfr. J. Lacan, Ecrits, Seuil, Paris 1966, pp. 284, 435).



In pratica, il metodo congetturale, che per un certo tempo si dedica prevalentemente a registrare all'interno di un discorso certi eventi salienti, certi cambiamenti di luoghi, di indirizzi ecc. e a proporne spiegazioni, diviene esso stesso un cambiamento di discorso, quando si applica a se stesso. In questo senso la congettura principe è quella relativa al tempo di concludere [7]. Essa potrebbe formularsi così: "Basta, il discorso è completo". In realtà, questa congettura è sempre falsa, perché il discorso non è mai completo, la dimostrazione non è mai perfetta, la contestualizzazione non è mai finita, ma la congettura finale è un gesto performativo "senza parole", taglia corto e obbliga a passare ad altro. Domani magari lo stesso discorso continuerà; ma allora dovrà ricominciare da capo e in un certo senso sarà un discorso nuovo, sarà di nuovo un cambiamento di discorso.

In ogni caso, sia che si adotti il metodo congetturale sia che lo si respinga, il cambiamento di discorso avviene, per così dire, "oggettivamente" davanti a tutti; l'evento si può cogliere e registrare più facilmente del cambiamento "soggettivo" di mentalità, di personalità, di carattere.

---

[7] Sulla scelta del momento di concludere l'esercitazione non si possono dare direttive generali e univoche. Si impara praticamente così come si impara a trattare il transfert nella clinica psicanalitica.

È bastato solo un poco di esercizio per arrivare a "produrlo" nettamente nella quinta esercitazione e a coglierlo e svilupparlo nelle successive. Nell'esercitazione appena commentata si assiste infatti a un mutamento significativo nel modo stesso di lavorare alla congettura. Inizialmente il congetturare persegue le modalità narcisistiche del proiettare i propri vissuti sull'altro. Questo modo non è esente da gravi arbitrarietà e si dimostra quasi sempre squilibrato nel tentativo di sintetizzare tra spinte contrapposte: quella erotica, quella rivendicativa, quella francamente aggressiva, quella del misconoscimento. Ma è il modo iniziale, per esperienza inevitabile e coatto.

Per fortuna c'è un altro modo di congetturare, più legato all'ordine simbolico e alla legge. È il modo da promuovere, anche per favorire l'uscita dal modo narcisistico che, essendo un passaggio obbligato del rapporto con il paziente, è anche un momento di impasse e sterilità [8].

---

[8] L'insistere su termini come "discorso" e "simbolico" non deve trarre in inganno. Non si deve, infatti, ridurre in chiave logocentrica "discorso" a "simbolico" e "simbolico" a "verbale". Abbiamo appena visto un caso dove il fatto decisivo ha coinciso col far posto al "non verbale" e al non detto, al detto col corpo o col sintomo. Le esercitazioni "al silenzio" dell'anno prima dovrebbero chiarire che non si vuol identificare il discorsivo al verbale. Il discorso da cogliere in via congetturale è sempre un discorso senza parole.

Ritroviamo, esemplificato nel caso particolare della fine di questa esercitazione, il concetto generale di cambiamento di discorso. Le transizioni dal narcisistico al simbolico, dal detto al non detto e viceversa, hanno tutte in comune il fatto di essere transizioni discorsive. Nell'imparare a coglierle, e in certa misura anche a produrle, sta il succo della formazione clinica psichiatrica in chiave congetturale.

Pertanto il conduttore di un gruppo di formazione clinica ha un compito preciso. Deve facilitare il passaggio da un discorso a un altro, dal discorso del figlio a quello della madre, dal discorso del corpo a quello dell'istituzione, dal discorso dell'Io al discorso dell'Altro, direbbe Lacan. Nell'accumularsi di tanti di questi momenti silenziosi di transizione il conduttore potrà "insegnare" – nel senso di "far apprendere" – ai suoi allievi a intravedere alcune strutture fantasmatiche elementari. Oltre non si può andare senza l'esercizio analitico propriamente detto.

Rimane un'ultima questione. Come e quando intervenire per favorire dei cambiamenti di discorso? È difficile dirlo in generale. Dipende in gran parte dal tatto e dalla sensibilità personale nel cogliere la stanchezza e la sterilità di certi temi prevalentemente narcisistici;

dipende dal senso del tempo – anche nel senso musicale jazzistico – per aprire altre vie sulle tracce del desiderio e per introdurre altri “attacchi” discorsivi. Ritorneremo su questo punto più avanti (vedi L’organo, il narcisismo e il discorso, p.120, ma vedi anche l’ottimo “Economia narcisistica nella relazione medico-malato” in (19 p. 31)). Anticipiamo solo quelli che nel prossimo capitolo chiameremo “microeventi sovversivi”, i quali non sono altro che questi cambiamenti di discorso, seppure di portata più localizzata. Sottolineiamo, infine, che il metodo congetturale, attraverso il suo effetto tipico, che è lo sviluppo del discorso, promuove quel ritorno al reale che Balint auspicava come superamento della serie delle identificazioni narcisistiche, sempre un po’ tutte uguali.

IL SACRARIO DELL'ENIGMA

a) Domande in formazione

I modi di apprendere e trasmettere qualcosa a proposito di quell'esperienza così ricca e affascinante che è il rapporto medico/paziente sono diversi e molteplici. In via negativa si può dire che tra di essi non rientrano né il modo cattedratico né il modo libresco, entrambi dottrinari. In via positiva, si può introdurre in questo campo la distinzione, già proposta dalla dottoressa Diena nella sua tesi, tra sensibilizzazione e formazione.

La caratteristica della sensibilizzazione è l'invito da parte di chi è supposto detenere il sapere ad accostarsi allo stesso. La parte attiva è quindi svolta dal docente, che non solo insegna ma promuove e crea le condizioni (politiche, anche) per la diffusione del proprio insegnamento. La sensibilizzazione è un discorso, in parte seduttivo, del tipo: "Vieni, che ti faccio vedere io come si impara", che trova l'opportunità di realizzarsi nei momenti in cui emerge qualcosa di nuovo, qualcosa che si vuole a tutti i costi provare, sperimentare, verificare: può essere una moda o una cultura. L'esempio storico più clamoroso fu la Sofistica greca.

Per contro, nella formazione la parte attiva è spostata sul discente, il quale deve porre personalmente e responsabilmente la domanda della propria formazione e dimostrare attraverso una serie di prove di essere "convinto" a formarsi. Le virgolette sottolineano la complessità, anche l'ambiguità, della situazione iniziale da cui prende avvio il processo di formazione. Le prove della convinzione del candidato sono quelle che la dimostrano o quelle che la generano. È l'iniziazione che forma o vengono iniziati solo quelli in qualche modo già preformati? E poi: chi giudica? È sufficiente una batteria di tests per la personalità di base? Se sì, esiste effettivamente un sapere depositato cui l'adepto deve essere introdotto perché vi si "conformi"? esiste una tecnica prestabilita in modo sicuro, che deve essere appresa? E come? Vale il modello socratico del sapere di non sapere o quello sofistico del sapere della tesi e dell'antitesi; valgono l'ironia, la maieutica o la dialettica, che può degenerare nella dialettica per la dialettica fine a se stessa? E poi ancora: c'è posto per una funzione della novità? Come si apprendono cose che non sono mai state apprese da nessuno, tanto meno insegnate?

Terremo sullo sfondo questi interrogativi, senza né affrontarli direttamente né trattarli esplicitamente. Un

solo punto svilupperemo, e cioè l'analisi della domanda di formazione, così come si è presentata e sviluppata in un gruppo eterocentrato di discussione di casi clinici. Come vedremo, la specificità di questo tipo di gruppo è consistita nell'accettare, sostenere e a volte sopportare una varietà notevole di formulazioni della stessa domanda. La domanda di formazione è stata declinata nei modi più vari: da richiesta di aiuto pratico al medico più esperto alla messa in discussione dei principi teorici della psicoanalisi, dalla richiesta di riconoscimento dell'abilità tecnica all'elaborazione di un lutto per un caso fallito, dall'identificazione al conduttore alla richiesta di terapia personale.

Due punti non sono mai stati però messi in discussione: primo, che la formazione, ammesso che esista, sia finalizzata alla cura del paziente; secondo, che il malato mentale voglia curarsi. Probabilmente queste sono le due colonne d'Ercole che qualunque progetto di tipo medico, e a maggior ragione psichiatrico, non potrà mai superare, pena decadere in pratiche di furor sanandi o accanimento terapeutico.

Non è stato difficile smascherare tutte queste domande di formazione. Già dopo le prime esperienze, di fronte al silenzio del conduttore e alla sua poca propensione a

dare consigli pratici, tutti i partecipanti a gruppo di discussione di casi clinici si sono quasi subito accorti dell'immediata evidenza di questa equazione: parlare di un caso clinico seguito per un certo numero di colloqui significa parlare del proprio caso. La difficoltà vera è stata piuttosto quella di reperire e circoscrivere la domanda personale che percorreva i singoli resoconti clinici, le relazioni dei colloqui col singolo paziente, insomma, la costruzione del caso clinico. Domanda d'amore, domanda di risarcimento, domanda di vendetta, domanda di riconoscimento come persona o come tecnico, domanda di cura, per tutti e per ciascuno sono state queste le domande "in via di formazione" che hanno sostenuto la passione per il caso clinico, l'amore per la ricerca dei dettagli biografici, per la consequenzialità storica e in certi casi persino la cura nello scovare il non senso.

Il lavoro prevalente del gruppo è consistito nel distanziare e separare la domanda personale del curante, per lo più senza neppure arrivare a riconoscerla distintamente, da quella del paziente a lui affidato. È stato un lavoro solo iniziale e non senza conflitti. Il seguito di questo lavoro è stato diverso per ciascuno dei partecipanti e non sarà trattato in questa sede.



b) Tutte congetture!

Cosa vogliono un giovane medico o uno studente di medicina degli ultimi anni, che cominciano a frequentare un reparto di psichiatria? Cosa si aspettano dai cosiddetti malati di mente? di quali storie e di quali enigmi vanno in cerca quando, con tanto dispendio di energie libidiche, si impegnano a registrare i colloqui con i pazienti durante la degenza e dopo?

Nel gruppo di discussione dei casi il materiale clinico veniva regolarmente riversato, discusso, attraversato, ricostruito. Per un lungo periodo iniziale è andato sedimentando uno stile di "analisi di gruppo" fatto di tanti piccoli dettagli: il rispetto ossessivo della puntualità degli incontri, una capacità sempre migliore di sopportare i silenzi, un parlare del caso senza paura di essere giudicati, un gusto per la problematizzazione dell'esperienza, anche quando dovesse far vacillare qualche architrave del proprio narcisismo, un rispetto per la parola dell'altro – paziente o relatore – non solo in nome della buona educazione ma anche della buona pratica clinica, essendo questa parola l'unico supporto di ogni ulteriore rielaborazione, dalle prime opinabili e incerte alle successive più articolate e teoriche.

Durante questo periodo iniziale Bion (5) avrebbe riconosciuto nel gruppo un assunto di base del tipo attacco e fuga: fuga all'interno del gruppo buono, che protegge dalle angosce della clinica, e attacco all'ambiente esterno, che apparentemente è la causa scatenante di tali angosce. Una conferma spiritosa di questa organizzazione difensiva viene proprio dall'ambiente esterno, dove il gruppo di discussione di casi clinici veniva scherzosamente etichettato come "sacrario dell'enigma".

Per la verità, un sembiante così anacronistico e così poco scientifico è stato parzialmente promosso dal conduttore stesso, il quale non si è mai accontentato delle cosiddette ricostruzioni psicodinamiche belle e fatte ma, approfittando della cosiddetta "illusione gruppale" (1 p. 203), ha lavorato nella direzione di sospendere, almeno inizialmente, le certezze di tutti, affinché l'esplorazione del caso mediante congetture successive permettesse di coglierne il quid di specificità e di novità. "De omnibus dubitandum est", scriveva Kierkegaard introducendo a Cartesio. Il dubbio è la naturale introduzione alla scienza.

L'aria di mistero e di enigma, che si viene a creare in questi casi è ancora una volta il portato spontaneo del metodo congetturale. Infatti, la congettura funziona da

verità senza sapere, da una verità in anticipo sul sapere, da verità non ancora dimostrata e quindi enigmatica. I suo effetto positivo immediato è di produrre sorpresa. Verrebbe da dire: "Non ci avevo mai pensato", come in risposta a un indovinello. Ma unitamente alla sorpresa si mobilita l'angoscia, segnale che parte dei meccanismi di difesa stanno per essere aggirati.

Il momento dell'angoscia è un momento delicato della seduta di gruppo. L'angoscia ci vuole, perché l'angoscia è ciò che non inganna (33, p. 42) ma non deve essere troppa. Poca angoscia, infatti, tiene su di giri il motorino dell'ideazione e produce un getto continuo di congetture, che a loro volta tengono basso e controllato il livello d'angoscia prodotto dal caso.

La congettura non ha solo la funzione di anticipare la verità, spesso smussandone le punte e rendendola meno inquietante. Nel gruppo la circolazione delle congetture è essenziale per il sussistere del gruppo stesso, perché costituisce l'ossatura epistemica del legame sociale tra i partecipanti e canalizza le correnti libidiche reciproche.

La logica intersoggettiva è la seguente: "Se lui formula una congettura su una mia esperienza (clinica), vuol dire che sa qualcosa di me". I casi sono due: o accetto questo sapere e lo amo o lo rifiuto e rifiuto chi lo propone.

Entrambi gli effetti affettivi, amore oppure odio, sono narcisistici: il primo tende ad aggregare il gruppo, il secondo a disgregarlo.

Prima che si verifichi la disgregazione conviene che il conduttore intervenga sul materiale prodotto e offra al gruppo una sintesi parziale, per esempio sotto forma di congettura sulle congetture, che coordini quelle emerse e abbia il significato benefico di una restituzione. In altri termini, è opportuno che avvenga la restituzione di quel sapere che, dopo la fuga congetturale in avanti della verità, era rimasto espropriato della sua parte migliore.

Rileviamo a questo punto, e volta di più, la notevole elasticità del metodo congetturale il quale, mediante la dosatura degli effetti di sorpresa e di angoscia, ci ha permesso di lavorare

1. senza dover ricorrere alle interpretazioni psicoanalitiche del controtransfert, cosa impossibile in un gruppo persone non in analisi;

2. mantenendo vivo il desiderio – o l'enigma – che porta il medico ad ascoltare il proprio paziente – o la sfinge.

c) Il raddoppiamento simbolico

Man mano che procedeva la raccolta del materiale clinico,

si è venuta delineando una struttura di interazioni tra paziente e medico, che presenta il raddoppiamento come elemento caratteristico. Ultima e più articolata espressione della tesi balintiana che le emozioni del medico sono i sintomi del paziente, la teoria del raddoppiamento simbolico sostiene che medico e paziente sono "soggetti" alla stessa vicenda simbolica. Con questa teoria si esce finalmente dalle secche del rapporto duale narcisistico e si accede a un discorso che non ha né la risonanza empatica né la dialettica delle parti sane dell'Io come unici ingredienti. Il raddoppiamento simbolico offre al rapporto medico/paziente un sostegno meno misterioso dell'alleanza terapeutica e una chiave di lettura più coerente della frustrazione del bisogno, come dimostrano le prime conseguenze sia sul piano della formazione clinica sia sul piano dei rapporti con la scienza. Dal punto di vista della formazione, infatti, essendo raddoppiamento, afferma con tutta onestà che, se la formazione clinica è possibile, allora deve partire dal proprio caso, che raddoppia il caso del paziente. In secondo luogo, essendo simbolico, il raddoppiamento si presta a essere analizzato scientificamente con tecniche intersoggettive, per esempio di tipo linguistico.

Sulla base di questi due presupposti il dott. Hassan ha analizzato il materiale clinico mediante tre filtri di lettura (20). Ogni filtro è un tema soggettivo sviluppato a più riprese dai partecipanti al gruppo in rapporto a se stessi, al caso clinico e al conduttore del gruppo. Ogni tema rappresenta il singolare connubio tra la sincronia, messa a fuoco dal metodo dei contesti, e la diacronia, doppiamente rappresentata dalla biografia – manifesta – del caso del paziente e dalla biografia – latente – del caso del curante. Di fatto è stato possibile spezzare ogni caso clinico in tre componenti fantasmatiche simmetriche nel paziente e nel curante:

1. fantasie di colpa;
2. fantasie di abbandono della o distacco dalla donna;
3. fantasie di cambiamento.

Si tratta, come si vede, di temi edipici. I primi due incontestabilmente, a patto di leggere la colpa in rapporto alla trasgressione della legge e il distacco dalla donna come separazione dalla madre. Il terzo non è meno edipico degli altri, purché si sostituisca, l'innocente "cambiamento" col termine più virulento di "castrazione". La scelta di temi edipici è pressoché obbligata e giustificata dalla teoria che vede in ogni gruppo con un capo la riattivazione ritualistica del mito freudiano

dell'orda primitiva (18, p. 33). Essendo "veri" di per sé, i miti non si possono per principio confermare, ma i riti associati li confermano di fatto. L'esperienza di questo gruppo conferma la teoria, ed esemplarmente, nei momenti drammatici del distacco dal gruppo degli elementi più dotati. Terminata l'elaborazione del lutto, si può dire che sono stati momenti fortemente formativi. Hanno permesso, infatti, di toccare con mano il raddoppiamento simbolico nel momento in cui stava per diventare psicosi di gruppo, se non ci fosse stata la separazione reale di uno o più membri del gruppo, che ha simbolizzato il distacco dalla madre.

Bisogna supporre che, se almeno in un punto - psicotico - clinica del paziente e clinica del curante coincidono, allora coincidono su tutti gli altri punti - nevrotici. Solo così è possibile sviluppare le stesse considerazioni per entrambi. Brevemente, si possono fissare come segue.

All'essere che parla si presentano prima o poi alcune questioni ineludibili: "Come riconosco mio padre? Cosa vuole una donna? Qual è il mio destino?" L'impotenza biologica del piccolo d'uomo, nato prematuro, trova nell'impossibilità logica a dire qualcosa di definitivo su questi argomenti il proprio marchio di fabbrica. Arrivati a questo punto, "l'idea della Logica si risolve nel vortice

di un domandare più originario", come dice il filosofo (22, p. 26).

Nel corso del tempo quel vortice ha depresso sulle nostre spiagge alcuni frammenti, scorie per lo più: miti, scritture, rappresentazioni artistiche. Stupisce che un gruppo di discussione di casi clinici, dove la gente dice di andare ad apprendere qualcosa sulle aporie dell'essere parlante, non sia toccato più di frequente dal "vortice della domanda originaria". La finzione dell'apprendere le tecniche per padroneggiare l'altro, diverso e perturbante, segnatamente il folle, l'inganno di appropriarsi di una sapere, che pure si sa già ma si vuole continuare a ignorare, intorno al desiderio, l'illusione che sia possibile e addirittura auspicabile "curare l'anima", tengono bene fino all'ultimo.

Finalmente, dopo un batti e ribatti che scandisce i tempi del congetturare e del comprendere, precipita negli animi la fretta di concludere, di prender partito sulle grandi questioni soggettive del sesso, della morte, del padre. A saperla riconoscere attraverso il prisma edipico, è una fretta caratteristica e inconfondibile. Sembra che venga chissà da dove, invece era già lì da prima, ma nascosta sotto le razionalizzazioni e i compromessi sintomatici. Si tratta di un'urgenza soggettiva allo



stato latente, che a un certo punto esplode. Nessuna formazione, l'ha preparata; nessuna formazione, purtroppo, è mai abbastanza preparata per coglierla sul nascere e consegnarla alla memoria.

A quel punto il maestro è destituito dalla propria posizione e l'allievo si è "formato": su alcune questioni ha chiuso e non ne vorrà più sapere; su altre invece ha aperto la discussione e la ricerca e da queste inizierà la sua peregrinazione, destinato, come Edipo, all'esilio.

#### d) Microeventi sovversivi

In effetti, passando in rassegna i materiali di un anno di lavoro, si possono cogliere delle modificazioni radicali, seppure circoscritte, vorremmo dire dei capovolgimenti puntiformi o, forse meglio, dei microeventi sovversivi.

Si fa fatica a riconoscerli e a descriverli nei termini della letteratura specifica: non sono i cambiamenti di tipo 1 o di tipo 2 della comunicazione (46), non sono né proto né deuterioapprendimenti (4), sono tuttavia qualcosa di definitivamente diverso rispetto a qualche istante prima, delle discontinuità locali, si direbbe in topologia: un

tratto soggettivo che cambia impercettibilmente ma irreversibilmente nel discorso tenuto a parole o senza, davanti a sé o agli altri, una chiusura seguita da un'apertura, un lampo simbolico di comprensione che rischiarava tutto e non lascia più le cose come prima, una folgorazione, come diceva Eraclito: ta panta oiakizei keraunòs, "il fulmine governa tutto" (frammento 64). Poi segue il borbottio del tuono, che lo commenta. Come faremo noi.

d1) Casus belli

Nessuno l'avrebbe detto all'inizio. Il caso riguardava una ragazza con idee di riferimento e una compulsione specifica: guardare dentro armadi e cassetti delle amiche. Ma ecco subito l'intreccio conflittuale. Riferisce la curante:

Il padre la teme molto, perché da circa tre anni è diventata molto aggressiva con lui. Da tre anni lavora in banca; questo è stato molto ben valutato dalla madre. In banca ha conosciuto un uomo, separato dalla moglie, che però continua a cercare e con la quale lei è in competizione.

Commenta il dott. Hassan: "C'è la rivalità con una donna per il possesso di un uomo" (20, p. 47).

Sì, ma quale uomo? Quello vero, naturalmente: un uomo prestigioso, che ci sappia fare con le donne e sia all'altezza dei propri desideri, uno che ti faccia sentire donna, uno di cui le altre parlano, ma che tieni ben nascosto nell'armadio, sottochiave. L'uomo ideale, insomma.

Curiosamente, anche nel gruppo si scatena la rivalità tra due donne. Si accende una discussione per il possesso di un'immagine ideale, quella del vero psicoterapeuta. Da una parte R., che riferisce del caso, ed S., che è alla fine della specializzazione in Psichiatria. Il tema della discussione riguarda il prestigio attuale di tutti: "Da cosa si riconosce il vero psicoterapeuta?".

R., che ha avuto le sue difficoltà a portare nel gruppo il caso perché era la prima paziente che seguiva e ha iniziato da incosciente, è imbarazzata; non riesce a dire molto di preciso e sembra aver dimenticato il complesso di ragioni che l'hanno portata a porsi come psicoterapeuta. Riconosce onestamente di non esserlo e di non essersi presentata come tale.

S., invece, che ha il titolo di psichiatra quasi nel cassetto, contesta l'ambiguità del rapporto stabilito da R. con la paziente; tende a colpevolizzarla, in nome di una

precisa metodologia che parta dalla definizione del setting terapeutico.

S. Ho paura dell'ambiguità del terapeuta. Come si fa ad andare avanti con la confusione di entrambi? Io dico chi sono, cosa faccio e che possibilità terapeutiche ci sono. Bisogna chiarire il ruolo; è importante.

Il conduttore, che si trova a sostenere l'immagine di Io Ideale, meno per il fatto di essere un uomo e più per la supposizione che "sappia il fatto suo", tenta di sgonfiare il pallone immaginario della prestanza, sia attribuendo a R. il merito della performance personale (ma come ha fatto?) sia problematizzando il discorso.

C. Che bisogno ha il curante di essere riconosciuto come tale? Il paziente è nei fatti che sperimenta se qualcosa cambia. All'inizio del rapporto c'è un'ambiguità che va valorizzata (ivi, p. 50).

Ma nel gruppo una piccola lacerazione è avvenuta. Per R. è chiaro che "l'ambiguità richiede un'analisi personale". Per S. è altrettanto chiaro che il suo desiderio è "che il paziente sappia chi sono, cosa faccio e le possibilità terapeutiche" (ivi, p.53). Qualcosa dell'ordine simbolico si aperto, qualcosa si è chiuso, ma diversamente per le due signore. È diverso il loro rapporto alla legge: esplicito per S, implicito per R, scritto per Ismene, non scritto per Antigone.

Se formarsi all'esercizio della Psichiatria vuol anche dire acquisire uno stile e un modo di porsi nei confronti

del paziente, oggi S. è più avanti degli altri membri del gruppo. D'ora in poi è chiaro che "si fa così e così e non altrimenti". Da quel giorno non ha avuto più bisogno del gruppo che l'aveva sostenuta nelle sue prime esperienze. Per il gruppo è stato un piccolo lutto; l'"abbandono della donna" prese corpo come immagine di castrazione ancora da elaborare.

d2) Come i cavoli a merenda

Le parole del primo colloquio (34) sono diventate ormai un tema classico della letteratura sul nostro argomento. Di solito si intende però il primo colloquio del paziente; raramente si ha il coraggio di mettere a fuoco il primo colloquio del curante.

Nella discussione precedente abbiamo intravisto solo alcune delle tante difficoltà che sbarrano l'accesso a quel ripostiglio segreto di timidezze, esitazioni, circospezioni ma anche di spavalderia, intuizioni penetranti e ardite anticipazioni teoriche che popolano in mondo del curante in formazione. Invecchiando, diventerà più bravo, più efficiente, ma certamente anche più convenzionale: la novità sarà una sua paziente meno devota e insieme a lei anche la verità avrà ceduto il posto a un maggior sapere.

Con questo si vuol forse dire che il curante non ha bisogno di formazione? Certamente no, ma si vuol sottolineare come sia difficile esercitare l'arte freudiana di accostarsi a ogni paziente come se fosse il primo tanto difficile che neppure al paziente "nuovo" è garantito un accostamento "senza idee precostituite (16, p. 1). Quando il curante è giovane e sensibile la difficoltà del caso nuovo è avvertita con un disagio tipico.

Quando volevo portare la prima volta questo caso il mio problema era il non parlare. Preferisco stare zitto piuttosto che dire cose sbagliate; però in certi momenti è necessario parlare. Ora questo problema è cessato perché ho trovato il modo di parlare (20, p. 56).

Qual è la misteriosa trasformazione soggettiva che dà al giovane medico il coraggio di parlare all'interno del transfert e la forza di riferirne al gruppo? Semplicemente questa: il curante ha fatto uso della sua esperienza infantile, del suo sapere antico, direttamente legato al proprio fantasma fondamentale. L'infanzia, o meglio le idee sulla propria infanzia, costituiscono un mondo di "idee precostituite" e per lo più inconsce, che facilmente entrano in risonanza con particolari contenuti della storia clinica di certi (non di tutti) pazienti. L'abbiamo già visto e chiamato raddoppiamento simbolico.

Mettere il curante in grado di usarne cum granu salis è stato il lavoro cui ci siamo dedicati in queste e altre sedute. L'utilizzazione del sapere inconscio, quando riesce, è più vantaggiosa del comune buon senso e di certo più efficace delle elucubrazioni teoriche.

Infatti, rispetto al buon senso il riferimento a un quid specifico della propria infanzia mantiene le caratteristiche di immediatezza e di comprensibilità del senso comune (comunemente dice: "Tutti siamo stati bambini"), senza però aggiungervi le caratteristiche di appiattimento e banalizzazione del luogo comune. D'altra parte, rispetto a tante teorie cervelliche che circolano correntemente tra gli specialisti, il riferimento infantile conserva di buono tutta la spinta teorica e epistemofilica, che ha caratterizzato il bambino di un tempo, il piccolo teorico alle prese con il problema di "come nascono i bambini", e che caratterizza l'adulto di oggi alle prese con la sua nevrosi. Non vogliamo però proporre il mito del ritorno all'infanzia come asse della formazione psichiatrica, mito che sarebbe di poco aiuto nel confronto con la psicosi. Diciamo solo che il recupero di un tempo apparentemente perduto (e proustianamente ritrovato) sanziona a posteriori il fatto che una parte non piccola di

quella formazione è già avvenuta. E spesso è avvenuta in modo sorprendente.

Lo vediamo nella storia clinica di oggi. Infatti, che cosa si può dire a una paziente che dice di essere delusa di tutti gli uomini? del padre, perché ha permesso, e forse voluto, che la "rapissero", del marito per la sua violenza e insensibilità (è in prigione per la presunta uccisione del suo datore di lavoro), dell'amico del marito, perché approfitta della situazione per farle la corte. La ragionevolezza si chiede perché mai il curante debba godere di maggior fortuna di "tutti" questi uomini. Ma il giovane medico passa sopra la trappola isterica con l'abilità di chi non la vede. "Tutti gli uomini sono vigliacchi", dice la signora, ma vuol dire: "Parla se hai coraggio. Ma se dirai qualcosa, sarai come loro, che dicono una cosa e ne pensano un'altra". Soggettività a parte, la gravità "oggettiva" della situazione è accresciuta dal fatto che siamo all'uscita di un tentativo di suicidio.

Il medico vorrebbe forse protestare, perché la paziente per ora non ha "oggettivamente" nessun elemento che le permetta di dire che anche lui sia un vigliacco. Al contrario, sta dimostrando un certo coraggio a cimentarsi per la prima volta con un'isterica di quella portata. (Ma il giovane ancora non lo sa; la diagnosi di isteria non va



di moda e il DSM neppure la menziona.)

L'abilità del giovane medico – vorremmo precisare e ribadire: un'abilità che difficilmente si insegna – è consistita semplicemente in questo gesto cartesiano: nel trasformare all'interno del transfert la necessità della giustificata protesta, che poi sarebbe stata sterile, in una possibilità di dubbio, creando la base per una successiva correzione che ha rilanciato il discorso: "Ho detto che non si poteva generalizzare ...". Da questo momento ha inizio la ristrutturazione della soggettività della paziente, la quale può finalmente distaccarsi da quel "tutti" monolitico e opprimente e passare sotto un'altra bandiera e aderire a un'altra logica, quella del "non tutti", forse più adatta alla sua femminilità.

A questo punto il conduttore del gruppo, forse intuendo a naso la bontà del terreno, cerca di far dire qualcosa di più al giovane curante. Forse ha ragionato così: se si presenta così dotato di tempismo e di semplicità, non sarebbe male che il giovane dia alle proprie doti una forma più coltivata, forse anche meno ingenua. Se nel farlo, può insegnare qualcosa al gruppo, tanto meglio.

C. Quando dici che non tutti sono bastardi, dici qualcosa che non ha nulla a che fare col reale; ho l'impressione che questo sia stato per la paziente un intervento tanto più forte, quanto più "oggettivamente" sbagliato. (Chi non è bastardo scagli la prima pietra).

L'insistenza spinta fino alla forzatura è premiata: ecco che si svela la molla segreta che ha spinto il curante a parlare contro ogni probabilità di successo.

M. Più precisamente ho utilizzato una metafora, dicendo che per lei gli uomini sono come le carote: all'esterno sono tutti uguali, ma non si sa, quando si tolgono da terra, se sono buone oppure no. Quello che lei voleva fare era di non togliere più la carota dalla terra; ma le ho detto che forse valeva la pena di continuare (20, p. 60).

Commenta il dott. Hassan nella sua tesi:

L'uso della metafora permette al terapeuta di parlare, realizza un punto di incontro in cui confluiscono e vengono utilizzati elementi del passato della paziente, del presente relazionale di entrambi e del passato del terapeuta (ivi, p. 61).

Detto nella nostra terminologia, la metafora appartiene alla sincronia [9]; instaura e ribadisce il raddoppiamento simbolico di medico e malato. Ma qualcuno ha dei dubbi e un po' ingenuamente non può fare a meno di chiedere: "Come hai fatto a immaginare quella metafora?" La risposta è esemplare: "È un ricordo della mia infanzia, di quando c'erano i campi di carote".

Infatti, la metafora non si immagina; viene al momento

---

[9] Nella grammatica dell'inconscio freudiano la metafora è una Verdichtung (condensazione); fa coesistere due concetti (Begriffe) nella stessa rappresentazione (Vorstellung).

giusto. Nulla di misterioso in tutto ciò: la metafora è qualcosa – un ricordo, una parola, una ricostruzione puntuale, un'interpretazione – che viene al posto di qualcosa d'altro. Può essere qualcosa del medico che viene al posto di qualcosa del paziente, colmando un'amnesia, una lacuna, una domanda rimasta senza risposta. Per questo parliamo di raddoppiamento simbolico dello spazio medico/paziente. Da quella volta i partecipanti del gruppo hanno imparato che la metafora fa parte dell'ordine simbolico, là dove il parlante si raddoppia nel suo ascoltatore. Parafrasando un famoso caso freudiano, potrebbero esprimere il loro nuovo sapere sulla funzione fallica della metafora così: "Tanti uomini, tante carote".

Si apre qui un discorso sul valore catartico della metafora, sulla sua efficacia interpretativa, ben maggiore del parlare in termini scientifici standardizzati, perché basata sulla sorpresa, sull'aggiramento delle difese e sul rilancio metonimico del desiderio. Arriveremmo per questa via a parlare della metafora paterna come fondatrice del desiderio e dello strano modo di soddisfarsi nel nevrotico: mai attraverso il ritrovamento dell'oggetto, più frequentemente (per esempio, quando c'è di mezzo un analista) attraverso il ritrovamento di un senso (ma si veda (38,p. 204)). Ci basta ricordare che

quella volta le carote non fecero la figura dei più famosi cavoli a merenda, se è vero quello che si racconta in giro, e cioè che alla seduta successiva la paziente portò, metaforicamente parlando, dei conigli.

d3) Il focolaio della famiglia

La provocazione psicotica è del tutto diversa. Prende di petto il terapeuta (lo stesso del caso precedente) e gli urla in faccia: "Allora mi vuoi bene o mi vuoi male?" (ivi, p. 87). Cerchiamo di chiarire quale punto vivo tocca il dilemma.

Il giovane curante è un allievo brillante del corso di specialità in Psichiatria alla ricerca di un suo stile. M. Il motivo per cui ho parlato di questa ragazza, di questo rapporto, è che è un po' l'emblema del tipo di rapporto che cerco di avere in reparto con pazienti di questo tipo. Cerco di essere una presenza, anche se ho il dubbio che sia una presenza un po' imposta, e non so se sia giusto. (ivi, p.88).

Ma ecco lo scivolamento, sulle prime impercettibile. È già tutto lì, in frasi innocenti come: "Emblema del tipo di rapporto ... essere una presenza". È possibile che M.

stia virando dalla ricerca di uno stile personale all'acquisizione di una tecnica standard, una professionalità, buona per tutti i casi? È difficile esprimere bene in che cosa consista il passaggio senza farsi sfuggire il punto della questione, che è particolarmente sottile.

M. ha dimostrato di avere un suo stile statu nascenti, quando ha saputo introdurre la metafora che mancava al discorso della paziente. In quel momento ha dimostrato di saper recepire una domanda - "Anche tu menti come tutti?" - cogliendone a pieno la specificità isterica e rispondendo "altro" in base alla sua esperienza infantile.

Attualmente M. ha un ruolo più definito: lavora in reparto, ha delle responsabilità, deve accogliere i pazienti, deve risponderne, deve tenere i collegamenti con superiori e subalterni. Il mondo delle carote è lontano. È come se M. si fosse detto: "Basta con la poesia; adesso bisogna lavorare". Infatti, ecco il lavoro.

M. Quando la paziente è arrivata in reparto mi è stato detto di provarle la pressione e lei ha avuto una reazione molto brusca. Mi ha urlato di andarmene dicendo: "Voi non sapete chi sono io". Mi sono reso conto che non voleva essere toccata; c'era un problema di manipolazione di cui non ero stato informato (ivi, p. 88).

È questo secondo noi il momento in cui la tecnica inizia a prevalere sullo stile. Lo si può vedere bene da come i problemi di manipolazione prendono il sopravvento su i problemi posti dalla domanda. La domanda, anzi l'urlo, della paziente non viene accolta per quanto ha di specifico. "Non toccatemi!" oppure "Voi non sapete chi sono io" perdono ogni connotazione di seduzione ("Vuoi toccarmi?") o di messa alla prova del sapere ("Vuoi saperlo?"). Tutto si riduce a un piatto: "Manteniamo le distanze", qui in reparto come in autobus. M. non è più in grado di far risuonare certe sue valenze personali; è diventato sordo (si può non diventarlo nella routine?); cerca un atteggiamento comme il faut ("cerco di essere una presenza") buono per tutte le occasioni e sostenibile col minimo sforzo, indipendentemente dalle richieste particolari. M. cerca una tecnica.

Il microambiente culturale in cui M operava a quel tempo favoriva questa riduzione. Girava allora per il reparto un libro molto discusso, anche per il suo prezzo spropositato, in cui c'era "tutto quello che lo psicoterapeuta deve sapere". Inoltre erano molto frequentati i seminari e le conferenze di uno psicoanalista il cui slogan: "Una tecnica senza teorie", ha affascinato generazioni di giovani medici e psicologi in cerca di autorizzazioni a esercitare la

psicoterapia; non è difficile apprendere una tecnica senza teoria, perché non si richiede di pensare. Erano in molti i medici sensibili alle influenze fenomenologiche della Daseinanalyse o analisi della presenza esistenziale, che "si pone per principio al di fuori di ogni preliminare teoria" (6 p.11). Questi vari umori culturali si componevano tra di loro in una sintesi eclettica, orientata in senso pratico, che non disdegnava neppure un po' di freudismo ("avvicinare i nevrotici senza idee preconconcette"), nella versione cosiddetta psicodinamica.

Certo, tutto questo va bene. La tecnica è una buona cosa. La tecnica ci vuole per lavorare bene. La tecnica è per il bene del paziente e per la sua cura. La tecnica serve. Serve soprattutto a imbrigliare l'emotività del medico, che è il principale ostacolo alla cura psichica. Ben vengano allora le tecniche sintattiche alla Lai per l'individuazione del tema patologico a partire dalle prime parole del paziente. Ben vengano le raccomandazioni daseinanalitiche di "essere nel mondo col paziente". Come accostare il malato rinunciando a queste attrezzature, che in ogni caso garantiscono un lavoro onesto?

Non si tratta, ovviamente, di rinunciare a delle tecniche. Si tratta di saperle mettere da parte al momento giusto, quando il messaggio non verbale scuote il tuo mondo

immaginario o quando il messaggio verbale ti interpella proprio così: "Allora mi vuoi bene o mi vuoi male?". A questo punto le tecniche psicoterapeutiche non bastano più. Bisogna inventare qualcosa di nuovo. Forse M. si ricorda ancora delle sue carote e la domanda gli risuona, al di là del bene e del male: "Allora mi vuoi o non mi vuoi?", meno manichea, più familiare. Racconta M.:

Aveva in progetto di uscire a mangiare con i suoi e mi ha detto: "Ho bisogno di trovare il focolaio della mia famiglia". Mi ha confermato il termine anche dopo che le ho fatto notare che il focolaio è collegabile alla polmonite e alla guerriglia (20,p.87).

Cosa c'è di più terapeutico in una crisi psicotica acuta di ritrovare il bandolo di un desiderio conflittuale, nevrotico? Il desiderio, "malattia normale" dell'essere parlante, quando si riesca a rintracciarlo e a farlo rientrare almeno parzialmente entro i confini dell'Io, il desiderio è la vera "malattia curante" della psicosi. M. sembra che sia riuscito in extremis a rintracciare questo focolaio di "malattia terapeutica", sotto forma di desiderio della famiglia: "Loro mi vogliono? Io voglio loro?" Finalmente un po' di guerriglia!

M. non gioca più ai soldatini, ma film di guerra ne vede



ancora. Nel suo caso è riuscito a travasarne tutta la suspense.

d4) Un viaggio inutile

A volte il microevento sovversivo non scatta. È il caso di questo psicotico, che "aveva chiesto l'immortalità e l'aveva ottenuta, ma anche questa era troppo grande e c'era da temere" (ivi, p. 79). A giustificazione del terapeuta va detto che in lui ha funzionato una sorta di rinnegamento della diagnosi (Freud direbbe Verleugnung) a fini terapeutici: il paziente diagnosticato come psicotico viene trattato come nevrotico, di cui si vuole rafforzare l'Io [10].

Il caso dimostra con chiarezza che la diagnosi clinica è il momento cardine di quel che abbiamo chiamato raddoppiamento simbolico per indicare il momento in cui avviene il riconoscimento della sofferenza del paziente attraverso la corrispondente sofferenza del medico. Non fare avvenire tale riconoscimento, o semplicemente svalutarne la portata attraverso circonlocuzioni del tipo "i cosiddetti psicotici ..." o "i cosiddetti nevrotici", per

---

[10] L'errore è il portato dell'instirpabile accanimento terapeutico. Esiste anche l'errore simmetrico: il misconoscimento dell'isteria maschile, regolarmente etichettata come psicosi dissociativa e curata come tale.

non parlare dei cosiddetti borderline, vera spazzatura diagnostica, porta alla perversione del rapporto medico/paziente. Il paziente è alla mercé di un medico che gli impedisce sistematicamente l'accesso alla propria soggettività malata e in alcuni casi al proprio godimento. A volte un insano voler curare a tutti i costi trova nel misconoscimento della diagnosi la sua molla inesaurita. Ne risulta impedita la pacificante possibilità di "essere per la morte", come si riscontra di frequente in clinica oncologica. In Psichiatria l'urgenza diagnostica si dimostra una volta di più intimamente legata alla necessità di riconoscere in tutte le sue pieghe la patologia di cui, come medici, siamo portatori. Dice il curante F.:

Si era discusso insieme se era utile per lui imbarcarsi per un viaggio. Ha deciso di partire e dopo quindici giorni ha sballato, ha cominciato a vedere Arlecchino e Pulci nella, che s'infilavano sotto la porta della sua cabina lo minacciavano di tagliargli il pene (ivi, p.78).

Nel gruppo si configura immediatamente il contesto giudiziario. L'accusato è il curante, che si giustifica:

La partenza era un rischio da correre. Non ho ancora valutato l'esperienza del viaggio; non credo sia stata

del tutto negativa.

Ma qualcuno non si accontenta della giustificazione e insiste nell'accusa, usando argomenti personali:

Io mi sono arrabbiato. Non l'avrei fatto partire in quello stato. Tu dici che non volevi usare il tuo potere; ma non è questo il problema, vista la sua condizione.

Qualcuno esprime dei dubbi, che peraltro dimostrano la povertà della teoria, che permette di formularli:

Io credo che sia impensabile un intervento direttivo che si esprime con la proibizione di partire.

Il conduttore cerca di chiarire le responsabilità del curante, depurandole da componenti persecutorie:

C. F. ha detto che lo stava trattando da nevrotico, misconoscendo la realtà, che è quella di psicotico. La proibizione avrebbe potuto mettere un cuneo nel reale. Il transfert sarebbe diventato sì amore, ma regolato da qualcosa di legale. Nello psicotico si tratta di costruire una paternità, una dipendenza, addirittura di introdurre un desiderio (ivi, p. 80).

Invece cosa produce il viaggio? Riferisce F.:

Mi ha detto che durante il viaggio è stato nutrito con la manna, che è il nettare e il nettare era il seno, e che lui desiderava essere allattato, protetto. Arrivato a... è stato violentato da un nero, che aveva una pistola falsa. Dopo essere stato in ospedale psichiatrico è stato rimandato in Italia (ivi, p. 82).

A chi segue la moda di svalutare la diagnosi e va dicendo in giro che la diagnosi è solo un'etichetta per coprire le angosce dello psichiatra; a chi insiste nel dire che non sempre si può formulare la diagnosi e che prima va seguita l'evoluzione del caso, diciamo: "Eccola, l'evoluzione".

La crisi è durata più del solito; ne è uscito da una settimana e per la prima volta sono riuscito ad affrontare il problema dell'omosessualità. (ivi, p.82).

È chiaro. F. ha svalutato la propria diagnosi sapendo di dover affrontare un problema di omosessualità psicotica e temendo un pericolo.

A questo punto l'accusa a F. viene riformulata più precisamente:

Sembra che ora ci sia qualcosa di cui parlare, perché c'è stato l'atto. Si poteva forse evitare la messa in scena reale e aspettare che venissero fuori da lui queste cose. C'era la possibilità di fargli rivivere anziché vivere; potevi offrirgli il simbolico. (ivi, p. 84).

La pubblica accusa conosce bene la teoria psicoanalitica, che sul punto è precisa: la resistenza del curante a riconoscere le pulsioni del paziente produce l'acting out. Insomma, il microevento c'è stato ma, non essendo avvenuto dentro al discorso del paziente, non è stato sovversivo. Non essendo cambiato discorso, per il paziente non è cambiato nulla; deve ricominciare la terapia da capo.

Ci limiteremo a un'unica osservazione. È impossibile prevenire tutti gli acting out. È però possibile imparare qualcosa da essi, a patto di prenderli come spunto per rivedere le proprie posizioni e le proprie teorie. La posizione nei confronti della diagnosi è fondamentale per lo psichiatra. Uno psichiatra che svaluti la diagnosi, perché la riduce a mero inquadramento nosografico, nega al proprio paziente il riconoscimento iniziale, non importa se giusto o sbagliato; gli nega un punto di repere, provvisorio ma sicuro, nel mondo enigmatico dell'Altro e di quel che l'Altro vuole da lui; gli nega un momento di cura.

La revisione teorica è altrettanto importante. L'attitudine ad affrontarla, se s'incappa nell'errore terapeutico, è l'indice più sicuro di una buona formazione psichiatrica. In questo caso la teoria da "revisionare" è quella dell'onnipotenza dei pensieri. Finché non si precisa

di chi sono questi fantomatici pensieri onnipotenti, la teoria resta fundamentalmente ambigua, buona tutt'al più per camuffare le resistenze del curante, permettendogli di scambiare un'organizzazione omosessuale con il cosiddetto Sé grandioso (26).

Abbiamo sentito dire dal paziente che "aveva chiesto l'immortalità e l'aveva ottenuta, ma anche questa era troppo grande e c'era da temere". Ci domandiamo: chi è allora onnipotente? Il suggerimento del caso è: non il soggetto ma l'altro.

#### d5) Accoppiamenti giudiziosi

Bisogna riconoscere che, seppure in ritardo, un microcambiamento si produsse nel discorso del curante. In una delle volte successive F. ci propose un suo caso esordendo così:

Potrei parlare del fallimento di un caso, perché la paziente ha abbandonato la terapia. Adesso il mio giudizio è che non c'era nessuna motivazione alla terapia da parte sua, ma mi chiedo quanto abbia giocato qualcosa di mio (20, p. 99).

Nonostante sia ancora invischiato in un linguaggio da

ricerca di mercato, F. sembra disposto alla revisione critica. In particolare, sembra accettare il "fallimento" della psicoterapia e l'ovvia ma benefica conseguenza che non tutti sono "motivati" a farsi curare. La revisione delle proprie posizioni parte da lontano e mette in discussione scelte professionali.

È una paziente che seguo da mutualista; mi pongo il problema di quanto sia possibile in pratica questo abbinamento (con dubbi sulle opzioni teoriche circa il desiderio dell'altro, equiparato a resistenza). Il problema su cui m'interrogo è quale sia l'importanza dell'opposizione dell'altro, del marito nel caso, per poter continuare la terapia.

Risponde F. Chiamiamo così una delle partecipanti occasionali al gruppo, anch'essa con esperienza di ambulatorio mutualistico alle spalle, la quale tra lo stupore di tutti comincia a raccontare:

F. Io ho avuto un caso molto simile, però il rapporto non è stato un fallimento. Anzi, continua proprio perché il marito glielo proibisce. La paziente s'immedesima in me e cori me si è creato un circolo chiuso da cui io stessa non posso più uscire. Il marito ha posto l'aut-aut: o me o lei e adesso è in rotta con lui. Era nato come un rapporto dovuto a dei problemi organici, poi è continuato perché mi ha parlato dei suoi problemi di assoggettamento al marito. Adesso dice di essere cambiata, di essere stata

suggestionata e di poter cambiare. Dice di non amare più quella persona e di essere solo assoggettata. Lui afferma di averne fatto una "signora", ma lei ora cerca qualcuno che l'ami così com'è. È passata da essere innamorata dell'amore a essere innamorata di qualcuno che l'apprezzi per come è. A questo punto mi trovo in una situazione di colpa e mi voglio ritirare. Non mi ritengo artefice del cambiamento della paziente e mi voglio ritirare. (ivi, p. 98 e 100).

La lunga citazione del caso non è stata fatta per dimostrare che il triangolo, di cui questi giovani medici riferiscono le proprietà edipiche, fa parte della loro geometria soggettiva. L'ipotesi è credibile, ma il materiale a disposizione, anche se non la confuta, non permette di sostenerla pienamente. Tuttavia qualcosa si può dire. Ci prova F', che pretende di avere una buona conoscenza delle donne:

Queste storie mi ricordano tante storie di donne, che per lasciare il marito cercano un altro uomo; mi sembra che nei vostri confronti ci sia sì una domanda di sostegno, ma anche una richiesta erotica. Infatti vi hanno fatto odiare il marito. Mi sembra però che in voi ci sia il timore che avvenga una rottura: se lascia il marito allora sta con me. Questo vi ha fatto abbandonare il rapporto. (ivi, p. 102).

La perspicuità dell'analisi psicologica non deve farci perdere di vista le considerazioni di struttura. Siamo infatti di fronte a una serie articolata di accoppiamenti:



F e F', paziente-1 e paziente-2, medicina organica e non organica, Galeno e Ippocrate. Ormai rotti alla dialettica del raddoppiamento simbolico, possiamo dire che le prime due coppie provengono dal riassortimento delle vecchie due (F,P) e (F', P') e propongono una serie di problemi destinati a rimanere non trattati, pur essendo fondamentali in un gruppo di discussione di casi clinici: come parlare di un caso? che rapporto c'è tra il discorso tra medici (F, F'), tra il loro legame sociale professionale e il discorso tra medici e pazienti (F,P)? Come registrare i risultati di queste interazioni discorsive? Le risposte esplicite a questi interrogativi sono mancate. In compenso le risposte implicite, tutte derivanti dall'equazione: un caso = una o più congetture, hanno costituito il nerbo del nostro lavoro, documentato da questa tesi di specialità e dalle tesi di laurea che l'hanno preceduta.

Invece le due ultime coppie rappresentano l'onnipresente e salutare divisione interna a ogni atto clinico psichiatrico, che riflette la divisione delle pazienti tra marito e medico e dei medici stessi tra sapere scientifico e sapienziale, tra medicina galenica e ippocratica.

Abbiamo detto divisione salutare e giustifichiamo questo aggettivo mediante il raddoppiamento simbolico: solo conoscendo la propria divisione il medico potrà riconoscere quella del paziente e forse alleviarla.

Il discorso mira a cogliere quanto "giudiziosi" siano questi "accoppiamenti". Infatti, c'è in loro una peculiarità, che solo il paradosso permette di evidenziare a pieno: sono coppie "scoppiate". Infatti, gli elementi di ogni coppia sono tenuti insieme da relazioni di similitudine ( $F=F'$ ) ( $P=P'$ ) e contemporaneamente sono tenuti distinti da relazioni di opposizione:  $F$  fallisce,  $F'$  non fallisce;  $P$  si separa da  $F$ ,  $P'$  non si separa da  $F'$ . Il complesso di queste relazioni di segno opposto introduce nella coppia un aspetto, per non dire addirittura un elemento, terzo, di natura simbolica, legato al destino, alla legge, al padre.

Fallire e separare sono i due verbi in cui più icasticamente si trascrive il raddoppiamento simbolico. Fallire è del curante come separare è del paziente. L'elemento terzo che si sostiene sul fallimento e sulla separazione è la funzione fallica introdotta dalla legge del padre. "Tu non sei al servizio sessuale di tua madre". È così che per la bambina la separazione si sospende al filo del fallimento. È un rischio che non tutte le donne si permettono di correre, perché si tratta della castrazione.

Queste considerazioni strutturali mettono in luce un piccolo segreto biografico, che altrimenti passerebbe

inosservato. F e F' ci riferiscono che le due donne arrivano al matrimonio vergini. Da qui la necessità di un terzo – il curante – che, a posteriori e simbolicamente, compia il rito di passaggio da bambina a donna, una volta di competenza del "signore", che godeva dello ius primae noctis. Ma i due curanti sembrano misconoscere le conseguenze di questo passaggio di stato civile. Il punto problematico per loro, come per tutti, è che si tratta di un passaggio che deve avvenire "in perdita": la bambina diventa donna se perde qualcosa di fallico. Non è facile rendersi conto che, se il passaggio non avviene, la bambina o ritorna indietro ad antiche posizioni libidiche verso la madre o si organizza in senso aggressivo o rivendicativo intorno a discorsi del tipo: "Se non ho perso niente, vuol dire che non ho niente. Quindi sono castrata".

Dobbiamo concludere che il raddoppiamento simbolico della castrazione – il raddoppiamento per eccellenza – non ha funzionato nei due terapeuti. Eppure è evidente a tutti, tranne che a loro, quale patologia li legghi alle loro pazienti. È vero, non è una malattia descritta nei trattati, ma le canzoni popolari non parlano d'altro. Il conduttore ha proposto una definizione di compromesso tra il sapere accademico e la verità corrente: si tratta in

effetti della patologia del primo amore.

Nel prossimo paragrafo vediamo come si struttura.

e) L'organo, il narcisismo e il discorso

In fatto d'organi è come per il governo della città: ognuno ha da dire la sua. Per poter costruire i propri sintomi, e quindi per poter godere, l'isterica l'organo lo preferisce "compiacente" (14), cioè "che venga incontro", come dice il tedesco (entgegenkommen). Il senso comune non pretende nulla di meno, quando richiede per l'accoppiamento un organo ad hoc. Ovviamente le difficoltà cominciano quando, proprio nell'accoppiamento, gli organi diventano due; si accrescono se sono due e uguali; diventano pressoché insuperabili se sono due, uguali e vacillanti, come quasi sempre è in quel l'accoppiamento narcisistico che porta il nome erroneo di "primo amore", più esattamente definito da Balint "amore primario".

Tra narcisismo e organo intercorrono rapporti ambigui, che il gruppo ha cercato di chiarire. La patologia del primo amore è andata via via configurandosi come la contropartita immaginaria di una patologia organica, simboleggiata dalla perdita della verginità. Una deliziosa

strofetta milanese su "la gioventù, la mamma e il primo amore" (che continua così: "la gioventù passa, la mamma muore; te resti com un pirla al primo amore") suggerisce gli spostamenti da effettuare. Il primo amore è in effetti il secondo e viene a riparare agli effetti della perdita dell'organo materno, quel "pirlla", che il dialetto milanese connota affettuosamente come "idiota" e "imbecille", ma è il fallo, rappresentante universale del desiderio. Il discorso del marito si traduce allora così: "(Non) hai perso qualcosa per me, quindi ti amo". Il discorso della moglie analogamente: "(Non) ho perso qualcosa per te, quindi amo un altro". (Il "non" entro parentesi perché la negazione nell'inconscio freudiano non esiste).

Si vede qui, quasi allo stato nascente, come nella coppia organo/narcisismo si introduca un elemento terzo: il discorso. Queste vicende dell'io, del tu e dell'organo sono vicende dette, a volte anche in rima. Entrano in un discorso che li precede e da allora cambiano di portata: l'io non è più l'esatto complementare del tu; l'organo maschile di quello femminile; il vero del falso.

È questa la caratteristica fondamentale dell'umano accoppiarsi, che contraddice palesemente il buon senso e che lo psichiatra è tenuto a conoscere bene. Infatti, per gli esseri parlanti gli accoppiamenti – e allo stesso

titolo anche i divorzi – non possono essere altro che giudiziari, cioè gaddianamente, fondati su discorsi talvolta contraddittori. Dobbiamo renderci conto allora che il buon senso fondato sull'organo ne risulta doppiamente scosso; una prima volta perché il discorso non è l'organo. al cui buon funzionamento si possa demandare l'accoppiamento. Una seconda volta perché, sloggiato l'organo, a cui il maschietto tiene tanto, il posto lasciato vuoto non rimane definitivamente vuoto; non rimane neppure come calco negativo, che potrebbe servire al riempimento narcisistico, ma si riassorbe e si perde una volta per tutte nelle pieghe e nella circolarità del discorso. Ormai, dacché gli uomini parlano e la parola li ha fatti uomini, il formarsi e lo sciogliersi dei legami sociali non è più guidato da immagini istintuali ben formate, nel senso dell'etologia, né è realizzato da organi funzionanti in modo specifico, nel senso della fisiologia, ma è effetto e parte (in causa) dei loro discorsi.

Allora una conclusione particolare s'impone. Il microevento sovversivo che si registra nella seduta appena commentata è quello conclusivo di un anno di "formazione", che riguarda sincronicamente i partecipanti al gruppo di discussione clinica e i loro discorsi.

Riguarda i partecipanti in quanto hanno dovuto rivedere per ben due volte le proprie posizioni nei confronti del narcisismo: una prima volta in rapporto alla patologia di cui il narcisismo può essere portatore, per es. fin dentro all'innamoramento e alla relazione di cura; una seconda volta nei confronti dell'ultima roccaforte narcisistica: l'organo del rapporto sicuro, completo e soddisfacente.

Ma il cambiamento è essenzialmente un cambiamento di discorso. Lo si vede chiaramente nel momento finale in cui al discorso vien meno ogni fondamento "organico". Gli abbozzi di discorso che emergono potranno domani meglio organizzarsi intorno a questa mancanza di fondamento. Chi è più avanti in questa costruzione propone teorie in cui sia l'organo sia il narcisismo si frammentano in oggetti parziali, che sono quanto di simbolico aderisce al reale, cioè dei sembianti. Per ora, parafrasando un vecchio detto fisiocratico ("la funzione sviluppa l'organo") si potrebbe riassumere così il nuovo discorso, che ha guidato i giovani medici nei primi passi della loro formazione: il discorso supplisce l'organo. Ora tutti sanno che una supplenza lascia a desiderare. Ma che farsene di questo desiderio? Dopo Hegel, alla fine delle sue pagine che descrivono lo scontro appassionante tra servo e padrone, il desiderio emerge come desiderio di essere riconosciuto dall'altro

(21). Lo sviluppo freudiano concerne la possibilità ben più pacifica di utilizzare il desiderio per riconoscere un altro desiderio. Proponiamo allora in conclusione una formula più complessa: il discorso supplisce l'organo, frammenta il narcisismo e riconosce il desiderio.

Arrivati a questo punto, notiamo che il metodo congetturale ci ha permesso di compiere un percorso completo. Siamo partiti dal silenzio che permetteva di apprezzare concretamente la difficoltà di parlare del rapporto sessuale. La tappa successiva è consistita nel registrare i salti e le discontinuità del discorso. Infine oggi possiamo cogliere il raddoppiamento del discorso nei due attori presenti all'intervista clinica: curante e paziente. I passaggi strutturali sono tre. Grado zero: discorso non verbale, muto nel paziente, che gode e soffre nel sintomo, silenzioso nel curante che ascolta; grado uno: diacronia del discorso verbale del paziente che narra il proprio godimento-sofferenza; grado due: sincronia tra discorso verbale e non verbale nell'ascolto del curante che istituisce il riconoscimento del desiderio, mantenendo la divisione tra verbale e non verbale, tra diacronia e sincronia.



Il ciclo a questo punto può ricominciare da capo. Anzi, ripetere più volte l'esperienza della circolarità del discorso può aiutare gli allievi a macinare progressivamente e senza eccessivi traumi il coacervo di saperi di cui sono stati ingozzati ex cathedra durante tutto il percorso formativo.

Si intravede qui la possibilità della fondazione discorsiva della psichiatria. Sarebbe una fondazione intrinseca e quindi raccomandabile dal punto di vista teorico. Infatti, se il discorso psichiatrico si fonda sulla struttura del discorso, allora si fonda in un certo senso su se stesso e non su unità estrinseche, per esempio magistrali e dottrinarie, che non si risolvono al suo interno. Inoltre, dal punto di vista pratico, il grosso vantaggio di partire da un fondamento discorsivo è di unificare le due cliniche: la clinica del malato e la clinica dell'allievo in via di formazione.

In effetti, se abbiamo insistito su questo punto della fondazione è per ora solo a scopo strumentale, in quanto per la via del discorso clinico, fatto in clinica e intorno alla clinica, si ritorna all'esperienza della formazione. Infatti, la conoscenza e lo studio degli effetti del discorso non può essere solo teorica. Gli effetti soggettivi del discorso si studiavano un tempo in

retorica e ognuno sa che la formazione retorica esige un esercizio costante ed elevato. A maggior ragione oggi la formazione psichiatrica, che si esercita su di una gamma di discorsi ben più ampia di quella offerta dalla retorica, rivendica i suoi diritti a essere pratica, cioè governata da quella fondamentale virtù pratica che è la prudenza. Infatti al neofita che affronta lo studio della schiacciante supremazia del discorso sul parlante non si può evitare l'impressione, così familiare ma anche così perturbante, che l'essere parlante sia pericolosamente sospeso tra il tutto del "bla-bla" e il nulla del silenzio senza parole. Questa sensazione va saputa dosare durante la formazione, affinché il giovane psichiatra si assoggetti gradatamente alla condizione di uscita dalla psicosi: accettare, in parole povere, che all'essere manchino garanzie assolute di verità, migliori di quelle che abbiamo già nelle nostre povere parole.

UNA STORIA CHE FA ACQUA

a) L'ascolto visivo

Seguire un paziente attraverso la sua espressione grafica pone qualche problema in più rispetto ai colloqui in senso stretto; per esempio, richiede una conoscenza dei materiali da disegno, delle tecniche di manipolazione dei colori e dei principali criteri di composizione. Tuttavia offre una possibilità eccezionale dal punto di vista didattico, perché permette anche al principiante di riconoscere la necessità strutturale del silenzio che cura.

Di fronte al foglio o alla tela, con matite o colori, il paziente si trova "costretto" dalla possibilità di disegnare qualunque cosa. La costrizione è paradossale perché proviene dal permesso. Ma il permesso proviene dal curante e inesorabilmente si concreta nell'incertezza angosciata del desiderio dell'altro: "Cosa vuole che faccia? Proprio tutto?" Il tempo per passare da "qualunque cosa" a "una cosa qualunque" è il tempo di latenza. Esso ha un valore pratico speciale perché è il tempo per comprendere che mettere in atto tutto contemporaneamente è impossibile; la sincronia non si dà senza il filtraggio della diacronia; è sempre necessario - e su questa

necessità poggiano tutte le grandi filosofie del logos – far passare la sincronia del registro simbolico per le forche caudine della significazione sequenziale. Lo psicotico, che non ha significanti privilegiati da mettere in fila, si butta nell'esecuzione. Il nevrotico, invece, che subisce la soggezione di certi significanti paterni, che gli significano la Legge, richiede un tempo in più, il tempo di chiedere il permesso all'Altro della Legge e della Verità: "Posso?". L'inibizione si radica lì.

È bene che il curante non risponda e attenda, dopo il primo invito, la mossa del paziente. Avrà allora tempo per cogliere una transizione, un microevento sovversivo, anche in se stesso. Infatti, quando il paziente ha preso animo e si è lanciato nel vuoto del foglio e nel pieno dei materiali il silenzio del terapeuta, che lo voglia o no, cambia. Mentre il paziente fa la spola tra il mondo continuo e ricettivo del foglio e l'alfabeto discontinuo e apparentemente incoerente dei materiali, mentre tesse un ordito di segni e una trama di parole, il terapeuta è "costretto" a mantenere un tipo di silenzio, che non metaforicamente si può definire come "ascolto visivo" (10). Sul curante agisce adesso una costrizione parallela a quella che opera sul paziente. Deriva anch'essa dalla difficile transizione dalla sincronia alla diacronia

e produce la divisione del soggetto. Come il paziente è diviso tra quel che fa, che sa, e quel che avrà fatto, che non sa ancora, il semplice fatto di seguire sincronicamente con gli occhi una linea di colore e con le orecchie un commento verbale instaura nel curante una

spaccatura tra due componenti percettive, la quale può essere riempita solo dalla cosiddetta "attenzione ugualmente sospesa" (15), cioè da un'attenzione imparzialmente divisa tra i due canali percettivi, senza dare prevalenza all'uno o all'altro. Il silenzio del curante viene di conseguenza e non è artificioso.

Infatti, mentre il paziente imbastisce la sua costruzione grafico-fonetica, il curante, occupato com'è a far fronte alla propria divisione, non ha molte possibilità di parola, né di giudizio né, al limite, di lettura. L'aspetto istruttivo, e persino formativo, dell'esperienza di ascolto visivo è duplice: riguarda sia l'instaurarsi di tale ascolto sia il suo superamento. Quando l'ascolto visivo è in vigore, mette in corrispondenza la divisione del curante a quella omologa che opera nel paziente. Da una parte è divisione del soggetto della conoscenza, che non può né privilegiare la conoscenza visiva o quella uditiva né operare una sintesi tra le due. Dall'altra è la divisione del soggetto del desiderio, che si esprime bene nella

contrapposizione tra lettura e scrittura. "Posso scrivere e disegnare di tutto" si contrappone a "chissà cosa capirà l'altro?"; "capirà tutto o solo questo o invece quest'altro?" Su entrambi i versanti della coppia curante-paziente, un "tutto" è costretto a diventare "non tutto", come quelle famose carote di cui sopra (v. p. 102).

Le considerazioni sulla lettura aprono il discorso sul secondo aspetto formativo, quello collegato alla sospensione dell'ascolto visivo. Solo adesso, e dopo un'adeguata incubazione, la lettura del terapeuta può intervenire per cogliere nella produzione grezza le emergenze dei significanti, metterle in relazione tra di loro, individuare i percorsi e i luoghi specifici della soggettività del paziente: possono essere linee che diventano lettere, configurazioni che si ripetono, combinazioni che producono senso; ma possono essere anche contraddizioni, incongruenze, fallimenti e in genere tutte le figure del non senso, che insieme alle precedenti concorrono a configurare lo stile espressivo del paziente.

La paziente lettura e rilettura del materiale grafico e fonetico è condizione necessaria per accedere al terzo momento della comprensione del paziente: l'analisi del fantasma. Nel caso di Gigia, che commentiamo a partire dalla tesi di laurea della dott.ssa F. Bolzani (7),

questa fase è solo abbozzata, ma il movimento preliminare per arrivarvi si può ragionevolmente ritenere un'esperienza di formazione psichiatrica.

b) Leggere è trascrivere

Citiamo da (7, p. 155).

La lettura del testo di Gigia P. si è rivelata una vera e propria trascrizione. Tale trascrizione si riferisce ai significanti evidenziati nella sua grafia. La nostra attenzione si è rivolta verso quelle insistenze o ripetizioni, che marcavano un tratto significativo in modo privilegiato.

Non potendo far fare al lettore l'esperienza diretta dell'ascolto visivo, gliene forniamo un pallido surrogato invitandolo a seguire tutte le conseguenze della tesi che "leggere è trascrivere". Lo invitiamo in particolare a osservare che i momenti di trascrizione dell'enunciato di Gigia – e sono tanti: nella sua voce, nel foglio da disegno, nel testo di una tesi di laurea, tra le pagine di questa tesi di specialità – sono anche i momenti in cui è avvenuta una lettura trascrivente. Il nostro lettore può partire dalla propria attuale esperienza di lettura di questa tesi per convincersi in pratica che anche la propria

lettura è una trascrizione.

Infatti, come le precedenti, anche il lettore di questa tesi introdurrà, quindi scriverà, una punteggiatura fatta di segni che non si leggono ma che danno il senso alla lettura. Senza arrivare al parossismo del matematico che col suo sistema di parentesi vuol imporre allo scritto una lettura univoca, il lettore/trascrittore di un testo clinico può seguire le variazioni di senso attraverso le variazioni di punteggiatura e può addirittura enumerare tutti i significati possibili passando in rassegna le possibili configurazioni della punteggiatura. "Ibis, redibis non, morieris in bello", fa dipendere il significato dell'oracolo dalla posizione della virgola prima o dopo la negazione.

Una funzione speciale assume in questo contesto lo stacco tra i significanti, lo spazio vuoto, la punteggiatura che si legge, come silenzio, ma non si scrive. Ritroviamo infatti nello spazio vuoto, di tardiva acquisizione nelle scritture fonetiche greche e latine, il corrispondente strutturale del momento non verbale insito ogni linguaggio, il silenzio che fa seguito al grido, dimostrando di costituirlo, precedendolo di principio (non esisterebbe il grido se il silenzio non l'interrompesse) se non di fatto.



La presenza di materiale pittorico impone ulteriori problemi di lettura e trascrizione. Se per la lettura del significante verbale, che come insegna Saussure (40) è lineare (monodimensionale), basta un sistema di punteggiatura, che introduca rapporti di dipendenza gerarchica, di precedenza, di unione e di separazione, la lettura del significante pittorico, che è bidimensionale, dipende innanzitutto da una geometria, cioè da una concezione dello spazio in cui il significante pittorico è immerso. Sono perciò da prevedere:

- una classificazione degli elementi che compongono il significante pittorico: le linee, i punti e i colori;
- una grammatica che prescriva i modi in cui gli elementi si articolano per formare altre linee, altri punti e altri colori, permettendo di intuire piani, volumi, forme.

Infine, avendo a disposizione due testi, uno verbale e l'altro grafico, bisogna pure disporre di strumenti di confronto per realizzare una lettura comparata. Anch'essi sono strumenti di trascrizione. Di questi utilizzeremo prevalentemente quelli che Freud propone per l'analisi della messa in scena del sogno: la condensazione (Verdichtung, già utilizzata per interpretare la metafora, vedi nota 9) e lo spostamento (Verschiebung), che è lo

strumento di lettura in senso proprio in quanto permette di passare da un significante a quello vicino [11]. Questi strumenti permettono di considerare il disegno come spostamento. Essi permettono di considerare il disegno come un rebus e di risolverlo come tale, come già proposto da Freud nella sua Interpretazione dei sogni. Lo dimostreremo di volta in volta trascrivendo il detto nel disegno e il disegno nel detto. Leggiamo allora la domanda di Gigia.

Gigia chiede sussurrando un colore NEUTRO, stabilendo con lo sguardo una sorte di complicità (7, p. 158).

Notiamo innanzitutto che il modo di disegnare di Gigia è di tipo grafico: prevale la linea sulla campitura e la combinazione dei colori. Ecco allora una prima corrispondenza tra fonemi (N-E-U-T-R-O) e grafemi: come nella domanda veniva richiesto un colore neutro, così nel disegno vi si trova neutralizzato il colore in quanto tale. I colori non entrano in rapporto tra di loro, non rappresentano un rapporto, si confondono nel grigio. Un errore di stampa sul suo biglietto da visita: G(R)IGIA P. Notiamo in secondo luogo che i grafemi del disegno di Gigia sono di due tipi: o linee flessuose che raramente si

---

[11] Mettendo in gioco relazioni di vicinanza (metonimiche) e di lontananza (metaforiche), l'operazione di lettura-trascrizione introduce nel testo una struttura di spazio topologico, trattabile con una matematica opportuna.

sovrappongono o successioni di segmenti di retta, paralleli l'uno all'altro. Le prime formano porte moresche, farfalle, varianti liberty delle lettere dell'alfabeto; le seconde sbarre, cerniere lampo, nervature di foglie. I due tipi di grafemi raramente interferiscono tra di loro; occupano spazi diversi del foglio e sembrano appartenere a disegni diversi. All'interno dei due tipi i grafemi elementari si articolano tra di loro attraverso punti angolosi, che sembrano testimoniare una difficoltà, una spigolosità, specifica del caso.

Nel primo disegno le linee sinuose assomigliano a delle S o a delle G maiuscole allungate o alle loro immagini speculari (contro-S e contro-G). Sembrano confluire in zone privilegiate del foglio per formare punti di domanda (NEUTRO?) o padiglioni auricolari (MI ASCOLTI?). In un certo punto una G e una contro-G molto allungate si accoppiano per gli estremi e disegnano qualcosa che assomiglia alla toppa di una chiave, a una porta turchesca o a un asso di picche o di cuori. Il nuovo biglietto da visita corregge il precedente e ci presenta una **GIGIA P.** Il disegno è completato da due successioni parzialmente sovrapposte di aste verticali parallele tra di loro (CERNIERA? DENTATURA?).

Alla fine del disegno propriamente detto Gigia si dedica

a quella che lei chiama "analisi": il disegno di numeri. Leggiamo 999 e trascriviamo TRE NOVE, prima stazione di un TRENO, che è partito da NEUTRO e, attraverso un fitto reticolo di scambi anagrammatici, è diretto a VE(NEZIA). Quale interesse spinge 9 a VEIEZIA? 9 è una delle tante cifrazioni dell'iniziale di Gigia, formato minuscolo (g). Allora, dopo aver letto e trascritto, concludiamo: Gigia è TRA G. La lettura trascrivente tocca qualcosa di tragico: "Domani ci sarà un processo, perché è stata offesa la mia dignità di donna". Firmato in basso a destra: g.

Nel disegno successivo (il secondo) le iniziali diventano due, si gonfiano e si contorcono fino a formare due chiavi di violino. Sono G? Sono S? Sono di violino: suono secco. Commento di chi segue Gigia:

La scritta ci suggerisce che il nome è riferito a una domanda, a un punto interrogativo, circa la "casa" o il nome del corpo (della madre?). Tale interrogativo sembra posto anche rispetto alla scelta della prima o seconda G, la G vuota e la G piena, con o senza pancia. (ivi, p. 161).

Gigia sembra obbligata a percorsi chiusi, comandati dai significanti; sembra prigioniera tra sbarre simboli che. In effetti le sbarre sono reali, come la frammentazione di Gigia. Al suo posto, dietro le sbarre c'è VENEZIA. Il

titolo del III disegno è infatti VENEZIA CON LE SBARRE. Le sbarre sono le aste del numero ordinale 3, la radice quadrata di 9 o g? Sono i denti della cerniera STRETTISSIMA del disegno successivo? Non sappiamo, per ora. Non sappiamo neppure cosa ci faccia un SETTE CON LA CORONA. Per ora fa la sua figura.

Ma ecco che ritornano le SBARRE. Questa volta sono CONTRO VENEZIA e sostengono l'accusa, no, sostengono due linee ondulate ascendenti, che si toccano in un punto angoloso, a mo' di capanna.

Gocce di saliva cadute sul foglio vengono incorporate nel disegno; la paziente vi incolla un frammento di carta usato per ovviare all'eccessiva salivazione. La paziente aggiunge che il pezzetto di carta rappresenta la sua lingua bianca (ivi, p. 164).

Siamo arrivati all'autoritratto. Ma Gigia non ce la fa non si riconosce.

All'inizio del ricovero la paziente si toccava spesso il viso con entrambe le mani, dicendo che cercava di risentire il suo corpo e, piangendo, affermava che non avrebbe potuto più sorridere. (...) Ritorna in questo disegno il tema dell'acqua nella saliva, che la paziente afferma essere come il pianto (ivi, p. 166).

Gigia abbandona allora la figura e si esercita a

padroneggiare sempre meglio la sua grammatica espressiva di stampo geometrico-grafico.

Emerge una peculiarità: l'uso di punti angolosi. In analisi matematica i punti angolosi sono punti con derivata doppia, cioè hanno doppia tangente alla curva. Questo giustifica che funzionino sia da scambi sia da saldatori. Infatti, compaiono là dove, per disegnare una foglia o una farfalla o una semiluna, il tratto deve bruscamente cambiare direzione. D'altra parte servono ad accoppiare tratti elementari in modo che resti traccia visibile dell'accoppiamento. La doppia funzione del punto angoloso è evidente nella stessa lettera iniziale minuscola di Gigia. Un punto angoloso salda un tratto rettilineo a un tratto curvilineo: il piede al semicerchio. È significativo che Gigia non disegni mai la G senza deformazioni. Il punto angoloso di questa lettera è accuratamente smussato e fatto scivolare in parti del disegno dove non sia più riconoscibile come tale e assolva ad altre funzioni rappresentative. Ma questo richiede una tecnica, e finalmente a elemento figurativo è assunta la scrittura stessa. Infatti, Gigia afferma che vuole "fermare i pensieri con una scrittura" (ivi, p.169). Forse intendeva con una topologia.

c) Les mots sous les mots

È difficile sfuggire al demone anagrammatico. Non che manchino esempi illustri: Saussure che decifra il nome della grande madre Afrodite nei primi versi del poema di Lucrezio (43) oppure Jakobson che filtra lo spettro di frequenze delle Vedute, l'ultima poesia di Hölderlin, per analizzarne la complessità di partitura (29). Ma questi stessi esempi, inquietanti per il rigore e l'arditezza, potrebbero essere occasioni di giudizio severo per il nostro esercizio molto più modesto.

A nostra difesa abbiamo però degli avvocati. Innanzitutto siamo giustificati dalla coerenza di sviluppo del metodo congetturale. Il metodo anagrammatico, che procede per condensazioni e spostamenti, è infatti l'estrema versione di quel congetturare ancorato al registro simbolico, che nel capitolo Un gioco di mano (p. 41) abbiamo contrapposto al congetturare narcisistico. E poi c'è Gigia: il suo stato di confusione allucinatoria non permette riferimenti sicuri a strutture dell'Io. L'Altro ci viene allora in soccorso con i suoi piccoli frammenti anagrammatici. Il mosaico potrebbe essere sviluppato così.

Nel disegno intitolato il RIBALTAMENTO DELL'ALA TARPATA

è presa in esame la possibilità di tornare, attraverso la castrazione, a un regime "normale" di desiderio. C'è una legge simbolica che stabilisce l'impossibilità di ribaltare l'ALA (infatti, il diritto si legge anche a rovescio, essendo palindromo). Allora, affinché il rovesciamento costitutivo del desiderio abbia luogo, occorre che la "cosa" sia TARPATA, cioè dal latino EXTIRPATA. Di quale origine sono qui cancellate le tracce? Dell'origine soggettiva, che d'ora in poi è condannata a ripetersi nel balbettio insensato, nel LA LA?.

Grazie alla cura e nella cura, Gigia comincia a isterizzarsi. Anche il disegno lo testimonia: è ora più ricco di colori e presenta una fantasmagorica struttura azzurra definita OTTO VOLANTE MA ANCHE OMBELICO. Nel numero 8, scritto all'infinito  $\infty$ , troviamo due ali, che potrebbero essere di farfalla. Ma troviamo anche la seconda cifrazione della piccola g: due tondi uniti da un ombelico. Qualcosa sta per nascere. Il disegno 8, infatti, mette a fuoco il tema cartesiano dell'essere che è, se si sa come farlo essere: "Se mi rappresento graficamente, allora sono". Gigia abbozza un'ontologia dell'essere dipendente dal sapere iscritto nel significante. Non procede con



sistematicità, ma individua con sicurezza i tratti principali dell'ontologia del desiderio: essere a metà, essere diviso, essere raddoppiato, essere in debito, forse in credito, mai essere del tutto uno e unificato.

Sono viva a metà, quale metà scegliere? Quella del pagamento. (7, p. 168).

Il discorso di Gigia si iscrive nel suo disegno e soprattutto nei tempi di esecuzione, che ora sono da rammentare. Il percorso del disegno va, infatti, dalla S di sono, definita come "una pancia al sole" a una serie di lettere bicolori, cioè divise, e commentate come "femminilità tagliata dal nero" (ivi, p. 169). Il taglio è ora cicatrizzato. Al posto della ferita c'è una CERNIERA.

Osservando meglio la CERNIERA si vede che le scritte SONO due, incernierate sulla prima O, rappresentata una volta come SOLE e una volta come LUNA. L'essere non solo è diviso ma è anche duplice. Forse così può essere VIVO.

Mentre disegna la parola VIVA afferma che la I è un bruco, che attende di diventare farfalla. (ivi, p.169).

Mediante una notazione a sbarre per rappresentare la divisione/raddoppiamento il discorso potrebbe essere

fissato nei suoi punti fermi così:

SONO	VIVA
_____	_____
SOL E	L'UNA

Il disegno 9 permette a g di contarsi, a partire da un fantasma di gravidanza, che le acque di VENEZIA avevano già ambientato.

Gigia commenta il disegno durante l'esecuzione: "Inizio da una bottiglia con il tappo a mezza luna; dentro ci sono due lune seghettate che si guardano allo specchio; il colore pisellino impedisce alla luna di diventare luna piena e trasforma la bottiglia in castagna. Il fiore rosso attende uno stelo". (ivi, p. 170).

Il microevento sovversivo è stato in questo caso l'aver portato il discorso di Gigia alla trasparenza di se stesso. Adesso quelle acque si sono schiarite: Gigia non ha più bisogno di prendere il treno per dire PARTO. Infatti, sta prendendo il volo. Scrive l'addio dietro il foglio dell'ultimo disegno: FRA FALLA BAGNATA DA TROPPO SPERMA. Si intende FRA FALLA oppure FALLA FRA. Il fantasma urinario

viene opportunamente a coprire la divisione dell'essere sessuato. Ma in qualunque posto la FACCIA rimarranno le tracce spermatiche.

Notiamo, infatti, che nei due ultimi disegni, in particolare nel disegno 10 (il disegno io) gli elementi fondamentali della grammatica grafica di Gigia finalmente interagiscono fra di loro: l'elemento curvo e l'elemento rettilineo prima si combinano nelle LUNE SEGHETTATE e poi addirittura si intersecano nelle decorazioni dell'ALA DELLA FARFALLA, dove forzano tante farfalline stilizzate, che in greco potrebbero leggersi come  $\psi$  (psuché, nel significato originario di "farfalla" [12] e in quello derivato di "anima", tuttavia rimasta in questo caso priva di Eros).

Gigia ha trovato il suo monogramma, un modo sbrigativo di accoppiare le sue iniziali G e P, come sapevamo già. L'accoppiamento non rimarrà sterile ma permetterà alla figlia di "volar via dalla madre".

e) Un caso istruttivo

Per chi scrive il caso di Gigia è particolarmente

---

[12] Non occorre essere freudiani per riconoscere nella farfalla il simbolo della vulva. Prima di Freud ci arrivò il nostro Canova. Che l'anima dell'uomo sia il simbolo dell'organo sessuale femminile spiega molti miti, fino alla passione per la psicoterapia.

sorprendente. La Gigia conosciuta dai disegni è molto diversa da quella conosciuta in reparto durante il ricovero. La storia psicopatologica di Gigia, trascritta in cartella, risulta centrata attorno a un processo giudiziario, che è il nodo finale di un processo reale in cui si intrecciano senza fondersi tre storie: un fidanzamento che si rompe, un documento che viene trafugato e una gravidanza che si interrompe al settimo mese (SETTE SENZA CORONA). L'accertamento delle responsabilità reali e immaginarie, singolari e collettive, di questa vicenda ha costituito il tema dei colloqui col medico che la seguiva durante il ricovero. Il termine cui Gigia arrivò a quel tempo fu che c'erano dei debiti da pagare.

Il debito fa da ponte tra le due trascrizioni: quella clinica in cartella e quella grafica nei disegni. Tutto il resto, che fa la differenza tra le due trascrizioni, che peso ha? Quale delle due è vera? Quale delle due è più attendibile? Il caso di Gigia dimostra con la maggiore chiarezza possibile che, nella sincronia soggettiva, non esiste un'unica storia clinica, un'unica biografia vera e senza lacune, una diacronia definitiva a ratificazione e chiusura del caso. Ogni storia considerata a sé è destinata a "far acqua". Gigia è un fascio di storie e di discorsi. In Gigia si sovrappongono diverse diacronie, di cui i singoli transfert col medico, con l'operatore psichiatrico,

con lo psicoanalista mettono a fuoco una particolare sezione della sua sincronia. Ogni taglio diacronico del fascio discorsivo permette una trascrizione diversa, apre una nuova antologia di congetture e al limite permette ricostruzioni diverse del caso. Detto nella terminologia dei paragrafi precedenti: ogni caso è una serie di raddoppiamenti simbolici differenti da una storia all'altra.

Tutto ciò sembra gettare discredito sul metodo congetturale usato finora, che sembra destinato a cogliere poco o nulla della verità definitiva del caso. Spendiamo due parole in sua difesa.

La prima considerazione è teorica. L'unità del caso, quando esiste, è data dal fantasma, cioè dalla "istituzione di un reale che copre la verità" (32). Il fantasma funziona da nucleo patogeno in senso freudiano: è quell'evento traumatico che si iscrive in negativo nella storia del soggetto, quel corpo estraneo che non ha accesso diretto alla parola e intorno al quale ogni congettura fa corona a rispettosa distanza, fornendone solo un calco.

La seconda considerazione è pratica: le congetture sono e devono essere molteplici, perché solo nella complessità della loro partitura e polifonia, più che mediante l'acuto

di una singola verità, permettono l'esplorazione, diremmo quasi ecografica, della cavità soggettiva. In questo senso Gigia è un buco nell'acqua. È il fallimento della crisi confuso-allucinatoria a totalizzare la complessità di tutte le sue storie soggettive ed è contemporaneamente il loro parziale salvataggio sull'onda del fantasma di Venere (VENEZIA) Anadiomene, che nasce dalla spuma del mare.

L'ascolto congetturale ci ha permesso di cogliere e trascrivere alcune articolazioni dell'SOS soggettivo, l'urgenza di un appello che, se non fosse stato accolto, si sarebbe dissolto per sempre nel mare del non-essere.

IN TEORIA

a) L'analisi della domanda

Concludiamo il nostro lavoro raccogliendo le indicazioni e i spunti emersi. Il riepilogo delle letture e delle esperienze fatte non sarà deliberatamente presentato attraverso una teoria sistematica, neppure in abbozzo. Questa scelta è conforme alla nostra concezione della formazione psichiatrica, che riteniamo tale solo se dialettica. Preferiamo pertanto mantenere il discorso sulla formazione il più possibile aperto a ogni evoluzione dialettica, perché tenga meglio il passo con ciò di cui parla.

Tuttavia si possono fissare alcuni elementi, che concorrono al gioco dialettico. Non vanno trascurati in particolare due classi di fattori: quelli risalenti all'analisi della domanda di formazione e quelli discendenti dall'applicazione del metodo congetturale. L'intreccio dei diversi fattori è molto stretto. In questo paragrafo analizzeremo prevalentemente quelli connessi con la domanda. Nel successivo riprenderemo il discorso dal punto di vista dell'effetto più rilevante dell'applicazione

del metodo congetturale: la supposizione di sapere nell'altro. Trascureremo invece la messa a tema della questione del transfert, soprattutto perché si tratta di una nozione che non è psichiatrica, ma psicanalitica, e che allo psichiatra non è richiesto di saper applicare. Tratteremo del transfert nei suoi momenti iniziale e finale solo per quanto concerne la loro dipendenza dalla congettura. All'interno di questi confini le vicende della dialettica di formazione si possono riassumere così.

Innanzitutto, la domanda di formazione è sempre sovradeterminata.

Se infatti esprime la domanda di accrescere le proprie capacità professionali e d'imparare una tecnica difficilmente trasmissibile, essa esprime allo stesso tempo la domanda di conoscere se stessi, di sapere qualcosa dei desideri inconsci attraverso il sapere dell'altro (del caso, del conduttore del gruppo) senza tuttavia svelare le proprie difese. (20, p. 34).

Chi ha l'interesse e il coraggio di confrontarsi con i problemi della formazione psichiatrica dovrebbe familiarizzarsi con almeno due punti fermi del sapere analitico:

1. il desiderio di sapere non esiste, anche perché l'inconscio sa già quel che la coscienza non vuol sapere



(la curiosità e l'epistemofilia sono derivati di pulsioni scopiche e anali);

2. il transfert inizia col cosiddetto soggetto supposto sapere; il soggetto suppone che l'altro sappia quel che lui stesso non vuol sapere... sapendolo; si chiama proiezione.

Nell'ipotesi ragionevole che la formazione implichi un sapere, il primo punto autorizza a non rispondere alla domanda di formazione, perché chi chiede una formazione psichiatrica chiede altro. A ben riflettere non occorre neppure scomodare la teoria analitica, ma basta solo un po' di buon senso. La domanda di formazione è talmente aspecifica, formulata in piena ignoranza di quel che si intende fare e soprattutto talmente in anticipo sui tempi necessari per formarsi un giudizio, che è pienamente giustificato rilanciare la domanda con un prudente: "Vediamo di che si tratta. È proprio questo che vuoi?".

Tuttavia il buon senso da solo non basta a sostenere a lungo la posizione paradossalmente giusta che la sospensione della risposta permette di individuare. Il buon senso, infatti, arriva prima o poi a contrattare il tipo di formazione richiesta. "Preferisci questo o quest'altro? Cosa dice la maggioranza? Quali sono i bisogni espressi dalla situazione?" Ai mercatini del '68 questi

discorsi si spacciavano per partecipazione. E non si vede che l'allievo riceve la prima formazione nel momento in cui, a partire dalla sua domanda, non ne riceve nessuna che quella domanda occluda. Finché il discorso della propria formazione rimarrà aperto, il giovane medico imparerà a mantenere aperto anche il discorso del suo paziente, a non bloccarlo precipitandosi su di lui con un eccesso di empatia, a non soddisfare le sue richieste affinché ne faccia altre e al tre ancora, alimentando con perizia e sagacia "il vortice del domandare originario".

Un ulteriore parallelismo tra domanda di cura e domanda di formazione sfugge alla maggioranza degli psicoterapeuti, ma non al nostro assioma. Si tratta della semplice osservazione clinica che non esiste desiderio di guarire. "Reazione terapeutica negativa" si suol dire, quando un caso fallisce, magari invocando Freud, ma smussando la punta più scomoda della sentenza, che vuol dire: il terapeuta ha fallito, applicando gli schematismi appresi a scuola; è ora che riveda le proprie posizioni. La revisione che il giovane medico deve prima o poi effettuare è la concezione corrente di malattia mentale. Infatti, si accorgerà ben presto che i sintomi nevrotici non sono solo l'espressione di una sofferenza o l'alterazione di un processo cognitivo, ma sono anche e soprattutto dei

compromessi, che da una parte servono a difendersi dal desiderio inconscio ma dall'altra approntano un compiacente godimento sostitutivo. All'estremo della serie dei compromessi il giovane apprendista troverà infine la processualità psicotica, pura dissoluzione del soggetto e suo abbandono al godimento indicibile dell'altro. Ma in questo campo difficilmente troverà qualcuno disposto ad abbandonare posizioni dottrinarie che ha acquisito per merito suo o di altri.

Lo psichiatra farà bene a tenere presenti queste considerazioni e a moderare le proprie ambizioni di guarire, a spostarle su mete più modeste di cura, o addirittura di semplice trasformazione marginale. A nostro parere lo psichiatra cresciuto in "astinenza" di formazione diretta riuscirà meglio dei colleghi più indottrinati di regole e di prescrizioni a proporsi obiettivi realistici di intervento, senza mai pretendere di scavalcare il diritto all'idiozia e all'idiosincrasia dei propri pazienti.

Chiudiamo questo paragrafo sulla domanda di formazione "senza formazione" con una considerazione di più vasto respiro. La sospensione della risposta di formazione è in un certo senso l'equivalente del dubbio cartesiano. Come tale può essere inserita in una strategia di più vasta

portata e finalizzata al proprio superamento. "Io dubito che tu desideri quello che chiedi" sembra dire il didatta all'allievo, che chiede la formazione; così operando, nel momento in cui gli chiude le porte del sapere conscio, gli apre la porta segreta di quello inconscio. Quasi sempre l'allievo non se ne accorge subito; allora si ribella e continua a ripetere la domanda di "ottenere qualcosa di concreto", finché non intravede una via di uscita. In effetti, la via d'uscita c'è sempre, nascosta da qualche opportuna resistenza. Ma come percorrerla?

Dall'analisi ci viene un utile suggerimento per fissare un importante obiettivo intermedio, anch'esso di stampo cartesiano, raggiunto il quale l'allievo può percorrere il restante pezzo di strada con le proprie gambe. Si tratta di portare l'allievo a riconoscere in ogni circostanza e senza sforzo la divisione tra verità e sapere, che instaurata dal dubbio del maestro, potrà essere riconosciuta nelle mille e mille forme di divisione tra desiderio e domanda, presentate dai casi clinici. In termini più precisi, si tratta di portare l'allievo a distinguere sistematicamente, su di sé, nel discorso del paziente, dei compagni, del gruppo, due dimensioni tra loro ortogonali: la dimensione della domanda, considerata come richiesta d'amore, e la

dimensione del desiderio, considerato come richiesta d'oggetto.

Il punto centrale di questa strategia formativa in assenza di formazione diretta è che, preclusa la possibilità di formazione a partire dalla domanda di formazione, rimangono aperte tutte le altre possibilità connesse con le altre domande. In un certo senso l'allievo impara chiedendo altro. Anche per lui si apre il "vortice del domandare sempre più originario". Al vertice di questo percorso, là dove l'oggetto si annichila e il soggetto svanisce, come Euridice per la seconda volta, la formazione è raggiunta da Orfeo in modo rovesciato rispetto alla conformazione o al conformismo professionale.

In questa ottica il metodo congetturale si presta bene allo scopo perché, non offrendo immediatamente un sapere ready made, apre un momento interlocutorio in cui la verità della domanda può essere messa alla prova. Ciascuna interlocuzione scandisce il tempo per comprendere e percorre con coerenza e assiduità lo spazio delle premesse necessarie per concludere, magari per sopportare una fine non convenzionale o un finale a sorpresa.

b) Il soggetto supposto sapere

Il secondo punto ("il transfert inizia col soggetto supposto sapere") segnala che le operazioni preliminari sono finite: la finzione dell'insegnamento è ben stabilita e dietro il suo paravento avranno agio di svilupparsi tutti i conflitti nevrotici degli allievi. Avevamo premesso che non avremmo fatto una teoria del transfert in condizioni di insegnamento. In effetti, ci basta segnalare la caratteristica inaugurale del transfert, perché è quella al cui superamento è legato il successo della formazione. Intendiamo dire la passività.

L'apprendista ha indossato l'abito della festa ed è andato alla fiera. Si ferma davanti al primo imbonitore e si mette in posizione tra lo scettico e il ricettivo: "TU sai tutto – dice; IO non devo fare niente. Aspetto da te le prove della verità". Questa posizione si chiama tecnicamente "soggetto supposto sapere". Chiariamo i termini di questa locuzione un po' sibillina, coniata da Lacan. A essere supposto non è il sapere, ché sarebbe una supposizione più falsa che falsificabile, ma il soggetto. Si tratta di un soggetto che si mette in rapporto al sapere attraverso una supposizione. È questa una figura fondamentale di ogni dialettica epistemica, che emerge ogni

volta che la verità si nasconde tra le pieghe della verosimiglianza e impone al soggetto il compito, morale prima che cognitivo, di ritrovare la propria certezza, partendo dal dubbio. Abbozzata nella Sofistica, perfezionata nella dialettica della autocoscienza hegeliana, conosce i momenti di maggior mobilità e fluidità in Cartesio e in Freud. Nel primo inaugura il soggetto della scienza; nel secondo il soggetto dell'inconscio. Attraverso il dubbio sistematico, che pone il falso nel verosimile, Cartesio, ci presenta il tratto epistemico fondamentale di questo soggetto: la divisione tra verità e sapere. In Freud il soggetto si conferma come sbarrato dalla rimozione, addirittura primaria (Urverdrängung), cioè precedente ogni rimozione di difesa, la quale segna l'impossibilità logica di totalizzare nella coscienza tutto il sapere.

Il soggetto supposto sapere fissa il tratto fondamentale di ogni soggettività: l'alienazione. Inizialmente il sapere non è presso il soggetto, ma nell'altro. Tuttavia questa è solo una supposizione, non una certezza, perché l'altro, che rimane silenzioso, non conferma né confuta la supposizione. È chiaro, allora, che una sola dialettica è possibile tra il soggetto e l'altro: la dialettica congetturale. Infatti, qualunque altro tipo di operazione

epistemica, dalla trasmissione di tipo accademico di sapere enciclopedico all'imposizione di verità dogmatiche, formattate in qualche dottrina o ideologia, abolisce ogni interazione tra il soggetto e l'altro, e quindi ogni movimento soggettivo. Per contro, il metodo congetturale, sostenendo una finzione di sapere nell'altro, permette al soggetto, che sia allievo o paziente, di ripercorrere alcune tappe della propria dialettica soggettiva, e in particolare alcuni momenti fondamentali di alienazione, superati i quali potrà forse guarire, certamente apprendere.

Ma le cose non vanno così in fretta come si dice. Paradossalmente l'attribuzione del sapere all'altro è un momento di chiusura e di stagnazione della dialettica soggettiva. Ne consegue che a una formazione ben riuscita si richiede proprio l'opposto: la riapertura al sapere che è nel reale e la destituzione di ogni supposizione, generata dalla finzione. Come questo possa avvenire è problematico ma alcune ripercussioni della dialettica soggettiva nei registri simbolico e immaginario possono servire da tracce istruttive per il percorso che il soggetto deve seguire. Prima di affrontare questo argomento faremo un brevissimo ricorso alla clinica, giustificati in ciò dalla analogia tra situazione di cura e di formazione.



Clinicamente l'avvento del soggetto supposto sapere è un momento delicato, perché attraverso la formulazione: "TU sai... che voglio essere amato... che voglio questo... che non voglio quest'altro..." si apre lo scenario fantasmatico. Al didatta è richiesto di mantenere salda la regia, trattenerne i fantasmi sulla scena e impedire che scendano in platea. Come può fare?

È augurabile che chi si interessa di formazione sia stato analizzato a fondo. L'augurio non è certamente una condizione sufficiente, ma che si realizzi è necessario. Infatti, dalla propria esperienza di analisi il didatta può trarre la forza soggettiva per accogliere e sopportare la domanda pretestuosa di sapere, così come un tempo il proprio analista fece nei confronti della sua. È ancora nella propria analisi che il didatta avrà affinato le personali capacità di sostenere la dialettica del desiderio, di coglierne in tempo le ripercussioni edipiche (o di orda primitiva, se il lavoro avviene in gruppo) e di proporre soluzioni di transizione alle aporie della soggettività.

Tuttavia l'analisi non basta per garantire la formazione. Occorre ancora una lunga serie di fattori che vanno dal senso del tempo, che non è tempo cronologico ma epistemico,

all'abilità di dosare l'angoscia, dalla disponibilità a lavorare col proprio essere [13] alla capacità di accogliere qualunque novità, dalla permeabilità del proprio sistema difensivo di fronte a richieste inaudite alla severità per non esaudirne alcuna. In pratica occorre molto esercizio e molta esperienza, come lo stesso materiale presentato in questa tesi ha mostrato.

In ogni caso c'è sempre almeno un'occasione propizia per tentare un rovesciamento di posizioni e realizzare quel che abbiamo definito un microevento sovversivo. La prima di queste occasioni è data proprio dalla supposizione del sapere. Al principiante va insegnato come coglierne il momento in cui prende vita e i momenti successivi in cui si sviluppa, decade e scompare parallelamente nelle due pratiche: la pratica clinica e la pratica formativa.

Dal punto di vista logico la supposizione del sapere è un ragionamento congetturale del tipo: "Tu sai qualcosa che (io non so e che) mi riguarda". A questo livello, che l'Io sappia o no, è poco importante. Più importante, ai fini della continuazione e della continuità del processo congetturale, è che l'Io sia fatto oggetto di qualcosa (un desiderio?) che lo riguarda. La supposizione del sapere fa breccia nelle difese dell'Io che non vuole sapere. Scopre

---

[13] Con la propria mancanza a essere, direbbe Lacan.

una falla attraverso cui potrà passare un discorso nuovo. Tanto basta (o dovrebbe bastare nei casi meno gravi) per impegnare il discente in una logica degli effetti. "Ci sono effetti in me, che mi sfuggono; ci sono effetti nell'altro, come lui saprà certamente". Distingueremo effetti di due tipi: immaginari o narcisistici, simbolici o normativi.

Gli effetti immaginari ruotano attorno al tema della competizione con l'altro. Hegelianamente si può dire che fanno corona alla lotta di puro prestigio. L'altro è supposto possedere qualcosa di mio. È qualcosa per cui ne va del mio prestigio e che io devo strappargli. In effetti l'altro è supposto sapere come riconoscermi uomo, e in particolare superiore a lui. Ma l'aporia del riconoscimento immaginario è presto evidente. Se l'altro ha il potere di riconoscermi, è già superiore a me e tale rimarrà. Quindi dovrei ucciderlo per essergli definitivamente superiore. Ma se l'uccido non avrò il suo riconoscimento [14].

Il fatto è che a livello immaginario la dialettica tra l'io e l'altro è troppo stretta e quindi sterile. Affinché si articoli maggiormente, occorre che vi si introduca un elemento terzo di natura simbolica, in questo caso l'apparato della finzione epistemica, che dà un po' di

---

[14] La componente rivalitaria innerva anche il rapporto erotico con l'altro, ma nel suo romanzo, dal titolo Fenomenologia dello spirito, Hegel non ne fa menzione.

respiro ai due con tendenti. Dacché esiste un arbitro che garantisce la legalità della lotta o uno spettatore che giudichi la validità dell'esecuzione teatrale, l'Io e l'altro sono autorizzati a dispiegare tutti i mezzi di conquista, ma disinnescati. L'ego e l'alter ego si presentano allora come capofila di una parata i cui toni vanno dalla seduzione all'aggressività con tutte le varianti intermedie. Il riconoscimento è pertanto rimandato e demandato a un altro fuori dalla scena binaria, all'Altro degli effetti simbolici.

Il principiante nuota come un pesce nell'acqua tra gli effetti immaginari, forte com'è della caratteristica fondamentale di ogni narcisismo: la reciprocità. "Se io lo amo, lui mi ama. Se lui mi odia, io lo odio". Questa è la semplice grammatica del congetturare immaginario. È un congetturare consistente, difficile da smontare, perché offre poca presa ad argomentazioni di dissimetria, che introducano un fattore terzo, la legge o la morte. La difficoltà del principiante (ma solo sua?) sta tutta qui: nel risentire troppo il fascino delle proprie identificazioni narcisistiche. Per imparare a staccarsi dai propri investimenti libidici sul paziente o a sopportarne certe dosi di aggressività il principiante deve fare uno

sforzo teorico, cioè deve uscire dalla paranoia spontanea della transitività io-altro e formulare una teoria "scientifica", sottoponibile a conferma o falsificazione. Lo sforzo che non gli si può assolutamente risparmiare è quello che riguarda gli effetti simbolici (o normativi o di verità), di cui tante volte ha già fatto esperienza durante il trattamento del paziente, sotto forma di raddoppiamento del caso dell'altro nel proprio.

c) Un'etimologia

È esperienza clinica che gli effetti immaginari o narcisistici non si sostengono da soli. Sono gli effetti simbolici a scandirne i tempi e le fasi, le attività e le pause. La minaccia o la privazione, la verità o la menzogna, il rifiuto e la maschera, la rinuncia e il desiderio, il nome proprio o comune, di persona o di cosa, sono tessere di una struttura che l'Io non riceve da un Io simile o speculare ma da un Altro simbolico, ben più onnipotente. Come abbiamo sempre fatto finora, dimostriamo che anche in questo caso il discorso sugli effetti simbolici è riconducibile alla struttura della congettura.

A fini di chiarezza anticipiamo la tesi: gli effetti simbolici sono espressioni della dialettica del tutto e

della parte. I corollari che ci interessano sono due. Il primo afferma che ogni congettura è parziale, sia come verità sia come sapere, quindi rientra a pieno titolo nella dialettica degli effetti simbolici [15]. Il secondo riguarda l'esistenza di una congettura iniziale, da cui tale dialettica può prendere le mosse.

Di questa elementare teoria abbiamo finora prevalentemente sviluppato il secondo corollario, mettendo in evidenza il momento cruciale dell'avviamento e verificando che attraverso il duplice movimento della domanda e della supposizione del sapere, si ripropone l'alienazione originaria del soggetto (33, p. 240). Infatti, la domanda si rivolge all'altro della relazione narcisistica, ma si forma nell'Altro della relazione simbolica. Il sapere viene supposto nell'altro con l'a minuscola, ma riguarda l'(in)completezza e l'(in)adeguatezza dell'Altro con l'A maiuscola. In ogni caso la passione dell'Altro, sotto forma d'amore o d'ignoranza e perfino di odio, domina (assoggetta) il soggetto. Abbiamo chiamato alienazione l'effetto del predominio dell'Altro sul soggetto. Nella sua forma più pura si può formulare così: l'Altro parla nel e

---

[15] Sarebbe molto lungo e ci porterebbe fuori tema giustificare quel "quindi". Ricordiamo solo che intorno all'incompletezza del registro simbolico ruotano i teoremi limitativi di Gödel e Tarski, rispettivamente sintattico e semantico, la grammatologia di Derrida e la teoria lacaniana del significante della mancanza dell'Altro.

attraverso il soggetto; quindi se il soggetto parla, è originariamente assoggettato all'Altro.

Sofferamoci ora sul primo corollario, che riguarda più da vicino la struttura dell'ordine simbolico. È un ordine che conosciamo per frammenti. Indipendentemente dalle sue dimensioni, ogni frammento, è parziale. Tale frammento simbolico, che sia puro significante, o congettura, o altra declinazione del sapere: interpretazione, ricostruzione o discorso in generale, presenta una parzialità doppia. Innanzitutto è parziale rispetto all'Altro, perché non lo totalizza, non lo ricapitola, non lo chiude, sotto forma di Altro dell'Altro. In secondo luogo è parziale rispetto a se stesso perché manca della facoltà di rappresentare se stesso, cioè di autoriferirsi. Un esempio: "sedia" non è una sedia, ma neppure il posto dove l'Altro sta comodamente seduto.

Di questa, doppia condizione negativa – non tutto se stesso, non tutto Altro – abbiamo finora messo in evidenza un particolare aspetto, legato alla peculiarità della congettura: non tutto sapere, non tutta verità. Si potrebbe riprendere qui il discorso di Tarski, che, per poter definire coerentemente la verità logica – dopo millenni ancora aristotelica – separa il linguaggio oggetto dal metalinguaggio. Nel primo si costruisce la teoria formale.

Nel secondo si sviluppa la teoria informale della teoria in oggetto. La distinzione è ormai acquisita all'interno non solo della logica ma di ogni scienza naturale, dove non accade mai che il discorso si riferisca a se stesso. Non è questo il caso della malattia mentale, dove l'Altro, che parla nel soggetto, istituisce una sorta di autoriferimento alienante, che la congettura, essendo una divisione tra verità e sapere meno rigida di quella tarskiana, permette di cogliere, seppure parzialmente. Per questo motivo preferiamo illustrare il carattere fondamentale del frammento simbolico, la sua doppia, inesauribile e irriducibile parzialità, attraverso considerazioni storiche e filologiche sul termine "congettura", le quali danno al pensiero congetturale il giusto posto nella cultura occidentale.

Congettura dal latino cum e ijcere, con e gettare cioè gettare insieme, si declina già da subito come conicere sortes, tirare a sorte, che si materializza nel mettere assieme, o allineare, delle tavolette, ma anche gettare i dadi. L'operazione ha una duplice portata: attraverso la serie dell'identico, che in ogni tavoletta si ripete uguale a se stesso, rappresenta al soggetto il destino immutabile cui è vincolato, mentre attraverso la manipolazione di oggetti variabili – dai sassolini del



calcolo alle ossa dell'oracolo – o eventi aleatori, ancora più variabili, che “sortono” dall'urna della fortuna – voli d'uccelli o necroscopie di organi animali – “gettano” davanti agli occhi di tutti e di ciascuno il significato particolare dell'auspicio e del desiderio.

Conicere è la traduzione latina letterale del greco sumballein, da cui deriva il nostro simbolo. È così che attraverso il significante congettura passa nelle lingue neolatine un complesso di significati, che il greco getta insieme. Si tratta delle numerose connotazioni inerenti al registro simbolico: riconoscimento, agnizione (particolarmente difficile quella del gemello), prova, convenzione, patto, segno, paragone, divisione della tessera di riconoscimento, unione di due metà, calcolo, interpretazione, congettura, che attraverso il più tecnico tekmar si raddoppia nella serie formata da fine, limite, termine, meta, nonché pegno, garanzia, controprova, indizio, testimonianza, argomento e infine sintomo (da sunpiptein, cadere o accadere insieme).

Detto in negativo, congettura non è concetto. Infatti, si contrappongono due immagini: da una parte la mano aperta che lancia i dadi (conicere sortes), dall'altra la mano chiusa che se ne impossessa. La prima figura indica l'apertura a ogni eventualità, nella loro infinita variabilità, la seconda la chiusura e il ripiegamento di

ogni possibilità su se stessa. Da qui l'etimologia di concetto, che anche Cicerone avalla nel commento a Zenone, da cum capere, prendere insieme, con prendere; comprendere è figurativamente rappresentato da raccogliere le dita nel pugno. Si comprende per questa via come la prima immagine (la mano aperta) sia l'emblema delle filosofie esistenzialistiche (vedi Heidegger e il suo essere gettato in rapporto a un progetto), mentre la seconda immagine (la mano chiusa) mentre la seconda caratterizza le filosofie idealistiche, dove il sapere si raccoglie in se stesso e si presenta come concettuale. Da una parte si profila un essere che la cui verità si manifesta (verità come aletheia o svelamento) nell'esserci d'ente, dall'altra un essere il cui reale coincide con la propria razionalità concettuale.

#### d) Probabilità e congetture

In campo scientifico la nozione di congettura è ripresa tra il XVII e il XVIII secolo sotto due forme diverse, che dipendono dai due modi di formulare il recente concetto di probabilità. L'alternativa, che divide tuttora gli autori moderni in frequentisti e soggettivisti, riguarda la possibilità di riferire la misura della probabilità esclusivamente a eventi osservabili ripetutamente (frequenze) o anche a ipotesi mentali ed eventi

irripetibili e solo congetturabili. È chiaro per noi l'interesse per questa seconda possibilità, essendo una congettura psicopatologica più vicina all'esperimento mentale che alla serie di lanci di una moneta. Premettiamo però alla discussione di questa alternativa una considerazione, che svilupperemo meglio in seguito (vedi La parte per il tutto p. 180) ma che anticipiamo qui perché chiarisce bene qual è il terreno comune da cui scaturiscono le due concezioni di probabilità.

I teorici dell'epoca, da Pascal a Bernoulli, da Fermat a Bayes, da Galileo a Huyghens, hanno lavorato al concetto di probabilità, spinti dallo spirito pratico rinascimentale. Dietro la parvenza di trattare futili problemi di gioco dei loro contemporanei misero le basi per una scienza esatta dell'azione in regime di incertezza. Non che mancassero consuetudini efficienti di regolamentazione dell'azione incerta. Se si prende come prototipo di azione incerta l'azione sull'altro, ecco la politica e il diritto, la retorica e la pedagogia vantare le loro capacità di agire con efficacia sull'altro reale. Ma il discorso scientifico non mette in discussione l'efficacia delle pratiche precedenti ma, essendo interessato più al sapere che all'essere, alla congettura in quanto tale, più che al suo adeguamento alla realtà, discute dell'esattezza del

calcolo, della sua coerenza, della sua riproducibilità, al limite della possibilità di un'applicazione omogenea alla realtà sociale in pace e forse soprattutto in guerra.

Confluendo nella scienza, il discorso rinascimentale intorno all'agente, sia esso principe o artista, si trasforma e, da discorso eccezionale, legato al coraggio soggettivo del singolo, diventa discorso comune di una classe, di un'oligarchia, forse domani di una democrazia. Oggi il popolo non ha bisogno di eroi, ma non è beato, come predicava Brecht. In compenso ha la scienza, che lo riempie di macchine e di noie. Anche l'azione del singolo è prevista (e sfruttata) in quanto meccanizzata. La corrente di pensiero intorno alla probabilità ha infatti prodotto una teoria coerente e ben sistematizzata, nota come teoria delle decisioni, che è alla portata di ogni studente di economia. È interessante vedere come si arriva a questa stasi della soggettività, seguendo le tracce di quel sapere parziale, o congetturale, la cui forza costante prepara e modifica l'azione.

Nel suo trattato, pubblicato postumo, Ars Coniectandi (Basilea, 1713), Jakob Bernoulli delinea il moderno calcolo delle probabilità degli eventi. Gli eventi sono effetti del simbolico nel reale. Lanci successivi di dadi o di monete, selezioni di carte o altri eventi aleatori acquistano un

valore speciale se vengono finalizzati a un impegno pratico intersoggettivo, per esempio una scommessa. In tale contesto la congettura bernoulliana funziona da prognosi: se lancio questa moneta, uscirà testa con probabilità  $1/2$ . La congettura, giustificata retroattivamente in base a un certo numero (grande) di risultati, mi permette in base al calcolo di rischiare 100 nella speranza di vincere 200. La legge bernoulliana dei grandi numeri è il fondamento razionale di questo modo di procedere teorico-pratico, in quanto fornisce le regole empiriche per misurare le probabilità gli eventi, così come con una bilancia si misurano i pesi dei gravi.

L'interesse epistemologico della legge dei grandi numeri è dovuto all'autoriferimento, non contraddittorio ma ancora scientificamente gracile, del metadiscorso intorno alla probabilità che coinvolge una probabilità. Esso si può formulare intuitivamente così: è molto improbabile che la frequenza reale di un evento si discosti troppo poco dalla probabilità calcolata. È un esempio della capacità di approssimarsi al reale, senza adeguarvisi, tipico della scienza moderna, che gli antichi non conoscevano, in un certo senso analogo alle leggi del moto, basate sul principio d'inerzia, sperimentalmente inverificabile.

L'accostamento delle due probabilità, la probabilità metadiscorsiva e soggettiva dell'ipotesi di concordanza e la probabilità oggettiva dell'evento, prepara l'innovazione bayesiana, oggi universalmente accettata, che unificherà le due probabilità in una probabilità a posteriori, componendo, come si compongono due forze, le probabilità relative a un sapere, o condizionali, cioè condizionate dal sapere precedente (attraverso le cosiddette verosimiglianze o likelihood), e la probabilità data dal sapere delle frequenze attuali. In un certo senso, in campo probabilistico non esiste il sapere assoluto, ma sempre e solo la modificazione del sapere precedente, che non è mai nullo.

Tuttavia prima di abbandonarlo, il discorso bernoulliano va analizzato meglio, anche in funzione di quella stasi dell'azione soggettiva che denunciavamo già. Soprattutto va messa in evidenza la riduzione della portata simbolica della congettura, che all'interno di tale discorso non viene lasciata funzionare a pieno come sapere parziale.

L'impostazione bernoulliana riserva alla congettura la funzione di tramite dalla teoria – dove i modelli più semplici si chiamano ancora oggi sequenze bernoulliane – alla pratica, in particolare alla scommessa. Tuttavia il potenziale della congettura è molto poco sfruttato.

La spinta cartesiana a trasformare incertezze teoriche in certezze pratiche, spinta che la congettura trae dal sapere parziale precedente, viene prelevata in minima parte dalla teoria bernoulliana, dove tutto si riduce nell'affidare alla prognosi congetturale la funzione di catalizzatore dell'azione. "La probabilità dell'evento "Testa" è  $1/2$ . Quindi, se rischio 100, posso guadagnarne altri 100" mediamente. Nell'esempio elementare si vede che la probabilità bernoulliana non concerne la congettura in quanto tale ("uscirà Testa") ma solo la prognosi sulle conseguenze per il capitale. In effetti, la probabilità viene concepita come peso, non solo simbolico ma anche reale, viste le sue conseguenze economiche, e viene riferita interamente agli eventi futuri, "tante teste, tante croci", distribuite in un intervallo di variabilità, intorno alla frequenza media, detto intervallo di confidenza. Da qui le difficoltà, ben note a statistici ed epistemologi, di approntare regole pratiche di confutazioni di ipotesi, quando in teoria esse non hanno peso o rilevanza in sé.

Non è così nell'impostazione bayesiana. Il reverendo Thomas Bayes, col suo saggio, anch'esso pubblicato postumo nel 1763 e intitolato Essay towards solving a problem in the doctrine of chance, fa rientrare completamente la congettura nel calcolo attribuendo una probabilità anche

alle ipotesi. Realizza questo notevole risultato assegnando alla congettura non solo la funzione prognostica ma anche diagnostica; la probabilità diventa misura di credibilità (degree of belief è il termine bayesiano) dell'ipotesi eziologica sulla causa che determina l'evento futuro, dati certi "sintomi", cioè eventi, effettivamente riscontrati.

Ciò permette di costruire un algoritmo tanto semplice ed elegante quanto profondo per calcolare le probabilità delle congetture diagnostiche o eziologiche – le cosiddette probabilità inverse – in funzione del sapere precedente e delle osservazioni attuali.

L'incorporazione della congettura nel calcolo ne amplia la portata epistemica. Nel nuovo calcolo le probabilità non sono più soltanto dei pesi associati a eventi ripetitivi, che misurano la tendenza alla ripetizione, ma sono anche indici della transizione da uno stato di sapere all'altro. Su questa base si innesterà, due secoli dopo, la costruzione, ad opera di Shannon, del moderno concetto di informazione.

Vediamo, in conclusione di capitolo, i vantaggi della impostazione probabilistica della congettura e a che prezzo si pagano. Innanzitutto in questa Ars coniectandi vien fatto posto a un principio scientifico di base: il principio cartesiano dell'enumerazione completa. Solo grazie al metodo esaustivo, i singoli casi particolari,



giustamente valutati con i loro pesi di probabilità, possono confluire in una congettura dotata di certezza pratica, per esempio nel calcolo del valore atteso di una misura o della frequenza di un evento. I primi problemi probabilistici sono stati risolti da Galileo e da Pascal proprio così: passando in rassegna tutti i casi particolari. Le tracce di questo procedimento cardine del congetturare probabilistico sono evidenti nella famosa definizione laplaciana di probabilità, che si applica al caso particolare – ma è facilmente generalizzabile – di eventi considerati equiprobabili; allora la probabilità di un evento è il rapporto tra il numero dei casi favorevoli e il numero di tutti i casi.

Un prezzo però è stato pagato. La sistemazione probabilistica della pratica congetturale richiede che si mettano a confronto congetture diverse. Il confronto avviene distribuendo gradi di credibilità a ciascuna di esse e produce conclusioni del tipo che la congettura A è più credibile della B e meno della C. Si vede bene che tutte queste operazioni sono possibili solo se si accetta la condizione di uno spazio congetturale chiuso [16].

Il prezzo è alto. Infatti, rimangono fuori dalla portata del discorso scientifico le grandi congetture matematiche,

---

[16] Dove l'esaustività non confligge con l'apertura dello spazio congetturale è nel metodo indiziario, come applicato per esempio dal grande Sherlock Holmes, con intuizione ma senza calcolo. Qui rimandiamo a Ginzburg (17).

splendide nel loro isolamento, che non si sottomettono al confronto con altre proposizioni della teoria. Le congetture aritmetiche di Fermat [17] e di Goldbach, le congetture dell'analisi complessa di Riemann, la congettura topologica di Poincaré [18], un po' come le grandi congetture psicopatologiche sulla follia, si ergono, paladine della eccezionalità, a difendere il vero titolo nobiliare di congettura: sapere e verità anticipati sì, ma anche poco disponibili alla dimostrazione democratica alla portata di tutti.

e) Hypotheses non fingo

Con l'impostazione probabilistica la dialettica del tutto e della parte discende dall'empireo filosofico alla realtà quotidiana della scienza. La medicina reagisce in modo particolare a questa trasformazione del quadro tradizionale del sapere, trovando conferma alla propria vocazione empirica.

A partire dalla seconda metà del secolo XVIII la medicina si affida sempre di più alla sintassi dei sintomi e alla combinatoria dei fattori eziologici e fa sempre meno ricorso allo sguardo classificatorio (13). Pertanto il modo

---

[17] Dimostrata da Andrew Wiles nel 1995.

[18] Dimostrata da Grigorij Perel'man nel 2005.

di affrontare il problema della certezza attraverso la probabilità offre alla medicina una possibilità di sintesi razionale dei tre momenti congetturali tipici dell'atto medico: la diagnosi, la prognosi e la terapia, tutte procedure soggette a rischio calcolato. Nel 1801 un certo Brulley (citato in 13 p. 123) scrive un libretto intitolato Essai sur l'art de conjecturer en medicine dove, sin dal titolo, ripete la lezione dei grandi probabilisti che l'hanno preceduto: la certezza in medicina può essere considerata come un tutto divisibile in quante probabilità si vorranno.

D'altra parte, già nel 1788, il ben più autorevole Cabanis affermava:

Non si può negare che in un primo tempo i medici furono guidati, in mancanza di meglio, da semplici probabilità. Ma ben presto l'esperienza trasformava queste probabilità in certezze pratiche (sottolineatura nostra); o se si erano lasciati ingannare da false rassomiglianze, il bisogno di risalire fino alla fonte stessa dei loro errori e di imparare a meglio riconoscere d'ora in avanti questi segni equivoci, li portava a compiere esami più attenti, accresceva con questi errori stessi l'acutezza del loro sguardo e perfezionava la finezza del loro tatto (8, p. 30).

Il riferimento a un insospettabile empirista come Cabanis dovrebbe più facilmente far accettare l'idea che in queste

questioni di verità e di certezza non tutto si riduce all'empiria. Forse l'inquadramento probabilistico della congettura, con la sua innegabile coerenza pratica, che le permette di minimizzare i rischi e massimizzare i guadagni, può avere ingenerato in qualcuno l'impressione che l'intero meccanismo di regolazione della azione scientifica sia governato dall'applicazione di un sapere pratico dato.

Non è così. Esiste, infatti, un secondo modo di congetturare, che è fuori dalla dimensione probabilistica e che non è finalizzato all'azione ma alla riorganizzazione del sapere acquisito. In Cabanis è la congettura che parte dall'errore per dare nuovi riferimenti pratici allo sguardo e al tatto. In matematica sono le congetture che pullulano ai margini delle teorie consolidate, testimoniandone l'irriducibile parzialità. Nelle cosiddette rivoluzioni scientifiche sono le radicali riformulazioni dei paradigmi accettati in precedenza (28). Riprendendo la distinzione kuhniana tra scienza normale e scienza straordinaria, la prima dedita alla soluzione di rompicapo ma senza acquisizione sostanziale di novità, la seconda che mette il vecchio sapere alla prova di una nuova verità, si può dire che l'empiria, rivolta prevalentemente a confermare la teoria dominante, organizzata in modo rigido come dottrina o "modello standard", dura per tutto il tempo in cui il

sistema delle congetture accettate è stabile, mentre la produzione di nuove teorie avviene mobilitando il vecchio universo congetturale.

È singolare pertanto che una delle più ardite rivoluzioni scientifiche dell'epoca moderna, la rivoluzione newtoniana, sia stata ostinatamente travestita da empiria proprio dal suo promotore. La storiella empirista, fatta circolare probabilmente dallo stesso Newton, della mela che cade, non dice nulla di più di questo: che le mele cadono quando sono mature. E i tempi di Newton erano maturi per unificare le cadute dei gravi con le orbite planetarie, le vicende terrestri e quelle celesti.

L'unificazione, d'altra parte, non è nei fatti, ma nelle teorie. Nulla nel fatto della mela che cade dice della sua equivalenza al fatto, scoperto un secolo e mezzo dopo, che Nettuno esiste. Newton lo dice, ma deve passare attraverso la congettura, che apparentemente disprezza (27 p. 49). Oggi è chiaro che il suo Hypoteses (non) finco è lo steccato eretto a difesa della nuova costruzione dell'universo, con azione a distanza della forza di gravità, dagli attacchi invidiosi di varia provenienza (prevalentemente francese e cartesiana) [19]. Allora

---

[19] Basta aprire l'Ottica di Newton per veder pullulare ad ogni pagina ipotesi su ipotesi.

"le ipotesi non trovano posto se non come congetture o questioni proposte per essere esaminate attraverso esperimenti" (27, p. 161).

Tutta la "filosofia naturale" newtoniana poggia, infatti, su congetture. Rammentiamo la prima fra tutte, l'ipotesi dell'azione a distanza della forza di gravità, così resistente a qualunque tentativo di dimostrazione che, parlando alla Koyré, si può riconoscere in essa il punto in cui la costruzione newtoniana raggiunge il reale attraverso l'impossibile. (Ricordiamo incidentalmente che senza questa feconda aporia newtoniana, ritenuta dai cartesiani un'azione magica, non esisterebbe oggi la moderna teoria dei campi).

Citiamo ancora Koyré, per sottolineare come la nuova congettura scientifica attui quel distanziamento tra verità e sapere, che genera la rivoluzione scientifica:

Un'ipotesi allora non è propriamente un giudizio ma piuttosto una supposizione o congettura di cui si esaminano le conseguenze e le implicazioni per stabilirne la verità o la falsità (27, p.35).

Da questa osservazione emerge un carattere della congettura scientifica, che non si può ricondurre totalmente alla certezza pratica esaminata finora. La congettura, come

tale, può rimanere indecidibile, anche se le sue conseguenze saranno certe. In questo nuovo contesto la congettura non è altro che un assioma che apre uno spazio teorico allo sviluppo logico matematico e al controllo sperimentale. Precisiamo: la congettura è un assioma non euclideo. Ai tempi di Euclide gli assiomi erano considerati veri in quanto autoevidenti. Oggi sono punti di partenza da cui si ristrutturava un sapere. Sono finzioni nel senso di costruzioni (da figulus, vasaio). Le geometrie non euclidee, per esempio, hanno insegnato come ristrutturare il sapere geometrico per costruire nuovi spazi, prima quelli di Minkowski poi quelli di Riemann, adatti a ospitare la nuova teoria della relatività di Einstein.

Per queste sue funzioni la congettura viene posta al punto di biforcazione tra scienze pure e applicate. Per le prime è l'emergenza della verità come novità rispetto al sapere acquisito. Per le seconde è l'effetto del funzionamento di un sapere che "calato" nel reale. Ai fini di una teoria della soggettività e delle sue ripercussioni sul discorso psichiatrico terremo presenti entrambi gli aspetti, ma gerarchicamente. Anche quando, come nei prossimi capitoli, torneremo a parlare della congettura in rapporto all'azione e alla certezza pratica, privilegeremo concettualmente la congettura di tipo newtoniano, perché riattualizza la divisione tra verità e sapere da cui

emerge tutta la novità della malattia mentale.

f) La parte per il tutto

Anche la supposizione del sapere, come ogni altra congettura, ha statuto metonimico, cioè classicamente: è la parte per il tutto, la vela per la nave. E non importa, in questa sede specificare ulteriormente tale parzialità, se sia quella del sapere senza verità, come la vela senza la nave, o quella della verità senza sapere, come la verità rimossa. Importa invece che la parzialità possa per se stessa giustificare la successione degli spostamenti metonimici e dare avvio alla catena congetturale. In effetti la metonimia può essere vista come il tentativo mai esaurito di supplire alla mancanza del tutto – la nave – mediante una sua parte – la vela. Il discorso sulla metonimia sconfinava a questo punto sul versante metaforico, o della sostituzione: la parte al posto del tutto, che sarà allora un “non tutto”, cioè un tutto a cui manca una parte. Segnaliamo questo confine senza attraversarlo. Ci limiteremo, infatti, a seguire i termini già emersi di mancanza, supplezza e spostamento, per disegnare una struttura interessante anche ai fini della formazione



psichiatrica.

La struttura del rapporto tra due soggetti, di cui uno parla e l'altro ascolta, emerge bene sin dal primo spostamento, quello del sapere nell'altro. Il soggetto supposto sapere, congettura cui manca ogni dimostrazione e spesso anche qualche briciolo di probabilità, è in quanto tale sapere parziale. Ma trova proprio nella parzialità la giustificazione "psichica" per investire l'altro di tutto il sapere e di tutto il potere.

Fin qui saremmo ancora all'interno del rapporto duale: "Io non so, Tu sai", se, grazie all'abilità di un terzo "Egli dubita", non fosse data qualche possibilità di uscirne. Tutto dipende dalla possibilità che si inneschi oppure no un processo di esplorazione, naturalmente congetturale, dell'altro in tutte le sue versioni e formati: l'altro come paziente, familiare del paziente, medico, curante, supervisore, e addirittura l'altro come me stesso.

L'esca per avviare la reazione a catena delle congetture è il dubbio, a condizione che non sia scettico, ma cartesianamente trasformi il verosimile in falso, perché decanti un po' di vero. Lo scetticismo infatti impedirebbe di far scattare nel paziente o nel medico in via di formazione il piacere di dire tutto per pensare la verità.

Al contrario, il dubbio positivo (cartesiano) sfrutta il fatto che anche la verità è parziale, cioè non si può dire e pensare tutta, e su questa via spinge a pensarne o dirne quanto più se ne può, un po' per volta.

Si vedono qui abbinati due caratteristiche apparentemente contraddittorie del procedere congetturale: da una parte la tendenza cartesiana alla esaustione, alla enumerazione completa di tutte le possibilità, alla conquista della sicurezza per via di un calcolo sistematico, e dall'altra la ricerca del caso particolare, della coincidenza evidente ma trascurata, dell'indizio esiguo e sfuggente, forse addirittura improbabile all'occhio inesperto ma di facile lettura per l'occhio esercitato. Chi ha letto il racconto della "Lettera rubata" di Poe troverà i due stili di pensiero pittorescamente contrapposti nei personaggi del commissario di polizia e del signor Dupin.

Siamo pertanto autorizzati a riprendere la distinzione del capitolo precedente e affermare che nel procedere congetturale convivono due anime: quella scientifica mirante al generale e al sistematico e quella artistica mirante al particolare e all'eccezionale. Lungi dal proporre una sintesi per questa divisione, sfruttiamo un'osservazione di Ginzburg (17, p. 80) sulla logica indiziaria, per far notare come proprio attraverso questa

duplicità il metodo congetturale psichiatrico raggiunga modalità che sono tipiche del ragionare medico e del suo rapporto con la certezza. La situazione è la seguente.

Nell'individuo troviamo la sofferenza. Nella conoscenza astratta non troviamo nulla che possa alleviarla. È questa la situazione di necessità, ci dice Ippocrate, che ha spinto gli uomini a inventare la medicina pratica [20]. La spinta, in qualche caso era coronata da successo e specialmente quando "l'esperienza trasformava queste probabilità in certezze pratiche" (8, p.30). Ma ecco il paradosso. Il modo congetturale medico, così strettamente dipendente dalla dimensione simbolica e così intensamente proteso verso il reale, non è specifico della medicina ma è comune a molte arti e mestieri dell'uomo: dal costruire al cacciare, dal navigare al coltivare. La specificità della medicina sembra consistere piuttosto nell'aver spostato il modo congetturale dall'azione dell'uomo sulle cose e sulla natura, all'azione dell'uomo sull'uomo. Lì si situano la morale e la politica, di cui la medicina costituisce una variante che opera sia a livello individuale (medicina clinica dell'uomo sofferente) sia a livello collettivo (epidemiologia delle popolazioni sofferenti).

---

[20] Distinta dalla medicina sacra degli oracoli e dalla medicina filosofica del "fisiologo" Empedocle.

Fermiamoci qui, a questo punto che ha interessato anche l'analisi di Michel Foucault nel suo saggio La nascita della clinica. La medicina opera sull'uomo; è una pratica dell'uomo sull'uomo. Ora possiamo comprendere meglio come la certezza del modo congetturale non provenga esclusivamente dal piano teorico; non sia solo il frutto del fecondo abbinamento della logica esaustiva teorica alla logica pratica indiziaria, ma consegua dalla sua diretta immersione nell'azione, dall'avere cioè l'azione come orizzonte. La congettura prepara la certezza predisponendo l'azione. La congettura è il primo passo dell'etica, che è la vera fonte delle certezze umane. In medicina è la congettura diagnostica che indirizza l'azione terapeutica a un farmaco piuttosto che a un altro; in psichiatria è il riconoscimento di una realtà insostenibile, che orienta verso il sollievo dell'angoscia piuttosto che verso il rinforzo del senso di colpa; nel dibattito culturale e politico è l'opzione intellettuale sull'interesse collettivo che determina l'azione del militante e le dà convinzione e sicurezza.

Si comincia a intravedere dagli esempi tratti da campi tanto diversi la struttura portante della congettura nelle scienze umane. Il suo nerbo è di natura epistemica. Si basa su un condizionale epistemico: "se so che... allora...", che è

aperto a diverse contingenze pratiche: quella del fare ("se faccio questo allora succede quello"), quella del desiderare ("se lui desidera questo, allora io non ci sto"), quella del dire ("se dico questo, allora penserà quest'altro"). sono solo alcuni esempi.

L'importanza di queste considerazioni ai fini della psichiatria è evidente. Essendo il nodo congetturale all'intersezione di campi così diversi, la sua applicazione alla psichiatria offre un bandolo di razionalità alla complessità interdisciplinare della psichiatria moderna e offre al giovane in formazione la possibilità di far tesoro di un capitale di esperienze, che si estendono dalla specifica abilità personale (quella dell'occhio clinico, che in psichiatria diventa l'orecchio clinico, per esempio) alla diffusa sensibilità culturale del tempo in cui vive. Alla prima ricorrerà nel momento della diagnosi; della seconda disporrà invece per familiarizzarsi con le diverse sottoculture con cui verrà in contatto e soprattutto col discorso del suo paziente. Imparerà a riconoscerlo attraverso particolarità di stile, si ingegnerà a promuoverlo agendo sulle leve che sono alla sua portata per concepire l'intervento più opportuno di cura. Non da ultimo il modo congetturale costituirà il formato in cui trascriverà l'esperienza fatta per comunicarla ai colleghi.

g) Agli effetti pratici

Una parola di cautela a questo punto. Il quadro offerto è molto suggestivo ma forse è ancora un po' "congetturale". Ritorniamo perciò con i piedi per terra descrivendo due effetti tipici, e secondo noi molto importanti ai fini della formazione, prodotti dal metodo congetturale. Si tratta di due effetti, per così dire, ortopedici, o meglio normativi, in quanto sono anche loro legati al versante simbolico del congetturare, cioè al simbolico in funzione di legge.

Innanzitutto, il contenimento delle pulsioni. A tale esperienza si può condurre il giovane psichiatra sia in riferimento a se stesso, per esempio durante la seduta di supervisione, sia in riferimento al paziente. Condotta dallo psichiatra o dal paziente, l'esercizio congetturale rimane sempre un esercizio verbale, che in quanto tale produce anche effetti somatici. La sistemazione di una parola dietro l'altra, la concatenazione di un concetto dopo l'altro in vista di una verità che non si dà mai tutta, opera un costante rimaneggiamento di quel misterioso confine tra lo psichico e il somatico dove operano le pulsioni.

A partire dall'equazione somatico = non-verbale, si

dovrebbe capire facilmente come l'esercizio congetturale abbia l'effetto di decongestionare sia l'impegno erotico che quello aggressivo, in quanto permette la ridistribuzione di una gran massa di cose non dette, e quindi ancorate al soma. Grazie alla verbalizzazione congetturale ogni pulsione è trasformata in domanda. Si opera così un passaggio dal cosiddetto primo sistema di segnalazione al secondo: l'amore e l'odio, che attingono al primo, passando al secondo, vengono abreagiti. La parola abreazione, un tempo misteriosa, assume nel contesto congetturale il significato preciso di parziale transizione dall'ignoranza al sapere, un sapere ancora sub judice, formulato più sotto forma di domande che di risposte.

Parallelamente si produce un altro effetto simbolico della congettura, legato di più alle caratteristiche di metodo esaustivo che non di metodo euristico. Percorrendo l'insieme di tutti gli "altri" (parenti, partner, superiori, ecc. il metodo congetturale permette di delineare un altro profilo dell'altro: il profilo della legge o del destino. Si vanno man mano componendo le tessere di un mosaico, che rappresenta le scene primordiali dove il soggetto ha cominciato a muovere i primi passi. Nello stesso tempo si opera una restituzione di sapere, per la verità mai sottratto da nessuno, ma inizialmente

alienato nell'altro. A quel punto il soggetto è alle soglie del "TU sei questo", da cui può partire per il vero viaggio attraverso il fantasma, al periplo intorno all'oggetto che causa il suo desiderio. Ma questo secondo atto della drammatizzazione congetturale non è per tutti; è per chi fa una "vera" domanda d'analisi non finalizzata alla cura, un'analisi puramente "scientifica", veramente didattica.

Ora una domanda è lecita. Se l'esercizio congetturale prevalente consiste in concatenazioni successive di concetti, basate su rapporti di similarità semantica o di contiguità sintattica, come essere sicuri che la catena significante abbia un termine e non si perda, avvolgendosi su stessa, nella ruminazione continua della stessa biada? Bisogna ipotizzare un'illuminazione mistica, che, provenendo da qualche parte, tagli la circolarità della congetturazione?

In (41) abbiamo dimostrato che all'interno dell'ordine simbolico una lettera arriva sempre, con tanto o poco ritardo, al luogo cui era indirizzata. Naturalmente non tutte le lettere arrivano; ma quell'una per tutte che arriva consegna al destinatario una sentenza, un verdetto, un comando e anche un sapere che taglia corto con le precedenti incertezze. A una conclusione si arriva



sempre. Poi, come Ulisse, dopo essere tornati a casa e aver salutato moglie e figli, si può ripartire per un secondo viaggio, secondo Dante quello definitivo.

Seguiamo ancora una volta l'etimologia, come nostra stella polare, lei che è la madre di tante congetture, poco importa se spesso e volentieri sbagliate. (Il proprio della congettura è di autocorreggersi). La fine del metodo congetturale è la fine del lavoro astronomico di "considerare" tutto. È perciò la fine del discorso positivo "che constata in forma augurale la presenza di un sidus e il passaggio a un discorso che "de-sidera", che riconosce cioè "l'assenza di un determinato sidus" (37) e su di essa poggia il desiderio... che ritorni. Il passaggio dal considerare al desiderare, dal sapere positivo al sapere negativo, da un essere che esiste a un essere che manca, la transizione dal tutto al non-tutto è il processo che abbiamo cercato di promuovere nei processi formativi di psichiatri che abbiamo tratteggiato in questa tesi.

In breve. Una formazione psichiatrica dovrebbe essere un nuovo rapporto col sapere. A tal fine noi siamo partiti dalla considerazione di un sapere congetturalmente presupposto, il quale durante successive mobilitazioni, produce cambiamenti di discorso, sia nel paziente sia nel medico, registrabili mediante anche in modo collettivo. In

particolare, la destituzione di ogni soggetto supposto sapere (ma anche di ogni vero maestro) è stato il punto trainante di questa catena di cambiamenti discorsivi, ottenuti mediante il metodo congetturale, il quale, se è vero che non dispone della verità, non si accontenta neppure di falsi maestri che l'insegnino.

Non diciamo che il nostro sia l'unico modo di perseguire una formazione psichiatrica. Altri potrebbero tendere allo stesso scopo da altri punti di partenza; ad esempio, dalla presupposizione della verità invece che del sapere, come propone Heidegger (24 p. 278). Ma avremmo ottenuto un altro discorso ancora: ermeneutico, non congetturale.

BIBLIOGRAFIA

1. ANZIEU D. - Il gruppo e l'inconscio, Borla, Roma 1979.
2. BACHOFEN J.J. - Über die Gräbersymbolik der Alten, Basel 1854, citato in F. JESI, Letteratura e mito, Einaudi, Torino 1968.
3. BALINT M. ed E. - Tecniche psicoterapiche in medicina, Einaudi, Torino 1970.
4. BATESON G. - "Doppio legame", in Il doppio legame a c. di SLUZKI C.E. e RANSOM D.C., Astrolabio, Roma 1979.
5. BION W.R. - Esperienze nei gruppi, Armando, Roma 1971.
6. BINSWANGER L. - Il caso Ellen West e altri saggi, Bompiani, Milano 1973.
7. BOLZANI F. - La grafia e il corpo, Univ. Studi Milano Fac. Lett. e Fil., 1979/80.
8. CABANIS P.J.G. - La certezza in medicina, Laterza. Bari 1974.
9. CANCRINI E. e TODINI G. - "Sul concetto di contesto", Rivista di psichiatria 9, 173-184, 1974.
10. DEBEUS R., DONATI F., POTERZIO F., SCIACCHITANO A. e BA TRABUCCHI G. - Analisi seriale e strutturale dell'attività grafica di una paziente psicotica. IX Congresso Internazionale di Psicopatologia dell'espressione. Verona 5-6-7 Ottobre 1979.

11. DIENA S. – Lo studente di medicina di fronte al paziente psichiatrico. Univ. Studi Milano Fac. Med. Chir. Anno 1979/80.
12. ECO U. – Trattato di semeiotica generale, Bompiani, Milano 1975.
13. FOUCAULT M. – La nascita della clinica, Einaudi, Torino 1969.
14. FREUD S. – “Frammento di un’analisi di isteria. (Caso clinico di Dora)”, in Opere di Sigmund Freud, vol. V p. 33, Boringhieri, Torino 1970.
15. FREUD S. – “Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico”, in Opere di S. Freud, vol. VI, p. 533, Boringhieri, Torino 1974.
16. FREUD S. – “Autobiografia”, in Opere di S. Freud, vol. X, p. 91, Boringhieri, Torino 1978.
17. GINZBURG C. – “Spie. Radici di un paradigma indiziario”, in Crisi della ragione, a c. di GARGANI A., Einaudi, Torino 1979.
18. GUARESCHI CAZZULLO A., BERTOLINI N., CAZZULLO C.L. – “Processi cognitivi e progressi cognitivi nella didattica psichiatrica” Riv. Sper. Freniatria e Med. Leg. Alien. Ment. vol. CII, Fasc. II. 287, 1978.
19. GUYOTAT J. – Le psicoterapie mediche, vol.1, Aspetti teorici, tecnici e di formazione, Masson Italia, Milano 1980.

20. HASSAN M. – Psicodinamica e apprendimento in Psichiatria. Univ. Studi Milano Fac. Med. Chir., Anno 1979/80.
21. HEGEL G.W.F. – Fenomenologia dello spirito, cap.IV, La Nuova Italia, Firenze, 1960.
22. HEIDEGGER M. – Che cos'è la metafisica, La Nuova Italia, Firenze 1953.
23. HEIDEGGER M. – "Su l'Umanismo", in Che cos'è la metafisica, La Nuova Italia, Firenze 1953.
24. HEIDEGGER H. – Essere e tempo, Longanesi, Milano 1976.
25. KAES R. – "I seminari analitici di formazione: una situazione sociale limite dell'Istituzione", in Il lavoro psicoanalitico nei gruppi, Armando, Roma 1975.
26. KOHUT H. – Narcisismo e analisi del Sé, Boringhieri, Torino 1976.
27. KOYRÈ A. – Studi newtoniani, Einaudi, Torino 1972.
28. KUHN T.S. – La struttura delle rivoluzioni scientifiche, Einaudi, Torino 1969.
29. JACOBSON R. – Hölderlin. L'arte della parola, Melangolo, Genova 1979.
30. LACAN J. – "Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata. Un nuovo sofisma", in Scritti, Einaudi, Torino 1974, p. 191.
31. LACAN J. – "Risposta al commento di J. Hyppolite sulla Verneinung di Freud", in Scritti, Einaudi, Torino 1974, p. 372.

32. LACAN J. – “La scienza e la verità”, in Scritti, Einaudi, Torino, 1974, p. 877.
33. LACAN J. – Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicanalisi, Einaudi, Torino 1978.
34. LAI G. – Le parole del primo colloquio, Boringhieri, Torino 1976.
35. MARX K. – “Poscritto alla seconda edizione del capitale”, in Il Capitale, libro I. Editori Riuniti, Roma, 1977.
36. NOBILE G. – Studio delle dinamiche di un gruppo di attività didattica nell’ambito di Clinica Psichiatrica. Univ. Studi, Milano, Fac. Med. Chir. Anno 1978/79.
37. OLIVIERI D. – Dizionario etimologico italiano Ceschina, Milano 1961.
38. SAFOUAN M. – Etudes sur l’Oedipe. Seuil, Parigi 1974.
39. SAPIR M. – “Formazione attraverso? Formazione a?”, in Formazione e percezione psicoanalitica, a c. di R. Speciale Bagliacca, Feltrinelli, Milano 1980.
40. SAUSSURE (de) F. – Corso di linguistica generale, Laterza, Bari 1967.
41. SCIACCHITANO A. – A tempo e a luogo. Note sulla struttura del simbolico, in aut aut, 177-178, 1980, p. 327.
42. SPEZIALE BAGLIACCA R. – “Resistenze e ideologia nella formazione alla ‘percezione’ psicoanalitica”, in Formazione e percezione psicoanalitica a c. di R. Speciale Bagliacca, Feltrinelli, Milano, 1980.

43. STAROBINSKI J. – Les mots sous le mots. Les anagrammes de Ferdinand de Saussure, Gallimard, Paris 1971.
44. TARSKI A. – Verità e dimostrazione, in *Le Scienze*, n. 50, ottobre 1972.
45. TARSKI A. – “Il concetto di verità nei linguaggi formalizzati”, in Logic, Semantics, Metamathematics. Papers from 1923 to 1938, Oxford 1956.
46. WATZLAWICK P., WEAKLAND J. e FISCH R. – Change. La formazione e la soluzione dei problemi, Astrolabio, Roma 1976.