

## Un'aria "pionieristica"

Giunti alla conclusione di questo anno di lavoro, sento di poter tirare alcune somme delle esperienze che si sono addizionate, con quella varietà di situazioni che l'incontro con la sofferenza necessariamente comporta ma questo, soprattutto, quando si opera considerando ancora attuale quel consiglio di Freud di affrontare ogni caso come a sé stante, svincolandolo da preconcetti teorici con i quali si sono affrontati i precedenti.

La formazione psicoanalitica, richiestaci per la selezione quali consultant e messa alla prova nel primo anno di Collegio Clinico attraverso la presentazione di casi, come già preannunciato da Lacan resta, dopo tanti anni dalla sua invenzione, non solo attuale ma strumento d'elezione per affrontare quelle formazioni sintomatiche che rischierebbero di vedersi, altrimenti, indirizzate all'esercito di "specialisti di sintomi" a scapito, però, della "specialità" del Soggetto.

Una caratteristica dei sintomi della modernità, i così detti "nuovi sintomi" infatti, è proprio quella di andare a far supplenza ad una carenza identitaria che può, così, trovare un nome o un modo di definirsi attraverso comportamenti patologici ed etichette diagnostiche: sono anoressica, sono bulimica, sono un alcolista, ecc... Naturalmente queste forme di sofferenza non sono mancate al Centro di Consultazione, ma la risposta che abbiamo offerto è stata quello di un ascolto del Soggetto che non fosse collusivamente caratterizzato da una definizione di "specialista in disturbi di...": eventualmente, se mi si concede il termine, "specialisti in specialità" dove per specialità si intenda l'unicità di ogni individuo al quale offriamo un riconoscimento.

Alcolismo, disturbi alimentari e via dicendo non sono sintomi che la nostra formazione ci permette di considerare "analitici", in quanto di per sé non includono una soggettivazione della divisione strutturale del Soggetto e che, dunque, non fanno enigma, perlomeno nel più favorevole caso della nevrosi: il nostro compito, all'interno del CCP, è stato quello di trattare con la necessaria prudenza queste lamentazioni iniziali, affinché le persone, libere di dire e non tacitate da rimedi al sintomo (avremmo certo potuto indicare un sonnifero per ogni insonnia!) potessero accedere, gradatamente, alla loro implicazione soggettiva rispetto a ciò di cui si lamentavano, e di lì passare alla formulazione di una domanda che implicasse chi l'ascoltava come Altro del sintomo, come Soggetto supposto sapere qualcosa su quanto di più intimo agitatesse l'animo e al quale, dunque, iniziare a domandare.

Se ho segnalato, e ora sottolineo, la parola prudenza è perché ora, più che mai, le nuove formazioni sintomatiche possono, quali effetti di struttura, essere ingannevoli per il clinico nel loro simile modo di presentarsi ma a copertura di differenze strutturali assolutamente inaggrabili, da un punto di vista diagnostico, per quella che dovrà essere la direzione della cura: in un'epoca dove la difficoltà ad inquadrare alcune sindromi trova spesso rifugio in terminologie di confine, o vaghe, quali Disturbo di Personalità Borderline o Disturbo di Personalità N.A.S. (non altrimenti specificato) ci siamo dati il compito di verificare l'esattezza della teoria lacaniana che prevede tre classificazioni strutturali all'interno delle quali operare con le inimitabili singolarità: nevrosi, psicosi e

perversione. Solo l'esatta diagnosi permetterà un percorso di cura non solo più utile, ma non pericoloso per il Soggetto e per il curante, in quanto i rischi - e questo è anche un tema che abbiamo approfondito nei seminari clinici collegati all'attività del CCP - implicano il paziente nella sua incolumità, ma anche il curante nelle sue responsabilità.

La premessa, dunque, è per comprendere anche il senso del tempo di consultazione che ci siamo dati e che abbiamo offerto ai pazienti, ai fini della più accurata valutazione diagnostica, ottenuta anche grazie alla pratica dei controlli, ai quali noi consultanti abbiamo accettato di sottoporre la nostra clinica e gli effetti che essa ha prodotto su di noi, grazie alla possibilità di commentare i casi in contesti allargati, usufruendo della esperienza di prestigiosi docenti stranieri del Collegio che hanno apportato preziose indicazioni, quando non diretti esempi del loro *modus operandi* grazie all'innovativo, per l'Italia, strumento didattico della presentazione clinica: si tratta di uno strumento di elevato valore formativo e, se vogliamo, anche qui "anti-specialistico", in quanto caratterizzato dal pregio del porre una persona sofferente nella condizione di docente dei clinici al suo cospetto silenziosamente presenti e che, solo così, possono imparare la singolarità di quei vissuti caratterizzati dal dolore psichico e rammentare, quando capitasse di scordarla, l'umiltà con la quale tali questioni vanno accolte.

La sensazione personale è stata quella della profonda soddisfazione della valenza sociale di poter offrire la propria partecipazione, il proprio desiderio, ad un progetto sofisticato, curato nei dettagli, complesso nelle sue articolazioni e nei piani di rielaborazione della clinica, il tutto messo al servizio di un pubblico che ha frequentemente espresso commenti di soddisfazione in merito alla velocità delle risposte e, in particolare, alla gratuità delle stesse - cosa che sappiamo, purtroppo, non andare spesso di pari passo con la velocità - essendo il CCP sul territorio quale formula di prolungamento consultoriale.

La sensazione personale è stata quella di essersi trovato a partecipare ad un tale innovativo dispositivo da respirare un'aria "pionieristica" che non poteva che ravvivare e rilanciare il desiderio di chi vi si fosse implicato, riscoprendo il piacere del confronto tra colleghi, della trasmissione alle generazioni successive di clinici in formazione sentendosi però a propria volta, in un movimento formativo permanente e sempre volto a quel "saperci essere" che ancora oggi distingue la psicoanalisi dalle dilaganti forme del "saperci fare".

Giorgio Mezzacapo  
Membro di Praxis-FCL in Italia, Consultante CCP