

Fabrizio Gambini

L'ora del falso sentir e

Psicoanalisi
e disturbi dell'umore

Prefazione di Franco Del Corno

*Clinica psicoanalitica
dei legami sociali*

FrancoAngeli



Clinica psicoanalitica dei legami sociali, coordinata da Maria Teresa Maiocchi

La scoperta di Freud mette in gioco l'*altra scena* del soggetto: teatro nascosto, esclusivo, ad intra, mondo interno e mentale, mentre il conscio sarebbe ad extra l'esterno, il sociale. Figlio scettico della scienza, il soggetto moderno ottiene un recupero di intimità solo allungandosi sul divano dell'analista, luogo specialistico del privato e del segreto, diviso tra pubbliche virtù del sapere e vizi privati del desiderio. Tutto qui quel che la clinica freudiana ha messo in gioco? Infelicità delle 'masse' e disagio della 'civiltà' sono solo una solitaria incursione extraclinica del Freud maturo e pessimista? Uno schema lineare, inconscio-interno-mentale/conscio-esterno-sociale è adeguato alla post-modernità?

La collana intende mostrare la pertinenza della clinica psicoanalitica a trattare il soggetto solo se viene preso nella complessità dei suoi legami. Clinica del soggetto è prima di tutto clinica dei suoi legami: con la sua nozione di *discorso* – inteso come legame sociale – J. Lacan mostra una causalità complessa fin nel cuore 'privato' della cura. Nella sua lettura di Freud, Lacan mostra gli snodi cruciali per andare al di là di una clinica localizzata nell'intra-psichico, e decifrare scenari attuali di godimento mortifero, anche o specialmente fuori setting : la psicoanalisi è una *inedita* forma di legame, cioè discorso a partire da cui leggerne – e modificarne – altri.

Ai paesaggi di catastrofe quotidiana del villaggio globale occorrono cliniche adeguate. Saprà il discorso analitico trattare una domanda anonima, svuotata di desiderio? La clinica – e la formazione – come vengono toccate dalla necessità di far contrasto alla omologazione segregante della soggettività, per elaborare forme di legame più vivibili? E' la scommessa dei testi che la collana propone, articolazioni di una clinica del campo lacaniano.

Comitato scientifico: Francesca Bonicalzi, Silvana Borutti, Italo Carta, Vittorio Cigoli, Elena Croce, Gianfranco Dalmaso, Silvano Facioni, Marisa Fiumanò, Pier Francesco Galli, Costanza Marzotto, Enrico Molinari, Sergio Piro, Angelo Righetti, Eugenia Scabini, Giancarlo Tamanza

Consigli FPL e ICLeS: Mario Binasco, Moreno Blascovich, Franco Bruni, Annalisa Davanzo, Renato Gerbaudo, Paolo Gomasca, Maria Teresa Maiocchi, Fulvio Marone, Marina Severini, Francesco Stoppa

Coll. Représ. Internationale Forums du Champ Lacanien: Jean Lombardi, Josep Monseny, Fernando Palacio, Antonio Quinet, Leonardo Rodriguez, Colette Soler

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Fabrizio Gambini

**L'ora
del falso sentir e**

Psicoanalisi
e disturbi dell'umore

Prefazione di Franco Del Corno

FrancoAngeli

In copertina: William Congdon, New York City (Explosion) (part.), 1948.
© The William G. Congdon Foundation, Milano, www.congdonfoundation.com

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

A mia madre

Ringraziamenti

Così come è stato per ogni testo che ho scritto, avrei inviato una copia di questo libro all'indirizzo napoletano di Sergio Piro. Questa volta non potrò farlo perché Sergio non è più tra noi. Posso solo, ancora una volta, ringraziarlo del suo insegnamento che è stato un momento fondamentale della mia formazione e che, a tutt'oggi, non cessa di produrre per me un effetto. Vorrei inoltre ringraziare mia moglie Rosellina Piterà che, dotata di infinita pazienza, ha condiviso con me tutte le tappe del lavoro, sapendo coniugare l'affetto personale con la severità e il rigore del suo giudizio di psichiatra e di psicoterapeuta. Ringrazio inoltre Luigi Tavolaccini che, essendo all'epoca Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 1 di Torino, ha permesso lo svolgimento continuativo della mia attività di insegnamento dalla quale è scaturito in gran parte il materiale che compone le diverse sezioni del libro. Questa attività di insegnamento ha affiancato quella condotta all'interno delle molte iniziative dell'*Association Lacanienne Internationale* e della sua sede di Torino che resta l'imprescindibile quadro di riferimento del mio lavoro di psichiatra e di psicoanalista. Un ringraziamento del tutto speciale va a Franco Del Corno che ha avuto l'amabilità e la pazienza di leggere la prima stesura, segnalandomene le lungaggini e le troppe commistioni di piani, spingendomi ad una riscrittura che ha grandemente migliorato l'accessibilità del testo. Infine ringrazio tutti i miei pazienti, alcuni dei quali non ho potuto ascoltare abbastanza a lungo per riuscire ad essere loro di qualche aiuto. In ultima analisi è al loro sapere che il mio è appeso.

Indice

Prefazione, di <i>Franco Del Corno</i>	pag.	11
Introduzione	»	15

Parte prima - Disturbi dell'umore

Preambolo	»	22
Melanconia	»	24
La depressione	»	43
Mania e Melanconia, ovvero la depressione è il contrario della paranoia	»	63

Parte seconda - ... non son'altro che parole...

Preambolo	»	82
"Tu chiamale se vuoi, emozioni"	»	89
Finzione, teatro e verità	»	94
L'ira di Achille	»	102
Due donne	»	105
Tristano e, forse, Isotta	»	111
Orfeo e Euridice	»	121
I topi, l'odio e l'amore	»	125
Una moderna nevrosi ossessiva	»	130

Parte terza - Una questione di lana caprina

Preambolo	»	140
Affetto	»	141

Passione	pag.	144
Empatia	»	151
Angoscia, più inibizione e sintomo	»	156
Sentimento	»	165
Vissuto	»	173

Parte quarta - L'uomo è ciò che mangia
(Der Mensch ist was er ißt)

Preambolo	»	192
Cos'è un corpo	»	201
Il sogno di Cartesio	»	214
Da Charles Darwin a Oscar Wilson	»	223
Appendice. Il gesto e l'atto. Considerazioni psicoanalitiche sul darsi la morte	»	239

Che dovesse sempre pensare soltanto al futuro e che d'altra parte non potesse immaginarsi un futuro – era questo che rendeva la sua situazione disperata. Finora era stato raramente così sereno, ma non era mai stato così disperato. E ogniqualvolta era sereno, non aveva più alcuna fiducia nella propria sensibilità; l'allegria non gli rimaneva presente, nulla gli rimaneva presente – neanche il pensiero di un sogno che incarnasse la sua massima aspirazione vitale. Pensava sempre soltanto a una cosa, come un porco depravato, solo che questa cosa non era il buco di una donna, ma l'inimmaginabile.

Peter Handke, *L'ora del vero sentire*

... Come ci nascondiamo a noi stessi, povere scimmie che siamo! Dietro questi suoni che chiamiamo parole!

... Sembri spaventato Charlie. Mi trovi strana? È perché all'improvviso ho visto la menzogna nei suoni chiamati parole. Sai – dolore, afflizioni, amore, padre –, i suoni che le nostre labbra emettono e le nostre mani scrivono. Tu dovresti sapere ciò che voglio dire. Tu che lavori proprio con le parole. Hai scritto un altro romanzo ultimamente? Ma ora che ci penso, tu sei proprio quello che non può capire quello che intendo. Per te le menzogne sono diventate le uniche cose vere. E immagino sia la logica conclusione di tutto questo guazzabuglio vero? Mi comprendi Charlie? La vita non è altro che una lunga, lunghissima menzogna.

Eugene O'Neill, *Strano interludio*

Prefazione

di *Franco Del Corno*

Una lieve ipomania è il tono dell'umore adatto, quando si scrive una prefazione. Serve a escludere dalla coscienza alcuni dati che scongiurerebbero di svolgere questo compito: spesso la prefazione non viene letta da chi acquista il libro; se chi la scrive ha sull'argomento molte cose importanti da dire tanto varrebbe pensare a una *co-autorship* o alla progettazione di un lavoro autonomo; se invece non ha idee originali, il generico elogio delle pagine che seguono è un'operazione sostanzialmente inutile.

Ma, a ben vedere, una lieve ipomania è il tono dell'umore adatto semplicemente per vivere. Perché sullo sfondo di ogni esistenza campeggia il monito dell'Ecclesiaste: *havel havalim* (la vanità più grande: *vanitas vanitatum et omnia vanitas*, nel latino della Vulgata). E non è un caso che, nel quindicesimo secolo, quando l'*Imitazione di Cristo* riprende la massima, vi aggiunga "*praeter amare Deum et illi soli servire*", per temperarne la minaccia nichilista (come aveva probabilmente già fatto un commentatore posteriore del testo biblico, nell'ultimo breve paragrafo che vi è giustapposto).

Nel lavoro clinico con i pazienti affetti da un disturbo dell'umore ha sempre attratto il mio interesse questo rapporto della depressione e della mania con "il velo di tristezza che si stende su tutta la natura" (come scrive Heidegger commentando l'opera di Schelling sull'essenza della libertà umana). Tema impegnativo, naturalmente, e perturbante. Non consola che Aristotele (se davvero gli si può attribuire questo scritto) faccia della melanconia la caratteristica dell'uomo di genio: probabilmente, anche il filosofo ha avuto bisogno di trovare conforto, mediante una razionalizzazione, al disagevole vissuto delle due facce del temperamento atrabiliare: "... forti depressioni... esaltazioni eccessive" (*ibid.*).

D'altra parte, l'indubitabile evidenza patologica di un episodio maniacale o depressivo può spaventare, perché vi si vede l'esito potenziale di quegli scarti del timismo verso il basso o verso l'alto, che siamo in grado di distinguere rispetto a uno stato di sereno equilibrio. Ma possiamo anche esserne rassicurati, se la macroscopica entità dei sintomi ci permette di sentire quel-

le condizioni come talmente estranee a noi che non v'è motivo di preoccuparsene.

Sia in un caso che nell'altro, di fronte a un disturbo dell'umore può essere particolarmente cogente, per il clinico, la tentazione di "sbrigare la pratica", ossia occuparsi del sintomo per ridurlo o eliminarlo. Può dirsi la stessa cosa, ovviamente, per ogni altra condizione psichiatrica, ma credo che i disturbi affettivi – insieme ai disturbi psicotici – abbiano prodotto, nel tempo, il più lungo elenco di tentativi di cura, compresi interventi bizzarri e crudeli. (Senza un analogo coinvolgimento somatico sta accadendo qualcosa del genere anche con gli attuali disturbi di personalità, ma questo è un altro discorso).

La nosografia psichiatrica dei DSM – ma allo stesso modo molte etichette diagnostiche di matrice psicologica – possono costituire il contesto rassicurante all'interno del quale, una volta accertato il disturbo dell'umore, può cessare ogni altra domanda sul "contenuto esperienziale della psicopatologia" (cito a memoria Francine Shapiro): le operazioni successive riguardano la scelta del farmaco, oppure del protocollo psicoterapeutico da applicare.

Per onestà, bisogna dire che le cose non vanno perlopiù in questo modo: la prescrizione farmacologica come unico intervento terapeutico o la rigida applicazione di una psicoterapia più o meno manualizzata sono espressione di una *bad practice*, psichiatrica o psicoterapeutica che sia.

Molti psichiatri e molti psicoterapeuti, fortunatamente, sanno ascoltare il paziente disforico, nonché riflettere con lui sulla specifica forma in cui la sua sofferenza si intreccia con la sua esistenza di essere umano. Ma questa posizione, che è insieme cognitiva ed emotiva, non è automatica né esente da rischi di inopportune rigidità, difese disfunzionali (del curante), paure elaborabili con fatica. Se il "contagio" della psicosi minaccia la ragione, quello del disturbo dell'umore minaccia la quota disponibile di energia vitale: una carenza che ci confina nell'oscurità o una sovrabbondanza che ci condanna a una luce che ci acceca. Esistere cessa di *make sense*, come dicono gli inglesi: e questo "fare senso" ha tutta la pregnanza di qualcosa che si costruisce, anziché essere dato a priori.

Chi, a fronte di queste – e altre – difficoltà, desidera l'ausilio di un *know how*, non lo troverà in questo libro. Esso non ha pretese didattiche, ma conduce il lettore attraverso molti dei territori concettuali occupati dal tema della regolazione affettiva e fornisce con straordinaria generosità occasioni di pensiero che aiutino ogni clinico a mettere a punto il proprio modo di confrontarsi con l'argomento.

La scrittura di Fabrizio Gambini mi ha spesso ricordato quella di Alberto Arbasino (a mio giudizio uno dei più grandi scrittori contemporanei: è quindi una valutazione positiva) che, anche in una breve lettera al *Corriere* su un fatto di cronaca, non rinuncia a un certo numero di riferimenti che obbligano il lettore a scavare nella memoria per rintracciarvi il ricordo di un romanzo, di un film, di una poesia... oppure a partire alla caccia di citazioni a lui ignote, autori da scoprire, rimandi stimolanti che rinviano a ulteriori esplora-

zioni. Chi legge questo libro è trascinato in un universo denso di stimoli, che non intralciano tuttavia lo svolgimento del discorso complessivo, che è compiuto e argomentato.

Il “sapere di sfondo” del volume (per dirla con Popper) è il pensiero di Lacan, ma Fabrizio Gambini è un lacaniano atipico, perché scrive in un modo assolutamente comprensibile e lontano dall’irritazione che l’eccessivo uso di un gergo suscita nelle persone di buon senso. Anzi, quando impiega qualche termine meno familiare ai più, assolve meritoriamente al compito di spiegarlo con chiarezza.

Pare che Eraclito (non a caso detto “l’Oscuro”) avesse fatto scientemente la scelta della cripticità, un po’ per non essere copiato, e un po’ perché fosse difficile muovergli obiezioni. Esprimere in modo lineare il proprio pensiero espone infatti al rischio della critica e, senza dubbio, non su ogni argomentazione di questo volume i lettori potranno trovarsi d’accordo.

Personalmente, credo di nutrire per l’approccio *evidence based* una fiducia maggiore di quella che Gambini lascia intravedere (la *conditio sine qua non* è la correttezza metodologica); sono anche testimone di un cospicuo risveglio di interesse per la dimensione relazionale fra i colleghi comportamentisti e cognitivisti (peraltro, sono sempre più numerosi anche gli psicoanalisti che non interpretano come resistenza o come segno di poca alleanza il fatto che il paziente voglia ottenere dal trattamento un qualche sollievo dai propri sintomi).

Insomma, sono anni di fermento e di rimescolio, per chi si occupa di disturbi mentali e della loro cura. E sono anche anni di slanci e di arresti improvvisi: di nuovo, una sorta di bipolarità con la quale bisogna fare i conti.

Anche se “... le *band* si sciolgono senza un perché” (come canta Luca Carboni) e il dubbio della *vanitas* rimbalza dai nostri pazienti a noi e da noi a loro. Possiamo difendercene e – come si diceva una volta – oggettivare il malato e la malattia. Ma, a questo proposito, accolgo volentieri la raccomandazione di questo libro a non tenere il nostro oggetto di lavoro troppo separato da noi che ce ne occupiamo. È forse questo il modo per produrre, nel velo di cui parla Heidegger, qualche temporanea (e funzionale) apertura?

Riferimenti bibliografici

Aristotele, *Problemata* 30, 1. Tr. it. *La ‘melanconia’ dell’uomo di genio*, Il Melangolo, Genova, 1981.

Heidegger M. (1971), *Schellings Abhandlung über das Wesen des menschlichen Freiheit*. Tr. it. *Schelling. Il trattato del 1809 sull’essenza della libertà umana*, Guida, Napoli, 1998.

Shapiro F. (1995), *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*. Tr. it. McGraw-Hill, Milano, 2000.

Introduzione

*La patella,
che ha il colore dello scoglio
e ne simula la grigia rugosità
si rifiuta alle onde
perché sa
e non ama il rischio
né l'errare.*

C. Miletto

Sono tempi, i nostri, in cui un'attonita, quanto passiva e annoiata platea di professionisti della "salute mentale" sembra adeguarsi, senza colpo ferire, alla quasi totale scomparsa della nozione clinica di paranoia, alla clinica della psicosi sostanzialmente appiattita su quella della demenza, all'idea che i disturbi dell'umore vengano considerati alla stregua di un evento patologico da trattare life-time e all'interno del quale il benessere non è tale, ma corrisponde piuttosto al transitorio bilanciamento tra la spinta maniacale e quella depressiva e, ahimé, a molte altre affermazioni che potrei aggiungere all'elenco.

Certamente c'è da considerare l'enorme giro di denaro che le case farmaceutiche producono e che anima convegni prestigiosi, in cui presentazioni tecnicamente inappuntabili, sostengono le molte scoperte dell'acqua calda e le dotte metanalisi sulle molte scoperte dell'acqua calda che confermano che proprio di vere scoperte si tratta. Ma non basta, o almeno non mi basta. La nozione di pigrizia non è sufficiente a spiegare perché un'intera comunità di professionisti avvalli col proprio silenzio assenso questo tipo funzionamento. Né mi basta lamentare lo strapotere del pensiero unico. Non vorrei esser frainteso e che in qualche modo si possa pensare che io sostenga una posizione che aspira a militare da qualche altra parte rispetto alla scienza. Non è così, al contrario. Che la ricerca di base si dimostri alla lunga capace di produrre psicofarmaci più incisivi, e se possibile privi di effetti collaterali, è un'ottima cosa. Non altrettanto si può dire della riduzione del trattamento del paziente psichiatrico a un insieme di psicofarmacoterapia, di tecniche riabilitative e di psicoterapia cognitiva.

Evidentemente siamo di fronte ad un modello ideale, ad un sogno di molti e all'incubo di qualcuno (e io sono ovviamente tra questi). Provo a sintetizzarlo: 1. psicofarmacoterapia individualizzata basata sulla tipizzazione personale del genotipo funzionale supposto causare il comportamento disturbante se stesso e/o gli altri; 2. applicazione di tecniche riabilitative specifiche per il deficit identificato e quantificato mediante opportune indagini testologiche, relativamente alla o alle abilità compromesse; 3. psicoterapia

che, “probabilmente mediante l’apprendimento”, migliora la plasticità del substrato neuronale responsabile del complesso del comportamento umano. Perché dico che questo scenario è, per me, quello di un incubo? Spero che, alla fine di questo libro, la mia posizione risulti sufficientemente articolata da poter essere condivisa anche da chi non dovesse immediatamente riconoscersi. Per il momento la anticipo, sintetizzandola, in una frase: anche per i pazienti che dovessero meglio inserirsi in questo meccanismo non vi è comunque nessun ascolto, nessuna comprensione, nessuna riflessione sulle infinite forme individuali con cui un soggetto manifesta la sua esistenza, che è inconscia, e per questo non direttamente aggredibile da nessuna tecnica manipolativa, per quanto sofisticata aspiri ad essere. Curate in questo modo un paranoico e, se siete molto bravi, ne farete Hitler. Inoltre, dopo trenta anni di lavoro nella psichiatria pubblica, dai Manicomi retti dalle Amministrazioni Provinciali ai Dipartimenti di Salute Mentale gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, non posso e non voglio non pormi il problema dei perdenti¹. Si tratta di quei pazienti che, per qualche ragione, non rientrano nei percorsi che sono per loro prescritti. Letteralmente, si apre uno scenario fatto di gironi: chi non sostiene il livello di normatività proprio del primo, scivola nel secondo e così via, in una spirale di ingravescente brutalità e abbandono.

È a partire da queste considerazioni che, in qualche modo, ho provato a prendere il toro per le corna, ovvero ad affrontare direttamente, nel vivo della clinica psichiatrica e psicoanalitica, nella concretezza delle situazioni di cui mi capita di essere all’ascolto, la questione dell’affetto. Prendere il toro per le corna significa assumere il rischio di raccontare, di continuare a voler dire della propria clinica, senza riferirsi alla legnosità dei linguaggi precostituiti che la destituiscono, nello stesso tempo e con lo stesso movimento con cui la teorizzano.

Parlare di clinica psicoanalitica dei “disturbi dell’umore” sembrerebbe a prima vista una specie di contraddizione, consistente nel trattare psicoanaliticamente un concetto, come quello di “disturbo dell’umore”, che psicoanalitico non è.

In effetti si tratta, ed è bene dirlo subito, di una contraddizione, ma è una contraddizione che, non solo è volutamente articolata come tale, ma che è addirittura inevitabile.

In altre parole, che senso ha passare al vaglio della clinica psicoanalitica un concetto come quello di “disturbo dell’umore”, che non è propriamente

1. Ogni volta che mi capita di incontrare questo termine, “perdente”, mi sento personalmente e profondamente colpito dall’uso che ne fa una certa cultura, soprattutto anglosassone. *Looser* è l’epiteto che condanna irrimediabilmente un essere umano, qualunque sia la sua sofferenza e qualsiasi siano i suoi sforzi, a trascinare l’esistenza al margine di un sistema determinato dai supposti vincitori. Ricordo dalla lettura dello straziante libro di R. Saviano (*Gomorra*, Mondadori, Milano 2006), che non mi ha affatto sorpreso il fatto che la camorra, in tutte le sue articolazioni, traffici e appendici, designi se stessa come “Il Sistema”.

psicoanalitico e riconosce piuttosto un'origine decisamente psichiatrica? Per la psicoanalisi, in fondo in fondo, questo stesso concetto tende a stemperarsi nella nozione freudiana di melanconia e in quella, derivata dalla prima, di mania. È ovvio che per questo non ci sarebbe stato poi così bisogno di scrivere un libro.

Quel che ha mosso come una necessità questo libro è stato dunque qualcosa d'altro, che parte dall'insoddisfazione profonda per la categoria diagnostica di "disturbo dell'umore", e dalla correzione, prima di tutto epistemica, ma anche immediatamente e contingentemente clinica, che il discorso della psicoanalisi apporta alla concezione psichiatrica del problema.

Si tratta di una commistione tra psichiatria e psicoanalisi che a me sembra del tutto inevitabile a meno di non operare una scissione che ribalti sulla persona le caratteristiche dell'oggetto col quale si lavora così come viene definito dal *setting*. Evidentemente io sono uno psichiatra di formazione analitica o, se si preferisce, uno psicoanalista di formazione medica e specialista in psichiatria ma mai, in trent'anni di lavoro, ho pensato di avere di fronte un oggetto diverso a seconda del *setting* in cui mi capita che un discorso mi venga indirizzato. In altre parole, sia che il soggetto parli a partire da quella specie di abbandono del corpo in atto che è lo stare sdraiato sul lettino, sia che parli attraverso l'atto che porta eventualmente il paziente ad essere ricoverato in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, sempre, ciò che ritengo di aver di fronte, è un tratto di struttura che identifica e produce il soggetto del discorso inconscio da cui l'individuo è ampiamente determinato. Sia chiaro che questo non significa considerare il *setting* non influente rispetto al discorso che vi si produce. Tutt'altro. L'intero apparato psicoanalitico, dalle modalità del primo incontro o, prima ancora, dalla modalità con cui mi capita di rispondere alle richieste telefoniche per un primo appuntamento, è direttamente orientato a consentire l'espressione soggettiva all'interno del discorso cosciente in cui l'Io si riconosce. Forse si tratta anche di qualcosa di più; penso che ci si possa spingere fino a sostenere che il prodursi del soggetto è un effetto proprio al funzionamento dell'apparato psicoanalitico. Resta però che il soggetto che eventualmente lì si produce rileva di una struttura, di un funzionamento che gli è proprio prima e indipendentemente dal suo tradursi in atto o in parola. È questa struttura che fa sì che non si abbia di fronte un oggetto diverso a seconda dei *settings* in cui ci si trova ad operare.

Allora, quel che succede è che, rispetto ad una diagnosi di "disturbo dell'umore", mi trovo necessariamente all'ascolto di qualcos'altro che consenta di orientarmi nella direzione della cura.

In una certa misura questo accade sempre. Diciamo cioè, che mi succede sempre di essere all'ascolto di qualcos'altro, indipendentemente dalla diagnosi. Nella nozione di "disturbo dell'umore" c'è però qualcosa di particolare che merita di essere sottolineato.

Quando ascolto una persona che mi racconta di aver bisogno di produrre una complessa scenografia e una altrettanto complessa sceneggiatura per po-

ter accedere al proprio godimento sessuale, o quando ascolto qualcuno che mi interroga sulla sua immotivata paura dei gatti, o, ancora, quando ascolto qualcuno che è perseguitato da un ex compagno di liceo che non vede da trent'anni, ma che con mezzi tecnologici di grande sofisticazione ne condiziona, spia e determina il corso dei pensieri e delle azioni, allora, pur nell'operazione riduttiva implicita nel meccanismo stesso della diagnosi, so, e non posso fingere di non sapere, di essere di fronte ad un fenomeno che implica fino in fondo la nozione di linguaggio. In altre parole, nel primo caso parlerò opportunamente di perversione, nel secondo di fobia e nel terzo di paranoia, ma "perché i gatti", "perché quel montaggio" più o meno complesso, e "perché quel compagno di scuola", sono domande che non cessano di risuonare nella mente di un terapeuta minimamente avvertito e curioso del proprio lavoro. Al contrario la nozione di "disturbo dell'umore", facendo riferimento ad un'alterazione primaria del "sentire", si presta, diciamo così, a far recedere in secondo piano il significante: recessione di un elemento, che trascina con sé l'intera funzione del linguaggio. È un'osservazione comune che, di fronte ad una depressione, non si va tanto alla ricerca del perché e del percome; piuttosto, è della terapia mirata direttamente a modificare il tono dell'umore che si va alla ricerca. Anzi, per essere più precisi, la mancanza di un elemento significativo della storia individuale che sia pensabile nella funzione di causa della depressione, è uno degli elementi che indica la stessa depressione come un evento patologico. Patologico, tra l'altro, proprio perché senza causa identificata.

Ora, se da un lato questa osservazione va a nozze con una psichiatria che fa del riferimento sostanziale, e sostanzialmente totalizzante, al biologico la cifra del proprio funzionamento, dall'altro lato la stessa psicoanalisi riserva un interesse tutto sommato residuale alle situazioni che si presentano come distimiche, abdicando così in molti casi all'ascolto di forme di sofferenza che incontrano qualche difficoltà a porre in primo piano il valore della parola e del significante.

C'è poi una questione, diciamo così aggiuntiva, che non è a mio avviso da trascurare. Soprattutto nella percezione italiana della lettura che Lacan fa dell'invenzione freudiana, il ruolo dell'affetto rischia di apparire tutto sommato marginale, come se l'importanza data dai francesi al pascaliano *esprit de géométrie*, consentisse una sorta di messa in ombra della concettualizzazione del "sentire".

Anche da qui, dalla necessità di contrastare questa percezione un po' semplicistica, deriva il tentativo di costruire una clinica psicoanalitica attorno alla nozione di "disturbo dell'umore".

Se quello grossolanamente delineato è l'oggetto del mio interesse, qualcosa resta da dire sul metodo con cui questo oggetto è stato trattato.

A questo proposito vorrei proporre una metafora, che, come tale, vale quel che vale, ma consente a mio avviso di pensare una struttura per articolare le questioni con cui abbiamo a che fare e che cercherò di trattare in que-

sto libro. La metafora a cui penso è quella delle scatole cinesi o, se si preferisce, delle matrioske. La scatola più interna vede la presenza del terapeuta e del paziente direttamente a confronto durante la cura e comprende le osservazioni che in quella sede sono effettuate, gli scambi verbali e gli atti che lì si producono. Si tratta della scatola da cui intendo partire ovvero quella propria alla clinica dei Disturbi dell'umore in senso stretto. Questa scatola si trova però in una scatola più grande che non cessa di esistere per il fatto di essere sottratta alla vista dall'opacità delle pareti della prima. Questa seconda scatola è costituita dal valore d'uso delle parole e dai sistemi di riferimento concettuale che terapeuta e paziente, ognuno a suo modo, esprimono. Partendo dall'osservazione clinica non si può fare a meno di notare che le parole che utilizziamo, prima ancora che per descriverla, per poterla percepire, sono parole con le quali c'è costantemente il rischio del fraintendimento. D'altra parte un discorso che costantemente si pone il problema di chiarire con altre parole le parole di cui fa uso rischia di scivolare in un infinito vortice di rimandi in cui ogni elemento rimanda a qualcos'altro. Chi fa il lavoro di psicoanalista sa di cosa si tratta: è la struttura stessa dell'inconscio che, quando è a cielo aperto, costituisce un tratto proprio della psicosi. Dunque, al fine di non apparire troppo psicotico e, soprattutto un po' più chiaro, ho cercato di porre un limite al gioco dei rimandi, cercando in qualche modo di inquadrare la questione in un capitolo, la scatola intermedia, che parte proprio dalle parole e dal loro uso. La scelta delle parole trattate è avvenuta sulla base dell'indice di inflazione, di logoramento e di trascinarsi verso il senso comune che le stesse hanno subito nel corso degli anni. In larga parte si tratterà di osservazioni critiche, come tali sempre un po' fastidiose, soprattutto per chi come me è piuttosto portato a cercare ragioni per assentire piuttosto che dissentire. In realtà ho diviso ulteriormente questa scatola in due. Dapprima concetti e parole direttamente desunte dall'espressione della *doxa*, dell'opinione comune e del discorso corrente; poi le parole e i concetti che, almeno in origine, sono più legati al discorso che si vuole e che in effetti è scientifico.

Infine una terza scatola, quella più esterna, che mi è sempre sembrata di grande importanza, e che costituisce per me un nodo ancora in gran parte irrisolto. Si tratta dei rapporti tra lo psichico e il biologico e, relativamente a questo tema, dell'esercizio di una costante attenzione epistemologica che non consenta troppo facili scorciatoie. È un tema antico, in via di continua modificazione, nel quale sono però identificabili delle permanenze, dei nodi che permangono tali nella modificazione dei linguaggi, delle conoscenze scientifiche e dei riferimenti concettuali. Inoltre, ed è quello che più mi preme sottolineare, la nostra concezione di questi rapporti, per quanto implicita e subliminale possa apparire, informa di sé, direi in modo inevitabile, le nostre pratiche di ascolto e di intervento. L'esplicitazione delle nostre concezioni al riguardo costituisce dunque una condizione necessaria per pensare le stesse pratiche.