

## ESTENSIONI DELLA CLINICA PSICOANALITICA

### Abstract

**Giuseppe Moccia**

L'ampliamento delle indicazioni per la psicoanalisi ha reso possibile esplorare le ulteriori potenzialità terapeutiche del nostro metodo e del setting, a domandarci come sia vissuto dai pazienti non nevrotici, a come sia loro applicabile e ha generato nuove osservazioni e cambiamenti nella tecnica che di conseguenza hanno influenzato le teorie esistenti. Un esempio in tal senso è fornito, nella storia del movimento psicoanalitico, dai cambiamenti concettuali e tecnici introdotti nel campo analitico dalle osservazioni e dalla cura psicoanalitica dei bambini. Questi sviluppi della psicoanalisi hanno avuto un forte impatto sulla teoria della tecnica tanto che oggi nonostante l'accordo unanime della comunità psicoanalitica sulla importanza e la centralità del metodo c'è invece disaccordo sulla sua *unicità o molteplicità*.

Così il compito di allargare gli scopi clinici della psicoanalisi e la ricerca sulla plausibilità dei nostri concetti, pena il ripiegamento difensivo e l'isolamento della psicoanalisi dal proprio contesto storico e culturale, unito all'esigenza di conservare la propria unitarietà teorico-disciplinare, la specificazione del proprio metodo e del proprio oggetto, ha prodotto uno sforzo oramai quasi trentennale di definire *i criteri invariati e condivisi della esperienza psicoanalitica*.

Sappiamo che l'articolazione fra il setting ed il metodo, utile al funzionamento della coppia analitica in un assetto mentale consapevole - libere associazioni/attenzione liberamente fluttuante - molto simile al funzionamento del sogno, è stata la formidabile scoperta di Freud per operare un allentamento dei processi secondari, per accedere all'indagine sui derivati inconsci e operare una decostruzione del soggetto. Ma nella cura psicoanalitica dei pazienti non nevrotici, affetti da pervasive incertezze identitarie, spesso risalenti a precoci esperienze traumatiche, non possiamo dare per scontato fin dall'inizio un adeguamento collaborativo alle regole del setting e l'abbandono alle libere associazioni. Molto spesso sono in gioco angosce di ripetizione traumatica e limiti evidenti della pensabilità così che la comunicazione del paziente prende spesso le forme della sensazione-emozione, dei comportamenti e dell'agito, in definitiva dell'*azione come via di espressione di esperienze non formulate*.

Tutto questo richiede nella pratica clinica una *flessione del dispositivo* osservativo, una *attenzione alla interazione fra analista e paziente* e una *estensione dell'associatività psichica* ai linguaggi clinici non verbali (il corpo, l'azione, i modi di mettersi in rapporto) attraverso la quale la funzione simbolizzante dell'analista costruisce con il paziente esperienze per la prima volta pensabili.

Il lavoro esplora nella teoria e nella clinica alcune differenti prospettive sulla specificità della psicoanalisi, sulle modificazioni del setting e sui presupposti teorici e clinici che li informano.