



Marco Nicastro

# PSICANALISI, CURA, LIBERTÀ

*Appunti per una concezione soggettivistica del lavoro clinico*

Si ringrazia Polimnia Digital Editions per avere  
gentilmente concesso la riproduzione di questo testo,  
ottavo numero dei *Quaderni di Polimnia*, aprile 2021.

# Psicanalisi, cura, libertà

## *Appunti per una concezione soggettivistica del lavoro clinico*

Lo psicoanalista dovrebbe ripromettersi di raggiungere uno stato mentale tale da sentire, ad ogni seduta, di non aver mai visto prima quel paziente. Se sente di averlo già visto, sta trattando il paziente sbagliato.

W. R. Bion, *Cogitations*

Andando in cerca di nuove letture, spinto da un po' di noia e dalla motivazione a trovare qualcosa di intellettualmente stimolante rispetto ai soliti libri dal taglio clinico-manualistico, mi sono imbattuto nuovamente nelle pubblicazioni della Polimnia Digital Editions, casa editrice che conosco abbastanza bene avendo pubblicato nel 2018 un libretto sulla psicanalisi per i suoi tipi<sup>1</sup>.

In questa perlustrazione disordinata del catalogo, la mia attenzione è stata catturata dal progetto dei *Quaderni di Polimnia*, piccole pubblicazioni gratuite dal taglio filosofico-psicoanalitico messe a disposizione dei lettori da un editore che, nel suo piccolo, svolge una meritoria attività di creazione e diffusione culturale. Infatti i *Quaderni* non solo sono prodotti curati da un punto di vista editoriale e messi liberamente a disposizione di chi voglia consultarli, ma invitano il lettore esplicitamente a partecipare con un suo contributo al dibattito su alcuni dei temi di volta in volta toccati in queste pubblicazioni. Una vera e propria “chiamata alle armi” della cultura, che mi pare oggi unica nel suo genere e che concretizza ciò che un vero editore dovrebbe fare: provare a creare e diffondere cultura, favorire la circolazione e la condivisione di teorie e idee tra i lettori, anche senza fini di lucro. Ancor più rilevante il fatto che l'invito rivolto al lettore è a una riflessione critica su tali questioni, che quindi contempra la possibilità di

<sup>1</sup> M. Nicastro, *Pensieri psicanalitici. Riflessioni non ortodosse sulla psicanalisi*, Polimnia Digital Editions, Sacile (PN) 2018.

non essere d'accordo con quanto espresso nei *Quaderni*, purché si abbia il desiderio di partecipare seriamente con alcune argomentazioni al dibattito proposto.

Stimolato dunque non solo dalle tematiche affrontate all'interno dei *Quaderni* ma anche dall'invito diretto che mi sono sentito rivolto al momento della lettura, in particolare dei saggi di Giovanni Sias e di Moreno Manghi, ho deciso di scrivere alcune riflessioni sparse (spero non troppo) sulla clinica psicanalitica, a partire da quello strettissimo legame tra pratica personale e ricerca teorica che Manghi (curatore dei *Quaderni* nonché editore di Polimnia) cita come aspetto centrale, rifacendosi all'ultimo Lacan, dell'attività di un clinico psicanalitico<sup>2</sup>.

Devo comunque precisare che quando parlo di clinica psicanalitica ne parlo in senso molto lato, perché non pratico la psicanalisi per come viene solitamente intesa, ossia come una cura caratterizzata da un certo setting (frequenza di sedute, lettino, libere associazioni, lavoro sul transfert), anche se la mia formazione è psicanalitica, leggo frequentemente saggi clinici psicanalitici, e mi rifaccio nel mio lavoro ad alcune modalità tipiche di questo metodo di cura. Debbo inoltre dire che intendo il termine "cura" nel senso di attenzione intensiva prestata al paziente, e non nel senso di processo di guarigione dello stesso da un certo tipo di malattia (con l'idea di normalizzazione che ne consegue), trovandomi credo anche qui abbastanza d'accordo con quanto espresso da Manghi nel secondo *Quaderno* della collana. Parto quindi dal presupposto di non essere psicanalista, e forse di non sapere più nemmeno quale sia esattamente il mio orientamento clinico, di non riuscire più tanto bene a identificarmi, cioè, con alcun orientamento clinico così come definito nei manuali. Per questo mi riservo di usare in modo intercambiabile, anche per praticità, la parola "psicanalista" con quella di "psicoterapeuta" o "clinico" (ma anche quella di "psicanalisi" e di "cura"), consapevole della differenza che tra esse viene ritenuta esistere da alcuni degli autori a cui qui farò riferimento e coi quali ho voluto specificamente mettermi in dialogo scrivendo questo contributo.

Credo infatti di dedicarmi ad una forma terapeutica (anche qui, senza obiettivi prettamente terapeutici, cioè di guarigione da una malattia) che si ispira alla psicanalisi innanzitutto quanto all'importanza di esplorare assieme al paziente la propria interiorità e gli scambi che avvengono in seduta oltre che nella sua vita quotidiana. Una tensione esplorativa volta alla comprensione del mondo interno del paziente e finalizzata ad una sua maggiore integrazione, ad un suo ampliamento, perseguendo quindi in qualche modo una crescita della complessità della sua capacità di espe-

<sup>2</sup> Cfr. M. Manghi, *La consegna di Giovanni Sias*, Polimnia Digital Editions, Sacile (PN) 2020, p. 12. Vedi anche M. Nicastro, "Questione di metodo. La psicoterapia tra tensione etica e rigore intellettuale", *Psichiatria e Psicoterapia*, 2, 2020, pp. 79-90.

rienza cognitiva e emotiva. Ciò comporta da un lato certamente la possibilità di sperimentare un maggior livello di dolore mentale per un aumento della consapevolezza e della capacità di rivolgere lo sguardo verso di sé; dall'altro una accresciuta capacità di elaborazione e di tolleranza di questo stesso dolore, che può essere espressa anche come una maggiore capacità di sopportare l'ambivalenza dei sentimenti. Si può essere d'accordo anche qui dunque con Leclaire (citato in una nota da Manghi<sup>3</sup>) quando riteneva importante, in modo ironicamente paradossale, come esito principale di una cura psicanalitica la crescita dell'angoscia sperimentata dal paziente. Questo per dire che la cura psicanaliticamente intesa non mira a normalizzare chi è in cura, ossia a renderlo una persona meno sofferente, e quindi secondo la mentalità materialistica e competitiva diffusa nel mondo contemporaneo un individuo più sicuro, più attivo e produttivo, quanto una persona più capace di esperire il dolore psichico e tutti quei sentimenti penosi che possono creare tensione e conflitti interiori.

In tal senso la psicanalisi è una cura fuori moda o che un certo tipo di società potrebbe cercare di contrastare, perché alla società materialistica interessa primariamente che l'individuo sia capace di inserirsi nel ciclo produttivo dando il suo contributo concreto senza essere rallentato o disturbato in tale processo dalla sofferenza psichica. D'altronde non è questo lo scopo principale della diffusione degli psicofarmaci, di una cura intesa in senso chimico (e quindi materiale) come riduzione della sofferenza psichica per consentire al soggetto di riprendere la sua vita ritenuta "normale"? infatti, secondo questo paradigma, curare psichicamente è riportare gli individui sofferenti a livelli più bassi di sofferenza nel più breve tempo possibile attraverso un'azione chimica diretta sul loro cervello, evitando che la società da tale sofferenza possa averne un danno nel suo ordine sociale, morale o nel suo andamento economico. Viene da pensare, ma è un pensiero forse peregrino, che i manuali statistici e diagnostici dei disturbi mentali siano un riflesso di questa impostazione di fondo, di questo modo materialistico di intendere la sofferenza mentale, e che facciano parte della sovrastruttura (medica e giuridica) volta alla conferma di quell'ideologia materialistica di fondo, utili a creare consenso intorno ad essa decretando cosa non sia normale o meno per una società che non deve fermarsi nella sua spinta produttiva e consumistica<sup>4</sup>. Il guaio è che in questo processo viene persa di vista l'individualità e il valore della soggettività irripetibile di ciascuno e quindi anche dei più sofferenti; conseguentemente la riflessione sui significati e sulle esperienze storiche di cui tali soggetti si fanno portatori perde di importanza perché comporterebbe un'eccessiva perdita di

<sup>3</sup> Cfr. M. Manghi, cit., nota 5, p. 10.

<sup>4</sup> Cfr. G. Sias, *La psicanalisi oltre il Novecento*, Polimnia Digital Editions, Sacile (PN) 2018.

tempo, che una società sempre più frenetica nelle sue scoperte e nella sua evoluzione non può permettersi. In tal senso la cura psicanaliticamente intesa è un processo di valorizzazione di ogni soggettività, una ricerca di un proprio modo di stare al mondo e con gli altri migliorato da una maggiore consapevolezza e capacità di elaborazione psichica del dolore. Per questo tale percorso può essere inteso come un vero e proprio processo di soggettivizzazione, e quindi di responsabilizzazione dell'individuo, con potenziali vantaggi anche per la collettività, che nel suo funzionamento dovrebbe giovare di individui più consapevoli di sé e più responsabili delle proprie azioni, anche se, proprio per questo, più sicuri di chi sono e meno malleabili dinnanzi ai tentativi di influenzamento e di massificazione. Ed è questo che, al contrario, una società normalizzante nel senso sopra descritto può invece effettivamente temere.

In effetti, se una società medicalizzata conosce e identifica l'individuo psichicamente sofferente attraverso le diagnosi stabilite in alcuni manuali, essa non può che diffidare di qualsiasi pratica che cerchi di andare nello specifico e dunque nell'irriducibilità di ogni soggetto ad una categoria medica prestabilita.

Ma come è possibile ridurre l'individualità di un paziente a una diagnosi dotata di pochi e predefiniti criteri che sono validi per altri migliaia di pazienti che però hanno una storia, una cultura, un'intelligenza e in generale un retroterra socio-culturale-esperienziale differente? In un modo solo: attraverso la semplificazione e la parcellizzazione della sua soggettività, che i criteri della diagnosi evidenziano.

Si tratta del metodo scientifico di stampo positivista applicato ad un oggetto di studio estremamente complesso come la psiche (o il comportamento umano). La scienza materialistica deve trovare le leggi che sottostanno ai fenomeni di cui si occupa in modo da poterli capire, riprodurre e prevedere, e per trovarle deve scomporre quei fenomeni in parti più semplici in modo da poterli studiare nei setting sperimentali, perché se l'oggetto di studio rimane molto complesso alcune variabili in esso intervenienti non saranno controllabili in quei contesti, inficiando la correttezza delle conclusioni raggiunte, che consistono di solito in nessi causali tra le parti del fenomeno. Ma è proprio questo processo di semplificazione, evidente nei criteri diagnostici stabiliti dai manuali di psichiatria, che altera la natura complessa dell'oggetto di studio "psiche", rendendo in sostanza invalido l'intero processo di conoscenza degli individui attraverso quei criteri<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Per cui può ben essere che un disturbo potrebbe comunque essere presente all'occhio esperto e sensibile di un clinico anche se diversi criteri stabiliti da un manuale non sono presenti, oppure pur con diversi criteri individuabili dal clinico il disturbo potrebbe non essere presente. Ciò perché in un ambito come la psicologia clinica chi conosce non è separabile dall'oggetto conosciuto (come in altre discipline scientifiche) e

Se penso bene a qual è lo scopo di questa semplificazione, mi viene da pensare che sia quello cui prima accennavo, ossia la possibilità per un certo sistema sociale di risolvere da un punto di vista diagnostico e terapeutico il problema della sofferenza psichica nel più breve tempo possibile, rifacendosi a procedure sempre uguali e replicabili (standardizzate) come i prodotti industriali, con un ovvio vantaggio economico per il sistema stesso. In assoluto, i trattamenti che si confanno meglio a quest'ottica sono quelli farmacologici, seguiti dalle varie forme di interventi brevi e manualizzati fatti per i vari specifici problemi mentali.

Sì, perché la scienza, che attiene all'ambito della teoria, ha la sua espressione concreta e reale nella tecnica, e ciò che oggi sempre più si chiede ad un clinico, specie se lavora negli apparati sanitari dello Stato, è di applicare certe tecniche di diagnosi e di cura per risolvere quei problemi. L'obiettivo è di spezzettare la complessità della psiche e delle sue manifestazioni "patologiche", di associare queste a tecniche risolutorie altrettanto specifiche codificate in alcuni manuali e di portare i clinici ad apprendere quelle tecniche per poi applicarle con i pazienti che dovessero aver bisogno di aiuto. In sostanza si tratta di una disumanizzazione del processo di cura, con il clinico che non guarda più alla specificità del paziente – che significa anche complessità, la qual cosa richiederebbe fatica e tempo aggiuntivi, e per il sistema sarebbe uno spreco di risorse economiche – e somministra la stessa tecnica in base al problema mostrato, al sintomo individuato, indipendentemente dal soggetto che lo presenta e dalla sua storia. È anche chiaro che ciò comporta l'acquisizione di un certo potere sui potenziali pazienti da parte degli esperti che ben conoscono quelle metodiche diagnostiche e quelle tecniche di intervento sancite dal sistema, che è proprio l'opposto di ciò che dovrebbe avvenire nel processo di cura di un paziente, volto invece all'acquisizione di un suo potere sulla propria sofferenza ma anche sulla realtà in genere.

Le persone si affidano ai terapeuti per il proprio problema specifico, riducendo esse stesse la propria complessità ad un sintomo; ma questo è un gioco che il paziente deve fare, è una difesa dalla realtà, molto più complessa, della propria condizione psichica. Ciò che è grave è che la comunità che si occupa di benessere e salute mentale sancisce questo processo di semplificazione attraverso la scomposizione della psiche in diversi segni sintomatologici di sofferenza, stabilendo di poter affrontare questi sempre con le stesse modalità conosciute da tecnici specializzati. È in sostanza la replica in ambito psicologico del modello medico. Tuttavia mentre questo agisce sui corpi (e il corpo è un vero oggetto, non ha una sua coscienza o volontà), la psicologia clinica o la psicanalisi – nel senso lato in cui la

la conoscenza che emerge deriva dall'interazione e si costruisce nell'interazione continua e bidirezionale tra soggetto e oggetto della conoscenza.

intendo – si occupa della psiche dell'individuo, che invece è un apparato dotato di coscienza e volontà per definizione (oltre che di un inconscio), e che quindi contro-reagisce in modo libero (almeno parzialmente) e imprevedibile (almeno parzialmente) all'intervento di cura. La diagnosi, nel processo di cura, ha un suo effetto quindi, non è un'operazione di conoscenza neutra di un soggetto su un oggetto da questo nettamente separato. È una comunicazione, un atto clinico non privo di effetti sul soggetto che lo recepisce, ma che anzi contribuisce alla definizione dell'identità del soggetto. In pratica, si fanno i conti senza l'oste, oppure si interviene su una parte del tutto escludendo il resto, che pure ha la sua importanza.

Il risultato, come detto, è il conferimento di un potere al clinico e la sottrazione di potere al paziente, ma anche la sottrazione di responsabilità sia al clinico che al paziente perché questa è in capo alla tecnica usata. Se poi la tecnica non funziona o funziona solo parzialmente o è addirittura controproducente, si cercheranno delle giustificazioni che possano mantenere lo status quo del sistema diagnostico-terapeutico oggettivante sopra descritto, perché la tecnica non può fallire ma è il terapeuta che non ha saputo applicarla, oppure il paziente che non era sufficientemente motivato alla cura<sup>6</sup>.

La disumanizzazione dell'uomo, frutto della sottomissione della complessità all'ideale della semplicità, della prevedibilità e della replicabilità tecnica, comporta un generale impoverimento dei rapporti e di quelle capacità intuitive ed emotive – per questo ritenute irrazionali, cioè non facilmente descrivibili, codificabili e prevedibili nell'ottica scientifica – che rendono gli esseri umani tali qualunque sia il loro ambito di azione, quindi anche quello della cura. E credo che ogni clinico dovrebbe nel suo intimo opporsi criticamente a questo processo, ovviamente in modi che, specie se lavora in apparati dello Stato, non gli si ritorcano contro.

La cura intesa in senso psicanalitico deve contrastare tale processo di semplificazione e disumanizzazione del soggetto, messo in atto dalla tecnica nei vari ambiti del sapere. Si tratta di un lavoro nell'oscurità, volto alla protezione delle persone nella loro specificità storico-biografica e nella loro particolare forma di sofferenza, attraverso la realizzazione di un ascolto non pregiudizievole che secondo il motto socratico “sa di non sapere” e che lavora «senza memoria e senza desiderio»<sup>7</sup>. Questo tipo di lavoro non fa riferimento a diagnosi costruite al di fuori dell'incontro col paziente e non ipotizza una guarigione intesa unicamente come scomparsa di un sintomo-problema (e quindi uguale per tutti coloro che presentano analoghi

<sup>6</sup> «Ci siamo ormai da tempo consegnati in ostaggio della teologia della competenza, per cui non esiste aspetto delle relazioni umane che non debba essere affidato a un controllo di esperti che hanno il compito – politico: lo sappiano o no – di disabilitare la gente, impedendole di prendere decisioni e iniziative per proprio conto (o di coltivare dubbi e indecisioni)». Cfr. M. Manghi, cit., p. 10.

<sup>7</sup> Cfr. W. Bion (1970), *Attenzione e interpretazione*, Armando, Roma 1973.



sintomi-problemi). Perché lavorare in questo modo significherebbe indicare una via al paziente prima ancora di averlo conosciuto, mentre la via psicanalitica è un percorso che il clinico e la persona in cura devono fare assieme, che devono aprire faticosamente nel tempo, in un processo lento e con esiti che non si conoscono a priori.

Per affrontare con mente sgombra questo compito lo psicanalista deve quindi allontanarsi da ogni forma di epigonismo, smettere di ripetere il dettato teorico-clinico dei propri maestri, avere il coraggio di esplorare nuove vie: quelle che il rapporto specifico col suo paziente lo porta ogni volta a percorrere. Deve quindi smettere l'*habitus* dell'analista che, come dice ancora Sias, può facilmente trasformarsi in una armatura, in un sintomo, e aprirsi invece autenticamente all'incontro misterioso e mai prevedibile col paziente, consapevole che «nel campo psicanalitico la teoria può sorgere solo e soltanto dalla pratica»<sup>8</sup>.

Solo così il curante può aiutare chi è in cura a costruire, a far emergere la propria soggettività, ampliando la sua capacità di introspezione, rafforzando la sua capacità di elaborazione creativa dei conflitti interni e quindi anche il suo spazio di libertà. Solo così il curante può lavorare per aiutare l'altro a trovare un proprio modo di realizzarsi e difendersi dalle pressioni della società e delle proprie paure. Per far questo ovviamente lo psicanalista deve lavorare con la consapevolezza che ogni individuo è un caso a sé e che nessuna teoria o strategia terapeutica potrà salvarlo dall'angoscia dell'incontro con l'altro, a meno di smettere di ascoltare realmente l'altro e agire sulla base delle proprie teorie, che poi sono teorie di altri (magari più illustri) che non hanno mai incontrato quello specifico paziente. Per questo in realtà la clinica è costretta a modificarsi e rinnovarsi ad ogni nuovo incontro con l'altro, che ha bisogno di ricevere un'attenzione specifica dal terapeuta, di essere guardato nella sua unicità. Egli ha bisogno di un terapeuta che come un sarto sappia cucirgli addosso un vestito su misura. Se ciò non avviene il rischio sarà quello del fallimento della cura, con un abbandono precoce della stessa da parte del paziente, oppure (ancora peggio) con un paziente che rimane in cura per anni costruendo una falsa identità sulla base di quelle teorie precostituite che il curante ha usato per relazionarsi con lui e comprenderlo. La cura analiticamente orientata si configura quindi come una sfida al "supposto sapere" del terapeuta e della teoria psicanalitica in generale, che deve sempre rinnovarsi da un punto di vista contenutistico e linguistico se vuole cogliere e chiarificare il *quid* specifico della sofferenza di ogni persona<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Cfr. G. Sias, cit., p. 11.

<sup>9</sup> «Se lo psicanalista non coglie che ha di fronte un uomo, senza alcuna aggettivazione che lo qualifica dal punto di vista psichico, può solo impedire quell'evento che è l'esperienza psicanalitica, anche se la chiamerà psicanalisi». Cfr. G. Sias, cit., p. 20.

Certo, è una sfida difficile da accettare. È una sfida alla mentalità medico-scientifica dominante, che spesso vince con la sua proposta rassicurante di soluzioni terapeutiche facili e lineari dinnanzi alla complessità dello psichico. Ed è una sfida anche agli interessi delle associazioni e dei gruppi psicanalitici e psicoterapeutici, interessi che riguardano l'ambito identitario, ma anche quello economico e sociale. Ma è una sfida che ogni clinico deve cogliere con umiltà nella propria attività professionale, senza pensare di fare l'eroe, specie quando lavora in ambiti istituzionali pubblici che si basano su determinate metodiche di diagnosi e cura, ma cercando sempre un equilibrio tra queste e le esigenze soggettive prima descritte, guardando le prassi istituzionali della cura psichica con occhio critico, ben consapevole dei loro limiti e delle loro incongruenze epistemologiche, ma anche di ciò che di positivo è presente in esse<sup>10</sup>. In questa sfida è importante il dialogo, lo scambio, anche informali, con colleghi che si pongono le stesse domande, coltivando quello spirito di associazione in una sorta di rinnovata comunità psicanalitica, più aperta ai contributi di varie professionalità e più flessibile nei suoi presupposti, quale lo stesso Sias nello scritto qui citato auspicava. Si tratta di una pratica di cura, cioè di attenzione e ascolto dell'altro, che può realizzarsi solo se si abbandonano le certezze precostituite della scienza psichiatrica e di qualsiasi teoria che voglia spiegare il soggetto prima dell'incontro con lui, e se l'analista, sia nello scambio coi pazienti che in quello con altri professionisti, anche di diverso orientamento, si mette ogni volta in discussione e rimane aperto alla possibilità di apprendere qualcosa di sé, della realtà psichica, del mondo, che prima non conosceva. Questo lavoro, che è di allentamento e rivisitazione continui dei propri vincoli identitari, è qualcosa che riguarda non solo chi chiede un aiuto ma anche e sempre l'analista, sia dentro il processo di cura che nella propria vita quotidiana. Anche lui è in gioco con tutto sé stesso nel processo di cura e non può che essere così se vuole che tale processo sia realmente trasformativo. Uno psicanalista che non sa mettere in discussione continuamente la propria identità professionale, senza aderire a nessun

<sup>10</sup> In tal senso quindi non mi sento di essere categorico come Sias relativamente alla questione dell'inconciliabilità del concetto di psicanalisi con quello di psicoterapia, o del ruolo dello psicanalista in un'istituzione pubblica di cura che segua quei presupposti teorici medico-scientifici prima indicati. Come prima accennato, non credo che tutto ciò cui è giunta la psichiatria ufficiale, anche quella di matrice organicista, sia da rifiutare. Penso ad esempio ad un uso mirato di psicofarmaci in certe specifiche condizioni. Credo sia più che altro una questione di consapevolezza critica del clinico circa il proprio ruolo all'interno dell'istituzione e della capacità di operare in un modo psicanaliticamente orientato anche all'interno delle istituzioni, pur con tutti i limiti del caso. E anche questo è forse uno dei segni di quella flessibilità e apertura mentale che si richiede allo psicanalista oggi, in un'epoca così complessa e "liquida". Certo è che nessun ambito può garantirgli una libertà e coerenza epistemologica nella propria pratica come il proprio studio privato.

“significante-teoria” se non a quelli creati all’interno del suo specifico legame col paziente, non può far bene questo mestiere. Ripeterà infatti modelli che sono stati validi in altre epoche o in altre situazioni cliniche, e collaborerà col paziente, magari inavvertitamente, alla costruzione di una falsa identità basata su concetti che non vengono dal soggetto in cura ma dalle teorie di riferimento dell’analista. In qualche modo, ad ogni seduta l’analista deve essere capace di superare simbolicamente il proprio Padre, di allontanarsi da ciò che dice e impone, pur nella conoscenza e nel rispetto dei suoi dettami. Solo così egli può essere realmente libero e condurre col paziente un’analisi all’insegna della libertà di dire e di essere in seduta; solo così può sentirsi effettivamente responsabile, assieme all’altro, del processo di cura.

Si tratta di un atteggiamento che vedo come profondamente etico e che andrebbe coltivato nella vita di ogni giorno, attraverso un’abitudine all’introspezione e al praticare i diversi campi del sapere umano, e soprattutto, mi viene da dire, perlustrando i territori dell’arte, che hanno la capacità di contattare maggiormente e in modo più libero non solo la dimensione dell’inconscio ma anche quella del mistero e della complessità in genere. Un atteggiamento certo difficile da mantenere, perché come detto porta a mettere continuamente in discussione, nel proprio lavoro come nella propria vita di ogni giorno, quando si smette l’*habitus* di psicanalista, la propria identità. Ed è proprio a causa di questa difficoltà che si attivano quelle resistenze che prendono la forma di teorie psichiatriche semplicistiche e spiegazioni lineari del comportamento umano. È tuttavia un lavoro necessario; e se non lo fa l’analista (o il filosofo, o lo psicoterapeuta analiticamente orientato), che hanno a cuore la singolarità dell’individuo, non lo farà nessuno.

È ciò che significa per Sias rimanere sempre “analizzanti”<sup>11</sup>: mantenersi aperti al cambiamento dei propri presupposti identitari, in dialogo creativo con altri, nella professione come nella vita di ogni giorno.

<sup>11</sup> Cfr. G. Sias, cit., p. 27.