

Seminario d'estate 2022 : L'angoscia

Giovedì 24 agosto

Thierry Roth

Dove si situa l'angoscia nella clinica delle dipendenze?

Comincerò con l'esprimere un piccolo rimpianto, quello di dover leggere il mio testo, scritto peraltro da diverse settimane, per motivi di traduzione ovviamente. È il prezzo da pagare per permettere il buono svolgimento di questo congresso bilingue (dunque ne vale la pena). Nel prosieguo di questo seminario d'estate sull'angoscia, tenterò di rispondere alla domanda seguente: dove si situa l'angoscia nella clinica delle dipendenze?

Nel maggio del 1970 (nel *Rovescio della psicanalisi*), rispondendo per l'ennesima volta alla critica che gli veniva fatta da alcuni di trascurare gli affetti, Lacan insiste: «l'angoscia è l'affetto centrale, ed è quello intorno a cui ruota tutto». Non è per niente che vi aveva consacrato tutto un anno del suo seminario, alcuni anni prima. L'angoscia, che «non è senza oggetto», precisa Lacan, rinviando così alla funzione fondamentale dell'*oggetto a*, l'angoscia dunque non è sempre facilmente reperibile nella clinica, eppure essa è ovunque, più o meno dissimulata, «affetto centrale» dunque.

Non è facilissimo individuarla nell'isteria, a causa di certi sintomi di conversione, come notava benissimo Freud. Essa si coglie più facilmente nelle ingiunzioni tipiche della nevrosi ossessiva, anche se il suo oggetto non è mai quello giusto. In maniera generale, per descrivere l'angoscia nelle strutture nevrotiche, diremo – molto succintamente – che essa è legata all'interrogativo che riguarda il desiderio dell'Altro. Che sacrificio dobbiamo fare, o non abbiamo fatto, che comportamento assumere per essere in conformità con l'attesa del grande Altro. A cosa bisogna rinunciare? Questo ci rinvia al famoso *oggetto a*, quell'oggetto causa del desiderio che sfugge sempre e implica così una mancanza fondamentale, centrale, che permette la dimensione del desiderio. Se quest'oggetto compare nel campo delle rappresentazioni, se dunque la mancanza viene improvvisamente a mancare per un soggetto, sorge l'angoscia. Si capisce bene che la castrazione è ciò che preserva dall'angoscia, e non ciò che la causa. (Lacan qui si distanzia un poco da Freud.)

Nelle psicosi, appunto, con quei pazienti esclusi in qualche modo dall'accesso alla castrazione simbolica, l'angoscia è diversa e ancora più massiccia, più diretta, poiché l'Altro, qui, si mette direttamente a parlare, a invadere il soggetto, a otturare ogni mancanza possibile.

Il soggetto spesso non trova quasi più possibilità di esistenza. È il dramma, toccante, doloroso, e assai difficile da trattare, ovviamente, di fronte al quale ci mettono certi pazienti psicotici, assaliti, invasi dall'angoscia, con «in tasca quell'*oggetto a*», sempre troppo presente, come ricordava spesso Marcel Czermak.

Ma dove situare l'angoscia nella clinica delle dipendenze? Nel 1915, Freud aveva scritto un articolo intitolato «Comunicazione di un caso di paranoia in contrasto con la teoria psicoanalitica». Anche se alla fine cadeva più o meno in piedi, si era comunque lasciato scuotere e interrogare dalla clinica, nella fattispecie da un caso che sembrava contraddire la sua teorizzazione della paranoia. Lo dico perché talvolta (il più delle volte in centri specialistici ma non solo) s'incontrano *addicted* gravi che sembrano anch'essi smentire la teoria, in ogni modo la teoria lacaniana dell'angoscia. Proviamo a vedere se anche noi, come Freud, alla fine cadremo pressappoco in piedi, oppure no.

Se l'angoscia, come ci dice Lacan nel suo seminario del novembre 1962, «è quando qualcosa, non importa cosa, compare al posto che occupa l'oggetto causa del desiderio», vale a dire quando il posto della mancanza fondamentale viene occupato da un oggetto che viene a otturare, allora, ci diciamo, il tossicomane cronico dovrebbe essere intriso d'angoscia! Se c'è qualcuno che ha trovato l'oggetto che va a colmare l'appetito di godimento e a otturare la mancanza che dovrebbe permettere il desiderio, è il tossicomane. (Qui parlo di dipendenze severe e croniche.)

Il tossicomane non ha trovato un sostituto qualsiasi, un oggetto di consumo come un altro, la cosa alla moda: ha trovato *il* prodotto adatto a lui, il suo prodotto, il suo oggetto. Del resto, è interessante individuare nella clinica una certa diversità tra i tossicomani, che potremmo tentare di spiegare se avessimo più tempo (non oggi, dunque): per alcuni è l'eroina e assolutamente non la cocaina, per altri è il contrario, per altri ancora saranno gli allucinogeni, o un certo miscuglio di prodotti e assolutamente non un altro... Ognuno, dunque, ha trovato il suo oggetto di godimento, che gli fa evitare il confronto con la mancanza, col desiderio, con la castrazione. Eppure, malgrado questa otturazione della mancanza, non si trova alcuna traccia di angoscia tra i dipendenti gravi, il che sembra contraddire la teoria lacaniana dell'angoscia. Quante volte non ho visto arrivare nel mio studio pazienti di cui mi chiedevo come potessero essere ancora vivi e reggersi in piedi, e come avrebbero potuto anche solo rientrare a casa. Se ne vedono altri distruggersi progressivamente, essere colpiti da malattie più o meno incurabili,

e poi riprendersi (con alti e bassi) e addirittura scherzare sulla loro capacità di ingannare la morte. Non sembrano angosciati dalle conseguenze delle loro pratiche, sono come «a lato dell'angoscia», non coinvolti! Dov'è finita dunque quell'angoscia che, se seguiamo Lacan, dovrebbe assalire simili pazienti che hanno il loro oggetto che tappa l'apertura centrale (come potremmo illustrare facilmente nello schema del nodo borromeo)?

Qualcuno ricorda di certo che, un bel po' di anni fa, Charles Melman aveva parlato delle droghe come di «sessolitici», perché il più delle volte questi prodotti potevano permettere di risolvere il problema del sesso. Proporrei di andare ancora un po' oltre, per tentare di spiegare quello di cui sto parlando oggi. Le droghe possono essere non solo dei *sessolitici*, ma ancor più ciò che chiamerò dei *soggettolitici*! Infatti, esse possono permettere di risolvere il problema del soggetto, di dissolverlo (come può far intendere l'etimologia di questo neologismo). Le droghe, spesso, non permettono soltanto di evitare il confronto con la questione sessuale, ma di evitare il confronto con il desiderio, con la responsabilità soggettiva, con il dovere, con l'Altro... È l'esistenza del soggetto a sembrare anestetizzata, messa da parte, dissolta – per lo meno provvisoriamente. È per questo, mi sembra, che questi pazienti non sono neppure più angosciati. Bisogna essere un soggetto desiderante per provare l'angoscia, che è appunto legata alla struttura del desiderio, come ha spiegato Lacan. Ecco, dunque, che cosa sono le droghe, nei casi pesanti, severi, cronici: sono dei *soggettolitici*. E sebbene, per fortuna, non hanno sempre questo effetto – ci tornerò tra poco perché è importante –, ce l'hanno potenzialmente, tendono verso ciò.

Ma dov'è finita allora quella famosa angoscia che all'inizio pensavamo di trovare massicciamente in questa clinica e che questi pseudo-soggetti non provano neppure più? Inizialmente, ho detto che l'angoscia, benché talvolta difficilmente individuabile, era sempre presente nella clinica. Dove si nasconde allora in questi casi? Ebbene, rispunta nell'altro, nel piccolo altro, è situata nell'entourage (sempre talmente inquieto, e a giusto titolo), e si ritrova spesso anche nel terapeuta. Quale medico, psicologo o educatore, non ha provato qualche volta, «al posto del paziente» in qualche modo, una certa angoscia constatando la china infernale nella quale l'oggetto di godimento trascinava il suo consumatore dipendente, senza che quest'ultimo, tuttavia, se ne preoccupasse?

Ancora una precisazione: ho parlato di dipendenze severe, croniche. Ma oggi vediamo anche che molti pazienti, spesso giovani, sono piuttosto dei consumatori occasionali, non direi ricreativi perché l'espressione «uso ricreativo» lascerebbe pensare che si tratti di qualcosa di leggero e senza conseguenze, e raramente è così. Parliamo perciò di dipendenze occasionali, più o meno regolari, con proporzioni e rischi diversi a seconda dei casi. Allora si tratta piuttosto di soggetti che «giocano a farsi paura», che godono nel farsi paura, e che si regalano delle parentesi per sfuggire per un po' al peso della loro esistenza, della loro nevrosi, della loro depressione, ecc. Questo può avvenire nei momenti di festa, ovviamente, ma spesso anche oltre. In queste esperienze, in cui si cerca di otturare la mancanza ma provvisoriamente, vi è un tentativo di sfuggire per un po' alla propria condizione soggettiva, di alleviare un po' il dolore di esistere. Nello stesso tempo, può esservi un modo di giocare con il proprio dissolversi in quanto soggetto e dunque, in una certa maniera, di poter godere dell'angoscia. Si tratta dei comportamenti che talvolta vengono chiamati ordalici, frequenti tra i giovani. Charles Melman, nelle sue conclusioni del Seminario d'estate 1998 a Bruxelles (proprio sul seminario *L'angoisse*), individuava – cito – «un invito moderno a godere dell'angoscia», sottolineando che, nel suo seminario del 1962, Lacan probabilmente non poteva ancora vederlo.

Nella nostra economia psichica dominata dal rifiuto se non dalla negazione sociale del Nome-del-Padre, dalla conseguente egemonia dell'oggetto, con un certo schiacciamento del desiderio attraverso il godimento, non stupisce vedere sempre più giovani giocare con gli oggetti di godimento, flirtare dunque con la dipendenza e poter godere talvolta della stessa angoscia comportata dall'impatto dell'oggetto. Allora l'angoscia indicherà loro che sono arrivati al limite, che non hanno avuto paura, che non sono rimasti inibiti né attaccati a un godimento fallico additato volentieri come superato, inegualitario, complicato, insufficiente...

Il problema ovviamente è che alcuni di questi giovani (e meno giovani) si ritrovano sempre più *addicted*, intrappolati, loro stessi consumati dall'oggetto! E ritroviamo allora quei tossicomani e altri *addicted* che hanno superato una tappa, in qualche modo, rispetto ad altri, e che non possono più neppure avere accesso all'angoscia, in mancanza di accesso alla loro propria soggettività soffocata dall'oggetto.

In questi casi più pesanti, che possiamo fare clinicamente? Darò giusto un abbozzo di risposta, per concludere questo intervento (sono cose che ho già sviluppato nel mio libro *Les affranchis. Addictions et clinique contemporaine*). Dirò innanzitutto che non bisognerebbe

credere che per guarire questi pazienti basti unicamente uno psicanalista. Questi tossicomani, talvolta imprigionati da tempo nella dipendenza e nel suo ciclo infernale, devono essere aiutati anche medicalmente e socialmente, nella maggior parte dei casi. Mi stupisco ancora del fatto che molti analisti, negli anni '80-'90, si siano opposti con forza ai medicinali detti di sostituzione e all'aiuto medicalizzato dei tossicomani. Questa opposizione ci mostra il peso dell'ideologia e dei pregiudizi, che a volte oltrepassano le semplici constatazioni cliniche e la riflessione che ne dovrebbe risultare, poiché è evidente che per poter creare uno spazio di parola e di transfert con un paziente di questo tipo, ossia perché un analista possa eventualmente servire a qualcosa, bisogna innanzitutto calmare un po' per il paziente il circolo infernale del godimento del prodotto, della delinquenza, a volte della prostituzione, della corsa permanente, della desocializzazione, ecc. Dunque, per questi casi cronici, l'aiuto pluridisciplinare – complesso, certo – è molto spesso indispensabile.

Se ci si riesce, allora forse la messa in parola e in storia di quello che succede – e di quello che è successo – per il paziente, mediante una relazione di transfert con uno psicanalista, può permettere di ritrovare una certa articolazione del reale (con il quale l'*addicted* si è necessariamente scontrato) con il simbolico e l'immaginario. È in un tentativo di rianimazione soggettiva, quasi, di ri-soggettivazione di un soggetto soffocato fino ad allora dall'oggetto di godimento, che un analista può cercare di impegnarsi con il suo paziente. Tutto ciò, cercando di aiutarlo ad aprirsi, man mano che va avanti la cura, a una presa in considerazione delle leggi del linguaggio più seria e a una migliore articolazione dei registri del simbolico, del reale e dell'immaginario. Il percorso è spesso cosparso di trappole, l'angoscia non è mai molto lontana (stavolta anche per il paziente), e l'esito è sempre incerto...