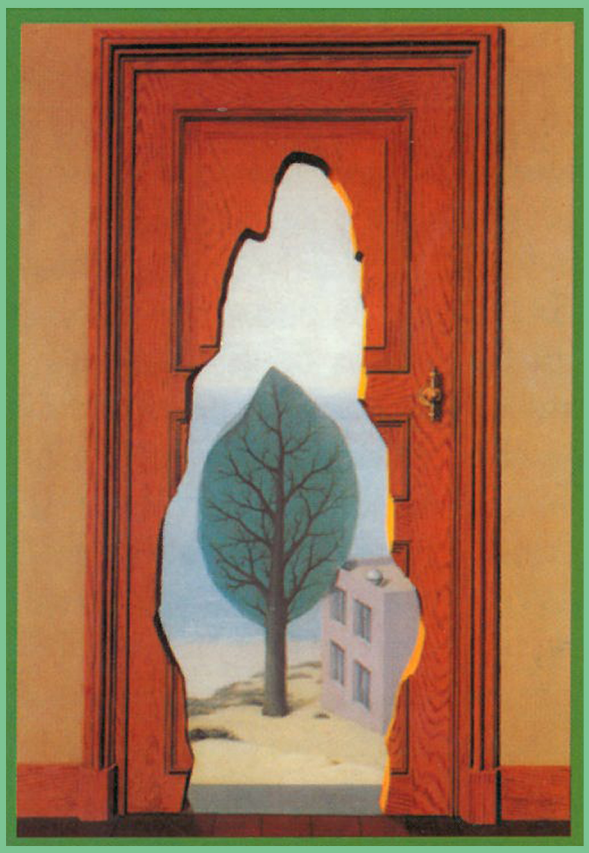
PSICOTERAPIA PSICOANALITICA



ANNO V - NUMERO 2 - LUGLIO/DICEMBRE 1998

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

ANNO V - NUMERO 2

LUGLIO-DICEMBRE 1998

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Finito di stampare nel settembre 1998

per conto della Anterem snc dalla tipografia

STC -Servizi Tipografici Caravaggio

In copertina

R. MAGRITTE, “La perspective amoureuse”, 1935

Copyright Succ. R. Magritte -by S.I.A.E./1993

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Rivista semestrale edita dalla **S.I.P.P.**

"Società *Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica"*

Direttore

GUGLIELMO CAPOGROSSI GUARNA

Redattore capo

PIA DE SILVESTRIS

Redazione

A. DE ROSA, P. DE SILVESTRIS, P. DI BENEDETTO, M. GINO, M.L. MASCAGNI, M . MOSCA, G. P. SASSO, G. STARACE. A. VALENTE, M. VIGORELLI

Direzione, redazione* e *amministrazione

Viale Bruno Buozzi, 105 - 00197 Roma

Tel. 32.31.107 Fax 32.32.847

Abbonamento annuale L. 60.000, Estero L. 70.000

Studenti universitari L. 30.000

Un numero L. 30.000, Estero L. 35.000

http://www.psychomedia.il/sipp:pstrpsan. htm

Progetto grafico

GEPPY SFERRA (Anterem)

Composizione, impaginazione, stampa

"ANTEREM SNC"

Via A. Sommovigo, 19/d - 00155 Roma Tel. (06) 4067667 -Fax 40500398

REGISTRAZIONE AL TRIBUNALE DI ROMA N. 297 DEL 9/7/1993

DIRETTORE RESPONSABILE: GUGLIELMO CAPOGROSSI GUARNA

ANNO V - N° 2 - LUGLIO-DICEMBRE 1998

SOMMARIO

6 **La realtà psichica e i suoi spazi**
ISIDORO BERENSTEIN

CONFRONTI

24 **Incontro con Domenico Chianese - *"Campo analitico - Spazio virtuale"***

26 **Presentazione**
LUCIA SCHIAPPOLI

28 **Introduzione**
FIORELLA OCCHIUZZI

37 **Discussione**

CONTRIBUTI

68 **I tre tempi dell'interpretazione dell'Edipo (Allegro ma non troppo-Adagio-Presto con Fuoco)**
FRANCESCO POZZI

78 **Separazione, solitudine, separatezza: riflessioni sulla conclusione del trattamento psicoanalitico**
LUISA PERRONE

ISTITUZIONI

92 **Le opere e i giorni. La relazione terapeutica con i pazienti cronici**
ANNA FERRUTA

FRONTIERE

106 **L'Androgino: un meccanismo di difesa in Salvador Dalì**
ALBA GASPARINO

NOTE

130 **L'isteria tra lo mente e il corpo. Una revisione della letteratura.**
EMILIA FERRUZZA, STEFANIA MAGGIOTTO

LETTURE

MARIA LUISA ALGINI (A CURA DI)

154 **Tra ascolto e interpretazione**
(Marysa Gino)

CLAUDIO NERI

161 **Gruppo**
(Giampaolo Sasso)

A. NOVELLETTO, C. RICCIARDI

166 **Separazione e solitudine in adolescenza**
(Maria Lucia Mascagni)

SCHEDE

ELLEN NOONAN,

173 **Counselling psicodinamico con adolescenti e giovani adulti**

G. SASSANELLI,

174 **La psicoanalisi e i suoi miti**

175 Avvertenze per gli autori

ISIDORO BERENSTEIN

La realtà psichica e i suoi spazi*

1. La realtà psichica, il paziente e l'analista

La realtà psichica è considerata come l'insieme dei vissuti, delle emozioni e delle rappresentazioni inconsce, personificate come oggetti, che l'Io sente interni e reali. Essa è in rapporto ma al contempo si distingue da un'altra realtà, definita esterna in relazione all'Io, che l'Io sente fuori di sé e percepisce come popolata da persone, istituzioni, norme culturali, leggi, ecc.

Dato che la realtà psichica è l'oggetto dell'osservazione psicoanalitica, solo l'analista può render conto di essa prendendo in considerazione quanto osserva nella seduta. Solitamente diciamo che la realtà del transfert contiene la realtà psichica del paziente, ma tale descrizione non è completa.

Dal punto di vista della tecnica clinica considereremo tanto la realtà psichica del paziente quanto quella dell'analista durante la seduta, in cui ognuno attribuisce significato a quello che succede da una posizione diversa. Questa attribuzione di senso nasce nel paziente dai suoi conflitti, vale a dire dalle sue ansie e difese, ma anche dai valori costituiti dalle sue credenze e convinzioni che permettono di intuire qualcosa circa il suo modo di risolvere i conflitti. L'attribuzione di senso è resa possibile per l'analista dalla sua disponibilità al contatto emozionale che è più ampia o più ristretta a seconda dei giorni, del periodo, dell'età e della variabilità, dei suoi stati mentali. Inoltre egli ha valori e convinzioni riguardo alla cura e ad altri aspetti della vita, anche come appartenente a un ambiente sociale, che spesso è lo stesso del paziente. Dell'analista si parla poco e gran parte della sua persona continua a rimanere in ombra. Se per il paziente è bene che sia così nel rispetto della mentalità analitica, sapere di più sull'analista ci aiuterebbe a conoscere meglio l'andamento del processo terapeutico.

* Presentato alla SIPP (Sezione regionale di Bologna) il 12/2/97. Questo lavoro costituisce un ampliamento e una rielaborazione di "Psychic Reality and Clinical Technique", apparso in *Int. J. Psycho-Anal.,* 1995, 76, 3.
Traduzione dallo spagnolo di Elvira Nicolini.

In genere consideriamo, giustamente, l'analista come rappresentante di uno o un altro oggetto del paziente, o di una parte del suo Io o Super-io. In tal modo sembra tracciata una direzionalità del significato inconscio, dall'interno del paziente verso l'esterno, dove si trova l'analista.

Dato che questa descrizione riguarda qualcosa che avviene nel contatto tra i due, si dovrebbe porre in rilievo che anche l'analista è fuori dal paziente ed incide fortemente su di lui, come un altro esterno privilegiato ed irriducibile a quel mondo oggettuale.

L'essere umano sembra avere bisogno di sentire il proprio io come una unità e il vincolo* con l'altro come se avvenisse tra due entità separate. Prova disagio quando percepisce il proprio io scisso e quando, nel rapporto con l'altro, si sente inevitabilmente vincolato e condizionato dal significato di quella presenza.

Per contribuire alla discussione presenterò alcuni frammenti di materiale clinico di un tipo di paziente che può accadere d'incontrare ai nostri giorni e farò anche altre considerazioni sulla realtà psichica.

L'Io si trova di fronte due vie mentali per relazionarsi con gli altri: una è quella che chiamiamo relazione d'oggetto, nella quale l'altro reale ed esterno può essere assente dato che è accessorio. Mentre è assente, la relazione interna con lui si ricostruisce e permane la fantasia di cui la relazione è intrisa. Attraverso i meccanismi di proiezione - introiezione l'Io può operare sull'altro e incidere

* Oltre ai noti contributi di Bion al concetto di legame (o vincolo), sempre nell'ambito della psicoanalisi è stato E. Pichon Rivière, fin dalla metà degli anni Cinquanta a occuparsene. La sua concezione parte inizialmente come una estensione ed un approfondimento dei concetti kleiniani di identificazione proiettiva ed introiettiva. Si sviluppa poi per diventare una questione centrale della teorizzazione di questo autore (vedi Picbon Rivière, E. *Teoria del vincolo.* Buenos Aires, Nueva Vision, 1980), collegandosi non solo con il mondo interno ma anche all'ambito dell'intersoggettività. Tale sviluppo conduce a una teorizzazione prevalentemente psico-sociale della nozione di vincolo.

Questa nozione venne poi rielaborata da alcuni dei primi discepoli e collaboratori di Pichon Rivière, tra essi David Liberman, Fernando Ullor e forse Bleger (vedi per esempio: Bleger J. (1989) *Simbiosi, ambiguità* Lauretana, Loreto 1992.

I. Berenstein e J. Puget lavorano su questo argomento, fin dagli anni Ottanta, sulla base del tentativo di concettualizzare la clinica psicoanalitica con le famiglie, le coppie e i gruppi, oltre alla loro pratica con pazienti individuali. La loro teorizzazione, che pone la nozione di vincolo al centro dell'ambito dell'intersoggettività, segna uno sviluppo autonomo rispetto ai precedenti contributi.

(N.d.T.)

su di lui per confermare la fantasia onnipotente di espellere o incorporare aspetti dell'Io ai fini dell'identificazione.

L'altra via è quella del vincolo con un altro: relazione in cui l'altro ha una presenza inesorabilmente reale, al di fuori dell'Io. L'altro non sparisce e condiziona in forte misura le sfaccettature dell'Io, imponendogli un suo significato. Ognuno degli altri può esaltare un qualche diverso aspetto dell'Io. In questo ambito il meccanismo operante è l'imposizione - accettazione o rifiuto di quanto è imposto.

2. Impossibilità di presenza o impossibilità di assenza dell'altro

Per parlare con qualcuno, la condizione indispensabile è la sua presenza. Per il senso comune, parlare da soli equivale ad essere pazzi. Data questa condizione come presupposto, le cose procedono nel modo seguente: uno dei soggetti sente dentro di sé un insieme di significati ed immagini e desidera comunicarli all'altro. In genere il rapporto con un altro acquisisce una certa specificità e quel desiderio è certamente risvegliato nel e per il vincolo. Non si dice a tutti la medesima cosa ed ognuno riceve un testo piuttosto personalizzato. La scelta retorica consente di personalizzarlo. C'è un modo di parlare con la moglie e un altro con i figli, un altro con gli amici, con i colleghi, con gli allievi, ecc.

Il passo successivo consiste nella scelta delle parole e delle frasi che si suppongono più adeguate al contesto, cioè alla relazione con quel dato altro. In questa scelta avviene uno slittamento, perché le parole non contengono con pienezza il significato espresso. C'è una scelta concorde circa il particolare senso dato dal contesto. Scelte le parole, il soggetto decide una unità di tempo per l'enunciazione; non parla in qualsiasi momento, ma suppone di scegliere il momento. Un primo passo consiste nel porre l'altro in posizione favorevole per richiamare il suo ascolto e il suo sguardo.

Il testo scelto e il tempo dell'enunciazione provocano uno slittamento di senso. L'altro, dopo essersi messo nella posizione favorevole ed avere mobilitato la sua disponibilità all'ascolto, riceve il testo e dovrà svolgere il processo contrario. Avrà capito, nel caso più favorevole, o non capito nel peggiore dei casi, il contesto di quella relazione e ciò gli serve per dipanare, tra i diversi possibili significati, quello che suppone adeguato a quella circostanza. Una serie di sensi sono accantonati. Poi dovrà attribuire un significato, tra i diversi possibili, a ciò che è stato detto, alle frasi e alle parole. Questo significato gli evocherà immagini e fantasie, un'emozione riguardante l'altro e un deside-

rio, a sua volta, di dire qualcosa. Dunque anche lui dovrà fare ciò che è già stato descritto per il primo soggetto.

Come conseguenza di questa peculiarità del dialogo, l'altro è sempre spostato rispetto a ciò che l'uno ha voluto e reciprocamente. Per questo si dovrà parlare e continuare a parlare, per correggere il permanente malinteso costitutivo di ogni atto linguistico. Il presupposto di una buona intesa è una copertura che maschera, per l'angoscia derivante dal fatto che ogni comunicazione con un altro costringe a una permanente riformulazione, che lascia comunque un resto impossibile da comunicare.

Invece per scrivere una lettera la condizione imprescindibile è che l'altro sia assente. Questa è la cornice. È impossibile scrivere una lettera a qualcuno che è lì, fisicamente presente.

Dovrà essere materialmente assente. Questa assenza diviene presente sulla carta. Essa rappresenta sia l'altro sia il proprio io la cui mente si espande sulla carta.

Probabilmente il foglio bianco costituisce la rappresentazione del vincolo assente. Nella misura in cui rappresenta l'altro non presente, non è un altro ma un oggetto la cui esistenza è il mondo di ciò che è pensato e di ciò che è immaginato. È lì dove si reinserisce la relazione e si investe il luogo mentale vuoto di un altro. Si scrive l'illusione di una simultaneità nello spazio e nel tempo. Il percorso mentale della produzione di un testo è simile, ma le alternative sono altre. In genere non si scrive la stessa cosa che si direbbe, né si dice la stessa cosa che si scriverebbe.

Quando si riceve una lettera ci si inserisce in un tempo che è già trascorso e in uno spazio proprio, dal quale si interpreta, cioè si attribuiscono significati a ciò che si legge.

Passiamo ora all'altro punto di questo lavoro.

Per delimitare questi due mondi regolati da due diverse logiche che governano il mondo psichico, direi che ci sono due impossibilità il cui compimento è ineluttabile e la cui trasgressione genera distorsioni: nel mondo interno abbiamo l'impossibilità di essere presenti e nel mondo vincolare l'impossibilità di essere assenti.

La proibizione dell'incesto istituisce la necessità dell'assenza, quella della madre per il maschietto o del padre per la bambina. In quel posto deve sorgere la mancanza[1] che dovrà essere ripresentata[2], ri-creata attraverso le tracce di quella esperienza nella memoria, che nell'essere evocate e con l'aiuto della fantasia di desiderio danno luogo alle relazioni d'oggetto: quella relazione d'oggetto che inaugura e al tempo stesso è prodotto di un mondo simbolico.

La perdita del seno e della madre in quel momento inaugura un campo in cui il simbolo deve occupare il posto dell'oggetto perduto. La costituzione di questo campo è retta dall'impossibilità

della presenza. Ma la madre deve esserci per sorreggere, per contenere le angosce del bambino. Impossibilità di assenza.

Ogni nuovo incontro con un altro sarà filtrato (come la luminosità attraverso il colore di una tenda che si può pensare non esista) attraverso questa costruzione simbolica. Sarà un reincontro.

A causa della suddetta impossibilità di assenza, dovrà essere rappresentata la presenza dell'altro. Il vincolo con l'altro si fonda sull'impossibilità di essere assente; dovrà avere una presenza, anche se l'altro non dovrà necessariamente trovarsi sempre nel campo della percezione.

La presenza non è solo percettiva, perché l'occupare un posto genera un senso. Certo, non potrà avere lo statuto di assente. Avere un posto significa dover essere lì; c'è un impegno nell'essere lì in qualche momento. La simbolizzazione è relativa al posto, che è ciò che conferisce un senso a chi lo occupa. Se il soggetto occupa la posizione del Padre, acquisisce il senso di "padre". Siccome i posti si devono simbolizzare in coppie (come gli assi semantici), la posizione di Padre è indissolubilmente legata a quello di Figlio, a quella di Moglie, a quella di Marito.

3. Rappresentazione, simbolizzazione e presentazione. Presente, assente e alieno

Il soggetto percepisce gli altri nella misura in cui essi assumono una qualche significazione. L'altro può essere presente oppure assente. Quest'ultima alternativa comporta un lavoro psichico per assegnargli una collocazione, per accoglierlo, attraverso un qualche registro. Esso dà una misura dell'assenza. Ma oltre la polarità presenza/assenza, il soggetto si dibatte di fronte a un'altra polarità: quella tra ciò che è proprio o simile e ciò che è estraneo (l'alieno) rispetto all'altro. L'alieno è una qualità data da una presenza che, sistematicamente, l'Io non è in grado di incorporare e alla quale dovrà, comunque, assegnare un posto. La premessa di questo enunciato è che questo posto prima non c'era e forse ancora non c'è e, tuttavia, il soggetto deve legarsi a quella diversità (o estraneità) perché è presente in quell'altro soggetto con cui trova una somiglianza e a cui si riconosce simile.

La paziente è in crisi perché ritiene con molta fermezza che il padre, a causa dell'età e dei suoi malanni (certi episodi organici) non dovrebbe viaggiare, nonostante egli senta il viaggiare come un segno di vita e gran parte della sua capacità di desiderare sia coinvolta in questi viaggi.

Il giorno prima durante un pranzo organizzato dal padre per congedarsi dai figli e dai nipoti, a un certo punto lui si era alzato da tavola e si era ritirato. Ebbero l'impressione, giustificata come poi si vide, che si fosse commosso e avesse pianto. Gli chiesero perché piangeva e lui disse che si era ricordato dei propri genitori che ormai non c'erano più e non potevano quindi vedere quella bella

famiglia riunita. Gli dissero, arrabbiati che era lui il padre che se ne andava e che non avrebbe più potuto vedere la famiglia se avesse avuto un incidente e fosse morto.

La paziente è molto arrabbiata e risentita perché suo padre, non accetta ragioni, cioè non coincide con quello che lei si è rappresentata come padre. Il genitore insiste, dice la sua, ma lei è fermamente convinta che lui sbagli. Poi si dispera e dice che se morisse sarebbe meglio, finirebbe questa situazione che è sempre stata così.

Se morisse *l'alieno,* ciò che la paziente chiama padre diverrebbe *simile* e verrebbe a coincidere con la sua immagine interna e con la sua relazione interna con quel simile. Qualcosa resiste e si oppone in lei, ad ascoltare una voce che non sia la propria.

Le interpreto in questa direzione e lei dice di non sentirlo e non capirlo. Cioè, si ripropone nella relazione di transfert la mancata accoglienza di quanto le dico. Anche la mia è una voce diversa. La paziente dice che ha sempre avuto questa difficoltà con me come con suo padre. In questi giorni ha cominciato ad avere sintomi somatici, specialmente nel deglutire e nella fonazione. Una forma primitiva di risposta a un evento non rappresentabile nella mente.

Nella seduta successiva racconta che suo padre le ha telefonato subito dopo essere arrivato a destinazione. Era tranquillo non eccitato, come a volte succede, né propenso a lamentarsi come quando è malato. Parlando con lei cominciò a dirle che gli mancava. La paziente gli rispose, con un richiamo che le sembra realistico, che si erano separati solo due giorni prima. A disagio, aggiunge che, per suo padre, lei è un'altra persona. Il padre, secondo lei, si rivolgeva ad un'altra persona. Non a quella che è lei. Quindi non la riconosce. Le dico che lei non riesce ad accorgersi che il padre è un altro rispetto al padre che lei immagina e perciò lei suppone di essere a sua volta un'altra per lui. Cioè accenno all'identificazione proiettiva di quel penoso sentimento di misconoscimento.

Mi dice di non sentirsi capita e che forse la psicoanalisi non è fatta per lei. Rispondo che non mi riconosce perché le sto dicendo "qualcosa di diverso da quanto lei si aspetta". In realtà dice che non si sente capita quando non capisce che sono qualcuno un po' diverso da quello che lei si aspetta e che è disposta ad ascoltare.

Comincia a ricordare una persona danneggiata al cervello e morta poco dopo. E anche una donna ora cerebrolesa. Ha delle fotografie di gruppo e in esse si accorge che queste persone mancano. Le dico che mi sta parlando di una coppia mancante e che sente che il padre le manca, nonostante ce l'abbia ancora, ma non è quello che lei ha collocato in un posto più o meno fisso. Vederlo in un altro modo equivale per lei a perderlo, perché non può disporre di lui. Lei ha bisogno di un padre

bisognoso perché ciò le consentirebbe di prendersi cura, in lui, del proprio bisogno di cure e protezione.

Dice che le succede la stessa cosa con sua figlia. Lunedì non verrà alla seduta perché deve accompagnarla ad una visita e la ragazza non può mancare a scuola, anche se è lei (la figlia) ad essere ammalata.

La paziente colloca nel padre o nella figlia il bisogno, per diventare "i genitori" del padre o della figlia.

Potrei dire che non vede il proprio bisogno, per cui non può accogliere le interpretazioni se non coincidono con ciò che pensa; se poi coincidessero non ne avrebbe bisogno anche se sarebbe piacevole riceverle.

In questa paziente c'è una lotta piuttosto consistente tra il padre rappresentato e la *presentazione* di un padre-analista (o di un padre e di un analista) che la paziente stessa non riesce ad incorporare come qualcuno per il quale lui non aveva già un registro. Perciò la confonde e dice di non essere lei la persona a cui è rivolta la parola del padre. La sua dis-locazione è effetto dell'atto che non riesce a pensare né a realizzare: cioè dis-locare il padre per accogliere un altro padre, estraneo, che lei ha attivamente misconosciuto.

Così nel transfert può aspettarsi interpretazioni concordanti con l'uno o l'altro autore, nel qual caso si sentirebbe apparentemente capita, ma profondamente sola. Profondamente sola perché non può *presentarsi* come qualcuno che ha una vita propria al posto della *rappresentazioni* che si è forgiata dell'altro, imponendogli di adeguarvisi come al letto di Procuste.

Nella seduta successiva si mostrò irritata ("ho le palle a terra") con il figlio perché vuole cambiare il suo letto e averne uno più largo. Ciò significa togliere il letto che c'è da anni, la cui tappezzeria si combina con la carta da parati della camera, le lenzuola e il copriletto in un insieme armonioso.

Le dissi che in conseguenza della seduta di ieri era sorta la possibilità di installare qualcosa di nuovo *(presentazione),* sebbene questo la disturbasse perché aveva reso tutto armonioso, *(rappresentazione)* nella sua mente cioè: dove era lei, chi era suo padre, cosa significava che lui si prendesse cura di sé dal punto di vista di lei e non da quello del padre stesso. Tutto ciò si era già presentato in qualche altro momento e ora lei aveva la possibilità di una ripetizione, di ri-presentarlo[3] incorporandolo come qualcosa che si rendesse omogeneo alla sua mente.

La paziente parla dell'intenzione di fare una endoscopia esofagea e un'altra al retto, in base alla illusione che un occhio potrebbe individuare la lesione. Come se, in ultima istanza, potesse trovare

all'interno del corpo ciò che si è instaurato come alieno, perché il sintomo è già alieno. Il sintomo, che non appartiene all'Io, si fa carico di ciò che è alieno.

Ora mi riferirò ad un altro paziente. Dopo un lungo matrimonio, in seguito a un incidente extraconiugale, la moglie propose la separazione che il paziente aveva lungamente fantasticata senza però essere capace di deciderla.

Direi che il nucleo della situazione emozionale del paziente (ripetutamente esaminato insieme) consiste nel fatto che mentre si lamentava della moglie rimproverandola di non conoscerlo, a poco a poco ci accorgevamo che era lui a non conoscere la moglie.

Nei suoi racconti, nel corso delle sedute emergeva un'altra donna, a lui sconosciuta e, naturalmente, anche a me. La moglie, rappresentata come disorganizzata, disordinata, assolutamente dipendente da lui, con la borsa aperta e in disordine, certamente con qualcosa di psicotico, ora lasciava il posto a un'altra donna piuttosto organizzata al punto da fare quello che lui non si aspettava, capace di compiere azioni progettate e pianificate. Si era sottoposta a una chirurgia plastica senza che lui lo sapesse; quando la vide ne rimase stupito, ma fece il possibile per rendere anche questo compatibile con la rappresentazione che aveva di lei. Questa era una donna vendicativa, padrona della sua vita che assumeva i suoi avvocati, e contrastava quella che al paziente sembrava una soluzione ottimale negli accordi necessari al divorzio. Lui non riusciva ad ammettere che ciò che si può valutare come "ottimo" sia una qualità non consensuale, che dipende da valutazioni personali. Ne vennero lunghe trattative, estenuanti ed aggressive, con avvocati e intermediari. La separazione giudiziale sembrava inevitabile. Il paziente è sofferente per un problema medico che aveva trascurato, e che si acutizzò in coincidenza con la separazione. È depresso, in preda a un sentimento di solitudine, sebbene sia impegnato in varie attività e circondato dai colleghi. È angosciato, con il timore di perdere tutti i suoi beni, di vivere un'altra volta lo stato mentale della migrazione, della mancanza, della perdita e del dover ricominciare daccapo, ma questa volta essendo più vecchio che nella precedente esperienza.

La moglie gli telefonò. Lui aveva l'abitudine di non rispondere e lasciare la segreteria telefonica: ma questa volta, pensando che fosse un'altra persona, rispose. La donna ne rimase stupita ed egli fu a sua volta sorpreso che lei gli avesse telefonato. Lei gli chiese del suo malessere. Lui ne aveva parlato con un'amica comune, così la moglie era venuta a saperlo. Senza rendersene conto si trovò a dirle qualcosa di impensato: perché non si incontravano per parlare? Si rese conto di quello che aveva detto solo dopo, proprio come succede per un lapsus o per un atto mancato. Si domanda che cosa si aspetta. La moglie comincerà con i suoi soliti discorsi, così matti, così apocalittici, così

disorganizzati. Quello che non ha ottenuto nei precedenti incontri con lei forse lo otterrà ora. Pensa di proporle di mettersi d'accordo sul "prendiamoci cura dei bambini". Gli faccio osservare che continua a pensarsi in coppia, lasciando inascoltato ciò che lui stesso dice. Si oppone a quel lavoro psichico di *presentazione* della moglie, collegato alla sua *rappresentazione* di lei. Provava un vero dolore nell'ascoltare ciò che gli era estraneo, [alieno], in quella donna, che lui insistentemente credeva di conoscere, per cui non aveva bisogno di presentazioni.

In tal modo sovrapponeva la propria idea su di lei, disconoscendo che il prendersi cura non era più la stessa cosa di prima. Molto probabilmente anche la donna diceva che si prendeva cura dei figli, come anche lui diceva, ma ormai non c'era più un "prendiamoci cura". In altre parole lui insisteva su una coppia sempre più assente e sempre più rappresentata da un desiderio che incalzava per rendersi presente nella coscienza: da cui il lapsus. Dato che insiste sulla pazzia della moglie, viene da domandarsi perché mai lui abbia il desiderio di impazzire, qualunque cosa significhi per lui l'impazzire. Trova molto difficile separare la madre amorevole, affettuosa, che ha avuto, da quell'altra madre che lo picchiava in testa con la scarpa e il tacco a spillo. Il ricordo, probabilmente di copertura, di questo attacco alla sua testa attribuito alla madre e/o da lei realizzato con echi di ammattimento, si ripresentava e si riproponeva ogni volta che non riusciva a dare uno spazio a ciò che è estraneo dell'altro, della madre o della moglie.

Il corpo estraneo incalzava per farsi conoscere. Il dolore in aumento è dovuto alla *presentazione* del suo corpo, che ora gli è estraneo nella misura in cui crede di conoscerlo perché ne ha una rappresentazione; il registro inconscio del corpo, dolente o piacevole. Se non c'è conoscenza della presentazione il risultato è una attività distruttiva relativa alla mente o al proprio corpo, non conosciuti, erroneamente riconosciuti.

La moglie e l'attuale situazione *simbolizzano* la situazione infantile. Vi è un'assenza e, al suo posto, un simbolo; l'assenza nella situazione infantile si sposta e si sostituisce attraverso una situazione simbolica che la simbolizza. In tutto ciò non c'è estraneità. Essa è una qualità della *presentazione* se viene tollerata come qualcosa, che pur trovando posto nella rappresentazione la eccede.

Il paziente disse che era estremamente angosciato a causa di una attività distruttiva. Mi sembrò qualcosa di nuovo il fatto che non si capiva dal contesto, se si riferiva all'azione di un altro oppure ad una azione propria. Cioè se la distruttività a cui si riferiva proveniva dalla moglie (che avrebbe voluto distruggere lui e quanto gli appartiene), oppure se si riferiva a una attività autodistruttiva. Gli comunicai questa ambiguità nella sua espressione. Rispose, visibilmente preoccupato, che non lo sapeva, non poteva deciderlo.

4. Frammento dell'analisi di un tipo di paziente che può accadere di incontrare ai nostri giorni

Il signor A. iniziò la terapia con me quando a quarant'anni seppe di essere HIV positivo. Si è separato due volte e si è risposato. La scoperta di essere sieropositivo provocò una crisi e l'interruzione della sua precedente analisi. Poi si rivolse a me come analista.

Nei primi mesi, per lunghi periodi, le sedute furono occupate dal racconto dei suoi sintomi fisici, dei diversi e frequenti esami e visite ai rispettivi specialisti: il chimico, l'infettologo, l'ematologo, il gastro-enterologo e così via. Erano racconti intrisi di una realtà "fattica" nei quali era estremamente ridotto lo spazio per rintracciare una loro significazione. Tuttavia dato che il rapporto con i medici non era lo stesso con tutti e sorgevano dei problemi, si apri qualche spiraglio per entrare in contatto con il suo conflitto psichico e il suo mondo oggettuale.

Allora anch'io cominciai ad avere un posto come analista. In questo primo periodo avevo la consuetudine di cambiare il copri-cuscino, per la paura del contagio degli altri pazienti e mi veniva in mente di lavarmi le mani dopo averlo salutato.

Presi come un segno positivo il fatto di "dimenticare" queste cose giacché sapevo bene che il contagio dell'AIDS non avviene attraverso il contatto delle mani. Consideravo che il vincolo transferale era intriso dall'invasiva angoscia persecucoria del paziente. Ma prenderei anche in considerazione l'invasione dei media, che dal mondo esterno producono un contagio mentale, tanto o più effettivo di quello virale e nei confronti del quale entrambi, paziente ed analista, sono meno protetti. Anche noi analisti, siamo spesso coinvolti dagli stessi pregiudizi dell'altra gente.

Il signor A. aveva avuto rapporti omosessuali, poi eterosessuali e quindi bisessuali. È figlio unico di una coppia che sembrava avere avuto difficoltà di rapporto. A. ricordava che sua madre lo istigava a prendere di nascosto dei soldi dalla cassa del padre. La madre era morta da qualche anno.

Le rappresentazioni del proprio corpo e della propria mente, nella realtà psichica del signor A., erano caratterizzate da perdite e vuoti. Un sintomo persistente era la diarrea e, a volte, non riuscendo a controllarsi si sporcava. Prendeva il farmaco che gli era stato prescritto ma poi lo abbandonava quando credeva di sentirsi meglio. Riconosceva in questo suo atteggiamento un gesto di autosufficienza. Si sentiva molto depresso e lo trasmetteva: la depressione mi arrivava attraverso la sua voce il cui tono cadeva man mano che parlava. Parlava concretamente del virus e della sua lotta contro di esso. Il colore grigiastro della sua pelle contribuiva a questo sentimento di abbattimento e sfiducia, suo e mio, causato dalla sensazione di una fine prossima e della brevità del tempo che ci sarebbe

stato concesso. Per esempio, nella seduta di un lunedì, arrivò molto tardi e disse che non aveva la forza di andare in ufficio e tornare ad occuparsi dei suoi affari. Sapeva che il socio lo aspettava con un lungo elenco di questioni da discutere.

Aveva destinato il fine settimana a riordinare una libreria nuova, per l'ottanta per cento vuota, sentiva il bisogno urgente di riempirla ma non vi era riuscito.

La libreria nuova era una parte della sua nuova realtà psichica. C'era la fantasia di uno spazio-tempo esteso ma, nella maggior parte, vuoto, vale a dire senza pensieri.

Passò il tempo cercando un contratto. Si ricordò che tornando da un viaggio, in estate, lo aveva portato in ufficio e ora non lo trovava. Forse era un nuovo problema della sua memoria disse. Era un contratto importante che doveva riesaminare con l'avvocato perché ne scaturivano nuove possibilità e opportunità. Gli dissi che il nuovo problema era ora la perdita della memoria in cui c'era il contratto con la sua vita e la sua analisi che rischiava di dimenticare, perché se c'era memoria poteva ricordare anche chi era e come era la vita che aveva vissuto. Lui credeva dissi - che il dimenticare lo proteggesse, ma si accorgeva di perdere qualcosa d'importante della sua mente, se voleva riesaminarlo nelle sedute, dove potevano esserci "nuove possibilità".

Si sentiva anche minacciato dal dimagrimento per cui la bilancia si trasformò in un rappresentante della sua realtà. Arrivò alla seduta successiva con cinque minuti di ritardo perché si era incontrato con un conoscente, un grassone c e occupava tutto il posto e il tempo, così che lui non aveva avuto spazio per parlare e le sue parole non avevano ascolto. Questo personaggio in parte mi rappresentava, giacché nella seduta precedente, sicuramente per ansia, ero intervenuto più di quanto mi sia consueto.

Il pensiero della morte si rendeva presente nelle sedute con un certo effetto paralizzante. Ma è stato importante stabilire la differenza tra morte e minaccia di morte che è ciò che occupa la realtà psichica ed è rappresentata come una perdita della possibilità di pensare, di simbolizzare, di progettare e di occupare uno spazio-tempo futuro, come effetto dell'azione di personaggi implacabili, come appunto l'oggetto chiamato "il virus". L'idea di una breve scadenza era continuamente presente nel rapporto transferale-controtransferale. Quando riuscii a metterlo in parole, divenne chiaro che A. aveva pensato ben concretamente al suicidio, quando fosse arrivato il momento di estremo deterioramento fisico e mentale in cui la qualità della sua vita fosse un disastro[4], ed egli fosse ridotto a un vegetale. Aveva pensato come fare perché sembrasse un incidente.

Vorrei suggerire alcune questioni che coinvolgono l'analista perché possono ostacolare l'attenzione fluttuante e rendere difficile l'interpretazione.

L'insight e l'elaborazione come processo, ad esempio, sono comparibili con la fantasia di un tempo limitato?

L'idea di suicidio in questa persona può avere lo stesso valore che in un'altra? Certamente no, data la singolarità di ognuno. Ma si può discutere dove è la violenza e l'aggressione più distruttiva, se nel suicidio o nell'abbandonarsi al deterioramento di sé e del rapporto con gli altri, nella perdita progressiva della propria dignità di persona, mentre la vita cede a uno stato vegetativo. Il suicidio può essere inteso come la ripetizione dell'annientamento di sé, per il danno derivato dall'omosessualità, dalla tossicodipendenza e da ciò che egli ha fatto al proprio corpo. Ma può anche avere il senso di recuperare una certa dignità con la scelta della propria morte e con il non sottomettersi al deterioramento fisico, il che equivale anche a prendersi cura sia della sua famiglia, sia della sua immagine pubblica.

Però siamo già nell'ambito del vincolo con me, con un analista con certe idee sulla vita e sulla morte (idee che possono essere diverse da quelle di altri analisti) e che possono condizionare il rapporto con questo particolare paziente.

Quando l'AIDS viene convertito in un marchio e in una identità diventa una condanna a morte, e ciò avviene sia a causa del senso di colpa e dell'orrore per tutto ciò che si è fatto del proprio corpo e della propria vita, sia a causa della severa sanzione sociale che si esprime nell'isolamento. Ciò rende l'AIDS diverso da altre malattie terminali, che non sono connesse con la sessualità e con la tossicodipendenza. Queste ultime sono nello stesso tempo severamente penalizzate e stimolate socialmente.

Molte volte mi sono interrogato (e si potrebbe anche discuterne qui) sul senso e la possibilità dell'analisi con questo tipo di pazienti. Provvisoriamente mi sono risposto che l'analisi era una delle attività vitali, tale da offrire un contenimento alle sue angosce di morte, da lui vissute come uno sparire "per dimagrimento". L'analisi rappresentava anche una possibilità di approfittare della vita invece di uccidere la "non vita": il paziente chiamava così la sua situazione di vita, caratterizzata da uno stato mentale doloroso che egli descriveva come paralisi del tempo e dello spazio e come essere ininterrottamente invaso dalle stesse idee. Era lì che la perdita di un certo tipo di supporto lo faceva sentire più indifeso, come si vedrà nel sogno che segue.

Sognò che andava ad un mercato a fare la spesa e vi entrava attraverso una via di accesso, ma contromano. Quando se ne rendeva conto lasciava la macchina. All'uscita si accorgeva che gliela avevano rubata. La macchina era una Mercedes[5]. Poi veniva l'ispettore dell'assicurazione e riempiva un modulo. Gli domandava "che macchina è?" A. rispondeva: "Mercedes". Credeva che subito

gli avrebbero ridato una macchina simile. L'ispettore diceva: "Ah, è una jeep". Il paziente si stupiva ed irritava "come una jeep?" "sì, una jeep" insisteva l'ispettore, un tipo sgradevole, aggressivo. A. ripeteva: "Come una jeep, se è una Mercedes?" L'ispettore non discuteva e continuava a scrivere.

Le associazioni successive furono che una Mercedes era la macchina che desiderava, l'aveva sempre voluta per consolidare la sua posizione. Collegò il sogno anche a ciò che chiamò un "furto di idee", in relazione al suo lavoro e a un concorso. Fece una serie di associazioni legate alla omosessualità (contromano in spagnolo si riferisce tanto alla strada quanto all'orientamento sessuale), al furto come una spoliazione aggressiva delle sue possibilità mentali, alla perdita di qualcosa di molto desiderato; a Mercedes come nome femminile e così via. Altre associazioni riguardavano l'origine dei suoi rapporti omosessuali, e l'aggressività che vi si dispiegava.

Nonostante il lavoro analitico realizzato sul sogno, continuavo ad avere un senso di insoddisfazione che mi spingeva a proseguire l'indagine anche se il paziente sembrava contento del suo lavoro e del mio. Quando in una interpretazione, forse di routine, nominai "Mercedes", con mio grande stupore A. rispose che gli era sembrato di sentire "alla mercé di".

Questa fu la chiave, credo, che ci rese possibile introdurci nella rappresentazione del momento attuale e infantile, in cui essere "alla mercé di" consentì di descrivere il suo vissuto relativo a questo persecutore ubiquitario e incontrollabile che A. chiamava "il virus", che a volte si placava e altre l'occupava quasi nella sua totalità. Era anche essere "alla mercé de" l'analisi e del prendere contatto con i vissuti di distruttività e di danno corporeo e mentale, collegati alla sua parte pazza, o perversa, o tossicodipendente.

Era stato "alla mercé de" la rappresentazione dello status sociale come un'appartenenza identificatoria che apparentemente gli conferiva (auto) stima e un sentimento di (auto) sufficienza. Ma questo è solo un elemento legato all'apparenza e di per sé poco consistente, se lo si pone a confronto con quell'esperienza emotiva più intima e personale che dà un senso di consistenza e di sostegno all'interno dell'Io.

Forse da questo punto di vista, l'analista era l'ispettore dell'assicurazione che nel sogno metteva in dubbio quella appartenenza[6]. Ma oltre tutto sognare significava già disporre di un più ampio mondo mentale e rappresentazionale. Interrompo ora questa discussione clinica, per tornare agli spazi della realtà psichica.

5. La realtà psichica e i suoi spazi

La realtà psichica è un ampio regno, nel quale l'Io si muove, si orienta e vive, direi, contemporaneamente in tre spazi o mondi inconsci abitati da personaggi con i quali l'Io stabilisce identificazioni.

Uno di questi mondi è quello delle rappresentazioni più legate al funzionamento fantasmatico della propria mente e del proprio corpo. L'altro, esterno, ha in esso una presenza virtuale. Questo mondo si regola in base al principio del piacere-dispiacere che evolve verso la fiducia/persecuzione.

Per A. è il mondo in cui si ritrova con la libreria quasi vuota, o la bilancia o le diverse rappresentazioni dei propri organi. Un altro mondo è costituito dallo spazio in cui ci sono le rappresentazioni dei vincoli familiari: viene regolato dal tabù dell'incesto e da quanto è legiferato, permesso o vietato nell'ambito della sessualità. È il mondo in cui l'altro ha una presenza stabile contrassegnata da un marchio di realtà e in cui entrambi, l'Io e l'altro sono vincolati. Il suo funzionamento è regolato sia da ciò che si desidera, sia da ciò che è temuto.

Tra i personaggi che compongono il mondo interno ci sono quelli derivati dalle relazioni oggettuali precoci. I personaggi interni sono relazioni autogenerate dall'Io che conservano qualche traccia delle persone reali esterne, con le quali si è convissuto durante un periodo della vita: i genitori e i fratelli, o in seguito il coniuge e i figli.

A questo mondo appartengono le rappresentazioni del paziente A. con sua madre che gli consiglia di sottrarre soldi al padre, o la fantasia del suo stato fisico in rapporto alla sua attuale famiglia, o la fantasia della omosessualità come un derivato del consiglio della madre di prendere di nascosto soldi dal padre.

Infine l'Io abita un terzo mondo con rappresentazioni dell'ambito socio-culturale, dove regna la legge sociale e dove si rappresenta ciò che è possibile e ciò che è impossibile. Gli altri vi hanno una presenza reale e diffusa e su ciò si fonda l'esperienza di essere immersi in un mondo insieme ad altri propri simili che hanno anche la funzione di porre un limite.

Ne fanno parte rappresentazioni di valori (in questo paziente, ad esempio, fino a quando vivere con un danno fisico); di status (la rappresentazione della Mercedes come *status-symbol);* rappresentazioni etiche (il suicidio come valore), legali, politiche, spesso collegate a figure che le rappresentano e che possono venire trasferite nell'analista (come l'ispettore dell'assicurazione nel sogno).

Se il paziente raggiunge un insight sulla propria realtà psichica esso si estenderà sia alla struttura delle pulsioni e delle difese, sia alla natura del suo rapporto con le persone della sua famiglia. Li aiuterà a non ripetere, non ripetendo egli stesso. Prenderà contatto con il fatto che questi rapporti

sono più evoluti o più regrediti, più onorevoli o più perversi. Amplierà anche l'insight circa le condizioni sociali in cui vive e in cui vivono gli altri. Avrà una prospettiva più realistica del mondo e vedrà con maggior dolore le disuguaglianze sociali con maggior benevolenza la diversità di valori o con maggiore scetticismo l'eccellenza del proprio status o della propria posizione sociale.

Note

1. In spagnolo *''falta''* significa sia mancanza che assenza, a seconda del contesto (N.d.T.).
2. Nel linguaggio psicoanalitico dell'autore, *"re-resentada"* significa contemporaneamente rappresentara e ripresentata (N.d.T.).
3. In spagnolo anche *"rappresentarlo"* (N.d.T.).
4. "Deterioramento" e "disastro" sono parole emerse nell'analisi, collegare a una relazione episodica con un partner omosessuale che rappresentava la sua parte più disturbata. Avveniva in un appartamento dove dopo aver inalato cocaina quest'ultimo si isolava in un'attività ripetitiva facendo *zapping* con il telecomando della TV. Allora A. lo lasciava solo nell'appartamento. Quando vi tornava dopo una settimana, trovava i segni della sua attività distruttiva: il televisore rotto, rotti i contenitori delle cassette video, le stoviglie, i mobili rovinati. Il risultato di tutto ciò veniva chiamato "il disastro" e la sua conseguenza "il deterioramento".
5. Che in spagnolo è anche un nome di donna.
6. In spagnolo *"pertenencia"* significa tanto "appartenenza" quanto "possesso*"* nel senso di un oggetto o un bene personale (N.d.T.).

ISIDORO BERENSTEIN
Republica de la India 2921-10°
1425 Buenos Aires

CONFRONTI

INCONTRO CON DOMENICO CHIANESE

"Campo analitico - spazio virtuale"

Siamo lieti di pubblicare in questa Sezione la registrazione di una Giornata di studio, organizzata dalla Sezione regionale Lazio della SIPP, con Domenico Chianese intorno ai temi di grande rilevanza, sollecitati dalla recente pubblicazione del suo libro: "Costruzioni e campo analitico" (Borla, Roma, 1997). *Il dibattito si è svolto a Roma il 21 gennaio 1998*

Presentazione*

La tematica delle costruzioni apre un percorso nel libro di Chianese (1997), fin nel suo impianto testuale, che porta alla tessitura della psicoanalisi nella sua metodologia e nella sua etica.

Il titolo dell'incontro odierno, "Campo analitico - spazio virtuale", ci consente di porre l'accento sullo scarto che sottende ogni presa concettuale del modello in psicoanalisi, e che è intrinseco al dispositivo analitico come movimento esperienziale e percorso che lo fonda. Uno scarto del quale la teoria psicoanalitica dà rappresentanza nell'ambito del sapere eleggendo a proprio oggetto ciò stesso che ne costituisce il motore e l'orizzonte, l'inconscio soggettivo.

In un'analisi non tutti i percorsi sono possibili, sottolinea Chianese. Lo spazio virtuale si costituisce infatti in funzione dei tre poli referenti del sistema analitico, paziente, analista e teoria, ciascuno dei quali è metafora dell'altro.

Ci sembra utile a questo riguardo l'ipotesi che fa Chianese della differenza esistente tra momenti di psicoanalisi e di psicoterapia che si possono incontrare all'interno dello stesso processo psicoanalitico, se si sbilancia l'equilibrio tra i tre poli paziente - analista - teoria. Il misconoscimento di tali momenti e delle loro differenze può chiudere strade importanti, o aprirne di pericolosamente illusorie, mentre il loro riconoscimento può favorire talvolta momenti di passaggio fecondo da una dimensione all'altra.

In una certa misura si è co-autori ed entro certi limiti si è co-attori del vivente, il processo psicoanalitico è rappresentazione della realtà psichica ed è anche, in quanto tale, "coproduzione del vivente": la citazione di Racamier (1989) ricorre più volte nel testo. Allora la complessità epistemologica diventa un appuntamento inderogabile per la psicoanalisi, non solo e non tanto perché il polo teorico ne risponda nella concettualizzazione del modello, o perché ne risponda all'insegna della modernità del pensiero, ma perché la psicoanalisi è stata interrogata in profondità dalla psicosi (cfr. Aulagnier 1975).

Ci sembra importante dunque qui soffermarci sul tema del contributo del paziente e della polarità del paziente. È ben noto il dramma dei pazienti che non possono uscire dalla scena fantasmati-

* Lucia Schiappoli, Segretaria della Sezione Regionale SIPP Lazio

ca, come il giovane del "chiasma" (Chianese, cit., pag. 223 e sgg.). Sono pazienti che non possono vivere momenti di disidentificazione dall'attore di un fantasma inconscio, poiché sono alle prese con un nucleo irrappresentabile, che non permette loro di essere autori di una propria autonarrazione come soggetti. Si è di fronte, rimarca Chianese, ad un'esistenza negata, mediata solo dalla possibilità di cominciare a vivere nella mente di un altro.

Cos'è che si costruisce in questi casi?

Si costruisce uno "spazio che manca", al di qua e al di là dei contenuti che, benché determinati dalla storia del paziente, sono sempre transeunti e parziali; si costruisce dunque innanzitutto uno spazio-tempo ove possa prendere forma e risonanza una mediazione più vivibile tra identico e diverso, tra io e altro, tra coscienza e inconscio.

Ci sono momenti in cui lo spazio virtuale di cui parla Chianese si avvicina molto al concetto di spazio potenziale di Winnicott (1971), come area in cui va lasciato esistere il paradosso, è e non è, vivo e morto, momenti fondanti dalla cui esperienza - anche se quest'esperienza non si esplicita - si può costruire insieme la capacità di usare una mediazione simbolica.

Ma ci sono momenti per "uscire", per riconoscere (e far riconoscere) anche in questo modo una terzeità, momenti di acquisizione e di riacquisizione di un limite proprio e dell'analisi, anche questi all'interno di un processo lungo e faticoso.

Pur se "uscire di scena" è innanzitutto, e lo condividiamo, uno stile di fondo dell'analista, anche questi momenti riteniamo siano comunque momenti determinati, in un processo analitico: così, si può aggiungere, non tutti i momenti sono possibili momenti di uscita. In questo senso si può ripensare con il supporto di questo testo a quanto dice Laplanche (1987) sui momenti definiti nei quali si può decidere la fine dell'analisi.

Sappiamo poco di noi stessi, ci ricorda Chianese.

Con questi pazienti sappiamo qualcosa di più di loro, di noi stessi o del modo in cui hanno cominciato a vivere nella nostra mente a volte solo dopo molti anni dalla fine dell'analisi: in un polo di autoanalisi che - il testo lo sottolinea fortemente - non può essere lasciato a una deriva controtransferale che non faccia riferimento e perno sulla metapsicologia.

FIORELLA OCCHIUZZI

Introduzione

"Quando vedete passare una idea semplice uccidetela, altrimenti, se procedete con le idee semplici, sarà lei ad uccidervi". Questa frase di A. Green è stata usata da Chianese come epigrafe per la sua introduzione al testo *Seminari romani.* La data di pubblicazione è il 1995 e dunque non credo di andare molto lontano se dico che il libro di cui oggi discutiamo fosse già in cantiere, essendo inessenziale ai fini del nostro discorso l'evento materiale del mettere nero su bianco, o addirittura del progetto editoriale, quanto piuttosto il porre l'attenzione sul lavoro e la temporalità dell'inconscio, cosicché, ricordando che il tempo dell'inconscio non è il tempo della storia, mi piace pensare che una epigrafe possa rappresentare quello che lo stesso autore non sa di voler dire. Ipotesi, questa, che sul piano metodologico ci ricorda il modo con cui Laplanche interpreta Freud (con) Freud: "... la messa sullo stesso piano dell'insignificante e della dichiarazione di principio costituisce una regola metodologica salutare per il fatto che prende alle spalle le elaborazioni secondarie e le mimetizzazioni dell'intendimento, permettendo che si liberino altre reti di significazione" (1991, 23). E ancora, pensiamo alla generatività di certa letteratura psicoanalitica che utilizza documenti di confine come gli epistolari di Freud, per leggere nelle pieghe del corpus teorico, interpretandoli in analogia alle produzioni dell'inconscio, come 'resti'.

E dunque, possiamo ipotizzare che speculare sull'"Uscire di scena" (così si intitola l'ultimo capitolo del libro), non sia un'idea semplice soprattutto in un'epoca, la nostra, caratterizzata dalla "metafisica della presenza". Uscire di scena, come stile del metodo analitico, punto di arrivo, epilogo di un discorso che, lungi dal dettare ricette e certezze, ha interrogato la teoria per riconoscere che "... il rapporto con il nostro inconscio è il rapporto con un'altra persona a noi parzialmente sconosciuta..." attribuendo a questa asserzione un significato forte poiché continua "... questo limite lo pongo come una sorta di principio etico del nostro lavoro, che si applica a noi come al paziente che analizziamo" (Chianese, 1997, 249). Di qui forse il senso trovato e ritrovato nella "violenza dell'interpretazione".

Coniugare il concetto di etica con l'uscire di scena ovvero con il riconoscimento di una alterità-singolarità irriducibili a modelli ontologici, questo mi sembra un importante punto che Chianese riconosce alla specificità epistemologica della psicoanalisi. E dunque mi sembra di poter dire che è la specificità dell'oggetto della psicoanalisi, la realtà psichica - quella "particolare forma di esistenza che non deve essere confusa con la realtà materiale" - che circoscrive l'etica del nostro lavoro, essendone corollario che "l'analista deve rifiutare a se stesso il sapere" (Laplanche, 1987, 155), ma considerando altresì che la verità analitica si lascia cogliere per il suo negativo: il non voler sapere.

Il percorso teorico-clinico del lavoro di Chianese mi sembra dunque di poterlo riassumere in un 'levare', in un passaggio coerente e problematico insieme, dalla presenza alla assenza, dalla realtà materiale alla realtà psichica nel cui interstizio si "viene a costituire lo spazio virtuale dell'analisi" (p. 251) prendendo come filo rosso della ricerca una sostanziale analogia tra il lavoro della cura e il lavoro sulla teoria e rendendo esplicito che nel nostro specifico quadro concettuale il rapporto tra l'esperienza e i concetti che la formulano, deriva da un reciproco e dialettico riscontro.

Diverso sembra essere invece l'approdo dei nostri giorni che Chianese sintetizza nel "Costruire una storia ben formata e più coerente"; "analista e paziente costruiscono insieme tante storie possibili, tanti racconti [...] voci di una psicoanalisi contemporanea che ha nell'ermeneusi infinita e nella deriva narratologica (e vorrei aggiungere, nella deriva neo scientista: la verifica dei processi terapeutici) il suo possibile esito e di cui non riesce a comprendere a fondo il progetto" (Chianese, pag. 14), e che lo spinge a rifare il percorso dall'inizio. È da qui che la famosa teorizzazione di Laplanche per cui ciò che fonda il soggetto fonda la teoria, mi fa venire in mente una prima analogia tra il lavoro del soggetto e il lavoro della teoria: se ciò che muove il soggetto è la spinta a tradurre (in una continua autoteorizzazione), l'autoteorizzazione dell'analista si definisce nel suo rapporto con la teoria, facendo della teoria una esperienza. Dunque, mi pare di poter dire che "rifare il percorso dall'inizio" cominciando dalle *Costruzioni* e dal *Mosé,* opere dove ... "L'ultimo Freud ci consegna il dramma e il senso dell'enigma della vicenda umana" (Chianese, pag. 20), già individui il filo della ricerca su due fronti che si definiscono reciprocamente: la storia individuale delle origini e la storia (origine) della teoria, nel senso che condividono entrambe il senso di una aporia fondamentale: l'impossibilità di trovare un punto di partenza unico e definitivo. Dice infatti Chianese: "Freud ha tenacemente inseguito quel rimosso che gli sfugge, quell'evento irraggiungibile e non documentabile" (pag. 26). Ma è da questo rimosso che scaturisce una verità la cui peculiarità è di abitare un "non luogo": spazio dove "potenzialità inespresse, qualità energetiche indifferenziate, prerappresentazio-

nali, significanti enigmatici... ciò che non ha trovato spazio e significazione chiede di essere ritradotto e rappresentato" (Balsamo, Napolitano 1994, 24).

Il rapporto tra realtà, memoria, fantasia, traduce così il rapporto tra realtà materiale, realtà storica e realtà psichica: questo il filo conduttore del percorso critico costruttivo-ricostruttivo che sottolinea quanto la crisi dei *neurotica* non abbia messo al riparo Freud dal farsi domande sul ruolo dell'evento: il trauma appunto. Trauma che in psicoanalisi si definisce non tanto e non solo per la sua esistenza ma per la sua qualità ovvero per il senso che ognuno vi attribuisce secondariamente: è il concetto della posteriorità, dell'*après coup.* E dunque mi chiedo: non è in fondo la precedenza del giudizio di attribuzione sul giudizio di esistenza che fa dell'oggetto della psicoanalisi un oggetto non fenomenologico?

Chianese cita Laplanche: "La posteriorità è funzionamento in due tempi di cui nessuno è individuabile per se stesso. Occorrono sempre due traumi per fare un trauma, due tempi distinti per fare una rimozione, il che vuoi dire che la rimozione originaria e il trauma non possono mai essere additati ad una osservazione, anche analitica" (Laplanche 1987, 87), e quindi possiamo dire che, se è vero che l'evento in psicoanalisi è sempre risignificato, è questo il senso della in dissociabilità del momento costruttivo-ricostruttivo, ovvero di un lavoro di de-traduzione ritraduzione, appartenendo entrambi i movimenti ad una temporalità differita, simmetrica a quello spazio differito - spazio virtuale, che è il transfert, dove il presente è un tempo ritrovato, e il passato - costruito e ricostruito - porta le tracce del qui e ora; e dove l'oggetto è sempre ritrovato.

Se la funzione autoreferenziale della mente si può definire come "la libertà di creare, inventare, trasformare quella realtà" (Chianese p. 48), da questa concettualizzazione si apre un varco epistemologico: qual è il limite di questa creazione-costruzione, ciò che oggi entusiasma i fautori della nuova psicoanalisi e che va sotto il nome di costruttivismo? Tra quella che abbiamo chiamato poc'anzi la deriva narratologica, ermeneusi infinita sintetizzabile in un *hic et nunc* tra paziente e analista senza storia, e quella derivante da una eccessiva fiducia nel dato osservativo dello sviluppo infantile, l'approccio psicoanalitico si confronta con un particolare statuto epistemico: quello della realtà psichica il cui oggetto, lo psichico inconscio, la fantasmatica, non è esperibile senza la teoria che lo definisce e lo interpreta: la metapsicologia. È in questo senso che il pensiero causale della psicoanalisi si definisce nelle "linee di rottura" del pensiero causale della psichiatria, della psicologia e della filosofia, della biologia, rischiando di debordare in un al di qua o in un al di là delle di-

scipline contigue, mentre "l'inconscio, questo mondo dell'irrealizzato, si definisce come l'impossibilità di trovare un centro" (Chianese p. 54).

E Freud del *Mosé* "Il nostro pensiero si è riservato la libertà di scoprire rapporti di dipendenza e connessioni ai quali non corrisponde nulla nella realtà" (1938, 427, n. 2), proclama costruttivista lo definisce Chianese, senonché la citazione prosegue con una sottolineatura dello stesso Freud che la dice lunga sul rischio di un relativismo teorico che, connesso al metodo terapeutico può risolversi in semplice ermeneutica: "Protesto tuttavia contro chi fraintendesse il mio pensiero quasi volessi dire che il mondo è così complicato che qualsiasi asserzione viene fatta deve cogliere in un qualche punto un frammento di verità" (ibidem) e dunque traduciamo: in riferimento al nostro metodo, alla *non infinità* delle interpretazioni fanno da contraltare la *non infinità* degli scenari da costruire e ricostruire. (Non è questa la sede, ma una riflessione sul rapporto tra il relativismo epistemologico e certo revisionismo storico sorge spontanea).

In sintesi, tra un determinismo lineare e semplicistico che lo stesso Freud a volte ha usato nella ricerca dell'evento da incastrare nella storia del paziente vista come un *puzzle* (antico richiamo per credere oggi ad una possibile verifica dei risultati terapeutici), e un narrativismo senza storia che agisce soltanto sulla realtà materiale dei protagonisti, ancora una volta sarà la 'strega' metapsicologia a darci il senso della complessità della realtà psichica e gli strumenti per interpretarla: "In analisi l'elaborazione e la costruzione rappresentano due forme di una stessa funzione trasformativa" (Chianese, p. 68), ciò implicando il concetto di lavoro dell'apparato psichico e individuando così il nucleo fondante del lavoro analitico nell'inscindibile legame tra la forza e il senso: "naturalismo ed ermeneutici' dice Assoun "legati come un solo ed unico linguaggio" (1988, 34).

Ed è allora in questa doppia polarità - la forza e il senso - il fondamento epistemico del costruttivismo in psicoanalisi: se è vero che il paziente si presenta con un passato *costruito,* forse il senso da restituire a *costruito* è *elaborato* ovvero quello di una storia ritradotta dagli effetti della rimozione in quanto... "la rappresentanza psichica ha la sua fonte nella organicità della forza perché investita d'affetto" (Green, 1997): diversa la concezione di una costruzione (di tipo ermeneutico) dove "una rappresentanza psichica" ... "è la rappresentanza dello psichico da parte dello psichico" (ibidem).

La diversa impostazione come al solito è gravida di conseguenze: in un caso infatti, se "la rimozione è tutt'altro che una messa in memoria" (Laplanche, 1991, 1310) e dunque è essa stessa una costruzione con il suo portato fantasmatico, la decostruzione non può che riferirsi agli aspetti difensivi-conservativi espressi nella ripetizione (anche transferale) contenendo in sé però i limiti della capacità trasformativa dell'analisi; nell'altro ci troviamo di fronte ad un modello di soggettività e dunque di rapporto analitico in cui l'aspetto rappresentazionale si limita a considerare inconscio il non cosciente, valorizzando per questo la funzione ermeneutica della interpretazione-costruzione sganciata dal suo significato di "spiegazione", mentre, dice Assoun "l'ermeneutica freudiana non assume mai una accezione antagonista rispetto alla spiegazione" (l988, 54).

E ancora: se "vi è una temporalità intrinseca all'apparato psichico derivante dalla serie e successive iscrizioni trascrizioni traduzioni da cui è costituito il rimosso" (Chianese, p. 68), siamo in presenza di una concezione del tempo (e dunque della storia) non lineare anche rispetto alla rimemorizzazione, stabilendo una diversa concezione della causalità in riferimento al metodo storiografico caratterizzato da un ordine cronologico lineare.

Considerando nella causalità psichica l'intreccio inscindibile dei concetti di sovradeterminazione, di posteriorità e di coazione a ripetere, che la fa appartenere alla serie dei fenomeni complessi, (complessa è una realtà che include l'antagonismo), la teoria di fondazione della psicoanalisi non può che contenere l'idea di una soggettività in cui storia e struttura essendo inscindibili, rappresentano altresì il supera mento della dicotomia natura cultura. È in questo senso che l'Edipo - organizzatore psichico - fondante la storia individuale si articola in maniera unica e singolare nell'incontro che ognuno farà casualmente con la Storia e con la storia che lo precede e lo installa in un ordine (strutturale e storico) precostituito, ciò che dà il segno della alienazione originaria (qui si innesta anche il discorso sul transgenerazionale) che ci segna tutti, al di là della patologia. Se a questo aggiungiamo, "l'irriducibilità del conflitto", ''l'inconciliabilità delle rappresentazioni", "l'alterità dell'inconscio" e "la molteplicità delle identificazioni" (Chianese, p. 103), possiamo comprendere perché è così difficile abbandonare l'illusione, questa sì che è una ferita narcisistica, della centralità e della unità del soggetto.

Mi sembra allora simmetrico a questa illusione della centralità e della unità del soggetto, il pensare che le storie cliniche "si scrivono come novelle" presupponendo uno sviluppo lineare della vi-

cenda analitica e della sua risoluzione, non considerando lo scarto tra la linearità del racconto e la realtà analitica intesa come formazione pluridеterminata e pluridimensionata. Dovremmo invece anche per la scrittura del caso clinico utilizzare le categorie di interpretazione come "spiegazione" e considerare la linearità del resoconto clinico come un espediente euristico usato ai fini della trasmissibilità della esperienza, attenendoci alla dimostrazione che quello che facciamo e diciamo è garantito dalla teoria cioè dalle leggi che sostengono il nostro *sapere* (utilizzo questo termine in senso forte), dunque, vista la proliferazione delle teorie, per lo meno attenerci a garantire una sorta di coerenza interna tra il racconto e la teoria che lo sostiene.

Come articolare allora narrazione-storia contenendo entrambe lo stesso destino di decentramento rispetto alla causa e all'origine che, come sappiamo non sono la stessa cosa: le *Costruzioni* e il *Mosé,* la metafora archeologica e il romanzo storico, se non considerando che condividono lo stesso procedimento, quel 'congetturare' che Freud usa per speculare sul suo oggetto: il famoso "Non si può avanzare di un passo se non speculando, teorizzando - stavo per dire fantasticando - in termini metapsicologici" (1937, 508)? Ecco di uno scenario speculativo contemporaneo che fa dire ad uno scienziato come Stephen Gould che non è mai accaduto che un'intuizione scientifica sia stata ottenuta per via meramente deduttiva, anziché attraverso metafore o analogie. D'altra parte sul fronte opposto, anche la letteratura non sfugge al dover giustificare il temibile scarto tra verità e verosimiglianza se Pirandello sosteneva che nell'arte le assurdità della vita, per sembrare vere, debbono apparire verosimili.

"Uscire di scena", "perdere di vista", metafora e analogia della concezione freudiana dello psichico come spazio: "La psiche è estesa e di ciò non sa nulla", ma ad altro livello è la individuazione del campo analitico come luogo di rappresentazioni (nel senso di mettere in scena): scenari a più entrate, li definisce Chianese, personaggi plurimi come multiple sono le identificazioni: inconsapevoli però (i protagonisti della scena analitica) che i personaggi dell'altra scena, del l'altra storia, possono irrompere facendosi portatori di quei messaggi enigmatici che spingono per essere decifrati. In questo senso l'avventura analitica unisce in un identico destino l'analista e il paziente, il transfert e il controtransfert, messi "alla prova della risonanza con l'ignoto" (Green, 1997, inedito), inquietante estraneità appunto.

Controtransfert, dunque: "L'analista parla molto di sé, talvolta più di sé che del paziente, l'inconscio non sembra essere più raggiungibile attraverso scarti, tracce, ma essere lì visibile, narrabile, pronto per l'uso (Chianese, p.180). Viceversa, in accordo con la definizione di Pontalis: "Il controtransfert è transfert in noi dello straniero, di ciò che è più straniero al paziente" (1990, 74), Chianese fa entrare in contatto il controtransfert con il processo auto analitico dell'analista e rende contiguo il transfert con il controtransfert in una accezione che, così allargata, si ricollega alla concettualizzazione di campo analitico luogo elettivo dei tre poli: l'autoanalisi, storia del paziente e teoria.

Altro è l'enfasi sul vissuto dell'analista, diventato ormai il *passe-partout* per la comprensione e dunque per l'interpretazione, il cui effetto di risonanza non può che determinare "comportamenti controtransferali di natura più mimetica che analitica" (Fedida, 1997, 221) e, vorrei dire, con il risultato da una parte di riempire lo spazio analitico di contenuti preconsci, che, usando una analogia relativa al lavoro del sogno, appartengo no più al senso manifesto che al senso latente del discorso; dall'altra di ridurre la funzione dell'analisi ad una 'psicosintesi'.

Al contrario, collegare il controtransfert al processo di autoanalisi mi sembra metodologicamente corretto riferendosi ai resti non analizzati dell'analista, per leggere i quali la teoria metapsicologica diventa un tramite conoscitivo ed esperienziale (non nel senso dell'esperimento), che garantisce, non solo l'analista ma anche il paziente, da quella confusione ed indistinzione che occlude lo spazio per l'elaborazione, e che può essere anche il segno di un'area comune indistinta prerappresentazionale comune alla coppia analitica.

A questo punto sorge però una domanda: se Freud conosceva l'evidenza di questi fenomeni psichici: la trasmissione diretta dei pensieri, la telepatia, il rischio della suggestione, perché interpretare l'esclusione di questi fenomeni dal terreno della psicoanalisi come "una resistenza originaria di Freud e della psicoanalisi ad includere nella relazione analitica e nella teoria i livelli simmetrici della mente" (Russo, 1998 pag. 242) e non piuttosto uno dei tanti sentieri battuti e superati, attraversando i quali ha costruito la sua episteme, verso quel "realismo razionalista" di cui parla Assoun (1988, 100) e che fa del fondatore della psicoanalisi l'ultimo degli illuministi? D'altra parte, un segno della impossibilità di scindere nell'opera di Freud (e direi in genere nella psiche umana), il simmetrico dall'asimmetrico, il sincronico dal diacronico, credo si mostri proprio analizzando la

genesi della psicoanalisi, caratterizzata da un conflitto irriducibile tra una vera e propria *fascinazione* che il fondatore subiva da e verso il suo interlocutore Fliess, e il contestuale *concettualizzare,* rivendicando per la psicoanalisi il carattere di un *sapere nuovo.* Analogamente, credo che sia soltanto l'analisi del controtransfert, inteso come movimento detraduttivo-ritraduttivo di resti non analizzati, che può trasformare la "terrificante simmetria" (Russo, pag. 248) in "comprensione modificante" (Bodei, 1979).

Ci avviamo alla fine per chiederci perché costruire-ricostruire, perché la storia e l'archeologia metafora dell'origine e del divenire, riconoscimento di un "debito genealogico" che per l'analista significa, in più, riconoscimento di un debito verso le teorie ereditate dai genitori analitici. Infatti, se è vero che non possiamo evitare la cattura dell'altro, la tentazione di eliminare in noi e nell'analisi la ricostruzione della storia di questa cattura e la storia della cattura dell'altro che è in noi, questo sì, ci condannerebbe ad un destino di ripetizione scambiando per nostro quello che non ci appartiene, o per straniero ciò che ci abita; magari cedendo all'illusione, vera suggestione dell'immaginario, di costruire una storia coerente eliminando il conflitto e le contraddizioni. È ripensando dunque alla analogia tra ciò che fonda il soggetto e ciò che fonda la teoria, che l'avventura analitica unisce in un unico destino il paziente e l'analista: nel realizzare, mai nello stesso modo mai una volta per tutte, le parole del poeta "Ciò che hai ereditato dai padri, riconquistalo, se vuoi possederlo davvero".

Bibliografia

ASSOUN, P.L. (1981) *Introduzione all'epistemologia freudiana.* Theoria, Roma 1988.

BALSAMO, M., NAPOLITANO, F. (1994) *Costruire e ricostruire.* Borla, Roma.

BODEI, R. (1979) Comprendere, modificarsi. Modelli e prospettive di razionalità trasformatrice. In *Crisi della ragione* a cura di Gargani, A.G., Einaudi, Torino.

CHIANESE, D. (1997) *Costruzioni e campo analitico.* Borla, Roma.

FEDIDA, P. (1992) *Crisi e controtransfert.* Borla, Roma 1997.

FREUD, S. (1937) Costruzioni nell'analisi. *OSF,* 11.

FREUD, S. (1934-1938) L'uomo Mosé e la religione monoteista. *OSF,* 11.

GOETHE, W. (1832) *Faust.* Einaudi, Torino 1965.

GREEN, A. (1995) *Seminari romani.* Borla, Roma.

GREEN, A. (1997) *Smembramento del controtransfert.* Presentato alla giornata del Colloquio Italo-francese. Palermo, 22-23 Novembre 1997. Inedito.

LAPLANCHE, J. (1987) *Nuovi fondamenti per la psicoanalisi.* Borla, Roma, 1989.

LAPLANCHE, J. *Elementi per una metapsicologia.* Borla, Roma, 1991.

Pontalis, J.-B. (1990) *La forza d'attrazione.* Laterza, Bari, 1992.

RUSSO, L. (1998) *L'indifferenza dell'anima.* Borla, Roma.

Discussione

Chianese

Ringrazio i colleghi e gli amici della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica per l'invito a discutere qui con voi il mio recente libro *Costruzioni e Campo analitico;* ringrazio particolarmente la Dott.ssa Gino, la Dott.ssa Schiappoli e la Dott.ssa Occhiuzzi, che sono tutte qui, accanto a me e la loro presenza mi fa molto piacere e mi tranquillizza anche a ragione della stima e dell'affetto reciproco che ci lega. Ma non voglio prendere altro tempo e farò solo una breve introduzione, sostenuta da alcune citazioni.

La prima è tratta dalla nota lettera a W. Fliess del 21 settembre 1897. In genere questa lettera viene ricordata per la prima parte, nella quale è l'annuncio da parte di Freud dell'abbandono dei *Neurotica.* Io ritengo, però, che il prosieguo della lettera sia di estremo interesse soprattutto quando Freud scrive: "... anche nelle psicosi più profonde non si fa strada il ricordo inconscio, in modo che il segreto delle esperienze giovanili non si svela neppure nel più confuso stato di delirio. Se dunque si constata che l'inconscio non vince mai la resistenza del conscio, naufraga anche la speranza che durante il trattamento si debba verificare il processo opposto, che cioè il conscio arrivi a controllare completamente l'inconscio".

Freud non rinuncerà mai al tentativo di raggiungere l'inconscio attraverso le sue tracce, le sue iscrizioni e traduzioni. Dall'inizio (siamo nel 1897), fino alla fine con *Costruzioni,* sia nella teoria che nella pratica, si avverte questa tensione, questo *telos* per un compito irrealizzabile o che comunque non si conclude mai.

Credo che, nonostante sia passato del tempo, noi analisti di fine millennio abbiamo fatto nostra questa tensione, questo *telos* e questo compito irrealizzabile; continuiamo a seguire le tracce di questo passato, le tracce dell'origine.

"Ma le tracce, quelle di cui sono fatte la nostra memoria e la nostra storia, tracce di passi sulla sabbia, che subito si cancelleranno, noi le scopriamo, le scrutiamo, le seguiamo perché esse provengono da qualche luogo sconosciuto, amato o criminale, e aspettiamo da esse che ci portino in qual-

che luogo, che non sarà mai quello, ma che con esso avrà qualcosa a che vedere". Così, poeticamente Pontalis in *La forza d'attrazione (1990).*

In che modo possiamo seguire queste tracce? Tutta l'opera di Freud è disseminata di "consigli", tecniche, metodologie. Seguiamo le rappresentazioni dell'apparato psichico, le tracce mnestiche, i ricordi di "copertura", deduciamo, analizziamo, interpretiamo, costruiamo ecc.

Ma la scena analitica, ci permette anche altro, ci permette di andare oltre le rappresentazioni.

Il dispositivo artificiale inventato da Freud, ci permette di andare oltre Freud, oltre ciò che lui ha "visto".

"Il campo analitico: scenari a più entrate", è il titolo della seconda parte del libro. Analisi come scena teatrale sulla quale si può rappresentare la realtà psichica. Vedremo come questa metafora ha i suoi limiti, che noi non cercheremo di celare.

Parlando dell'articolazione analista, paziente, teoria, tento di descrivere un dispositivo per la creazione di uno spazio ("virtuale"), delineo uno *scenario* e non gli oggetti e i personaggi che di volta in volta l'andranno ad occupare. La creazione di quello spazio è la premessa affinché la realtà *psichica* possa rappresentarsi nella situazione analitica.

Le trasformazioni metodologiche imposte alla clinica psicoanalitica, nella sua lunga storia, hanno ampliato la possibilità di rappresentare la realtà psichica nella situazione analitica; è per questo motivo che parlo di scene (usando il plurale) a "più entrate": si entra attualmente nelle scene analitiche non solo attraverso il mondo interno del paziente ma anche attraverso l'immaginario e la fantasmatica dello stesso analista.

Per suggerire la mobilità delle scene analitiche, ho posto come esergo alla seconda parte del libro una frase tratta dalla prefazione di L. Pirandello a *Sei personaggi in cerca d'autore:*

"Quel palcoscenico, anche perché accoglie la realtà fantastica dei personaggi, non esiste di per se stesso come dato fisso e immutabile, come nulla in questa commedia esiste di posto e di preconcetto: tutto vi si fa, tutto vi si muove, tutto vi è tentativo improvviso. Anche il piano di realtà del luogo in cui si muta e si rimuta questa informe vita che anela alla sua forma, arriva così a spostarsi organicamente".

Infine come commento alla seconda parre del libro e come introduzione ai lavori, riporto l'ultima citazione, che ho tratto da W. Shakespeare:

"Il mondo è tutto un palcoscenico,
e uomini e donne, tutti sono attori;
hanno proprie uscite e proprie entrate;

nella vita un uomo interpreta più parti...”.

C. Masina

Tu affermi che la dichiarazione programmatica di Freud era quella di distinguere la leggenda dalla Storia e che invece, nella sua pratica e nella sua teoria, egli slitta continuamente da un piano all’altro, li ibrida, li inquina per inseguire con tenacia ed ostinazione un rimosso che gli sfugge, per colmare con un evento possibile un vuoto nel passato remoto. Però dici anche che da quello che si può considerare un suo limite, un fallimento del metodo analitico, nasce in Freud l’intuizione che il rimosso può diventare verità storica attraverso il lavoro dell’analisi. A me pare innanzitutto molto importante che tu abbia messo a fuoco questo problema sottolineando come sia centrale la creazione che viene elaborata insieme da analista e paziente di uno spazio virtuale. Mi sembra di essere meno d’accordo invece con te, quando consideri un limite di Freud quello che tu definisci “inseguimento” del rimosso.

A me pare che i limiti del lavoro analitico siano in primo luogo quello di prendere per vero una costruzione romanzesca magari delirante del paziente; e in secondo luogo quello di disconfermare le parole del paziente ritenendole sue fantasie senza chiedersi se queste fantasie non contengano tracce di eventi remoti. Questo secondo atteggiamento può provocare reazioni negative nel paziente. Nelle mie due analisi, ho osservato nei miei analisti una propensione nei confronti dell’una o dell’altra tendenza. Pur consapevole che le ricerche neurologiche (pensiamo ad Edelmann ed al suo concetto di ricategorizzazione) tendono a confermare la geniale intuizione di Freud sulla posteriorità (*nachträglicheit*), a me sembra utile quando ci troviamo di fronte ad una persistente coazione a ripetere, al diniego, alla forclusione, di riflettere seriamente sul loro significato e su cosa ci sia alla loro origine. A me non sembra poi che Freud fosse ossessionato dalla rimozione. Nel 1915 nel lavoro sull’inconscio, scrive che è errato immaginare che il rapporto tra i due sistemi - inconscio e preconscio - si limiti all’atto della rimozione. Freud non aveva la pretesa che tutto ciò che accade nella psiche dovesse per forza essere noto alla coscienza, però avendo intuito il complesso e misterioso intreccio tra inconscio e preconscio, come scienziato era spinto ad indagare tale area. “L’inconscio è vivo”, scrive nel lavoro citato, è “capace di sviluppo e intrattiene con il preconscio una serie di altre relazioni compresa quella della collaborazione”. Freud aveva scoperto che attraverso il conscio si poteva influenzare l’inconscio dei pazienti e cercava di farlo, mi pare, e qui uso una terminologia di Matte Blanco, per rendere più vitali le strutture bilogiche della psiche, quando esse presentavano una prevalenza di simmetria sulla asimmetria. Egli aveva osservato infatti che una disarmonica re-

lazione di conscio e inconscio in tali strutture psichiche faceva soffrire i pazienti e interferiva con l'elaborazione del pensiero.

S. Thanopulos

Vorrei proporre una riflessione che è in grandissima parte debitrice della mia lettura del libro. Intendo toccare rapidamente e molto schematicamente tre punti: partirei da quello che considero personalmente il più lucido dei costruttivisti, mi riferisco a Viderman. Il quale dice che il fantasma è una costruzione dell'analista. È molto bella, in particolare, la sua riflessione sul fantasma di Leonardo: egli dice che in realtà noi non dobbiamo interrogarci se questo fantasma era o non era di Leonardo, il valore di questo fantasma sta nell'essere stato creato da Freud. A me sembra, tuttavia, che questa sia insieme una cosa molto vera e una mezza verità; è infatti vero che quello che in analisi si costruisce nella sua totalità, nell'insieme della sua costruzione non è mai esistito da un'altra parte. Ma, allo stesso momento, non è vero che questo può bastare, perché bisogna chiedersi in funzione di quale legame quello che l'analista costruisce diventa rappresentativo per qualcun altro che non è lui. Ora, Spence, che viene dopo Viderman, radicalizza molto il discorso costruzionista e dice che in definitiva tra i sensi possibili, quello che è significativo è ciò che ha una coerenza, una coerenza narrativa. Ora, se questo è vero per il romanzo, può essere vero per il "romanzo" dell'analisi? In virtù di quale legge, - questo è il problema che Spence non si pone a mio avviso - il paziente o anche l'analista stesso, si riconoscerà in questo romanzo come autore o lettore, riconoscerà che questo romanzo è fatto da lui e per lui. Non vorrei demonizzare Spence, men che mai Viderman, penso che senza di loro non si sarebbe posta un'importante domanda nel campo della discussione analitica. Allora, andrei molti anni indietro, all'"uomo dei lupi", quando Freud, cercando anche di costruire il suo concetto di fantasia primaria, parla di un lavoro a due tempi: dopo aver immaginato una fantasia primaria come scena reale, dice che la scena era innocente: il famoso incontro tra i genitori a cui assiste il paziente; è una scena innocente che diventerà non innocente in seguito, in un secondo momento attraverso l'informazione che gli arriva dalla visione eventuale di un amplesso tra cani e probabilmente anche di altre cose. Questo è un punto molto significativo e mi sembra che Chianese abbia scritto delle pagine molto belle nel suo libro a proposito della "posteriorità", che qui mi sembra entri decisamente in causa. Però rimane un problema: se la scena è innocente, che cosa è accaduto perché poi dovesse essere oggetto di retrosignificazione? Mi sembra che qui stiamo nel "luogo" cui si faceva riferimento prima: un "luogo" che è legato al desiderio, un'eccedenza di desiderio, un desiderio non inserito pienamente nell'esperienza. Non mi sembra importante in questo momento una definizione precisa, anche per motivi di tempo, quanto segnalare che c'è un luogo che

non è ancora legato ad un significato che però causa, provoca una domanda di significazione. Il trauma si instaura nel momento in cui un significato diventa possibile, ma ciò avviene sotto forma di discrepanza di significato, perché è chiaro che l'interpretazione che il bambino dà non è quella adeguata. Ci sarà una discrepanza tra il significato che lui dà alla copula tra cani e il significato che l'adulto può dare ed è questa discrepanza, che intercorre tra la significazione soggettiva emergente e la significazione oggettiva preesistente, che creerà e fisserà questa esperienza come esperienza traumatica. Allora sembrerebbe che nel movimento che fissa il rapporto tra coazione a ripetere e posteriorità, noi possiamo vedere da una parte il luogo del desiderio in attesa di significato che anima il movimento della coazione a ripetere; e dall'altra parte, la fissazione del trauma come trascrizione di significato che costituisce il luogo in cui costantemente questo trauma si ritrascriverà. A questo proposito, faccio un riferimento (e questo è il terzo punto), a Searles, che è uno dei massimi filosofi della coscienza, che fa una critica all'inconscio di Freud, dicendo più o meno: per Freud il rapporto tra inconscio e conscio corrisponde al movimento dei pesci, che prima stanno sotto l'acqua e poi appaiono sopra la sua superficie. Ciò, sostiene, è un discorso assolutamente debole. In realtà, è debole, mi pare, la lettura che Searles fa di Freud. A questo punto vorrei soltanto attirare l'attenzione su un concetto, a mio avviso, fondamentale, ad un modo di esprimersi di Freud che nel suo scritto metapsicologica sull'inconscio, parla di "propaggini", propaggini dell'inconscio nel preconscio, che i francesi traducono in fantasmi. Penso che il fantasma o propaggini dell'inconscio, come vogliamo chiamarlo, sia l'area di un possibile raccordo tra ciò che si costruisce in analisi e il "luogo" del desiderio che rimanda alla costruzione di un significato. Qui ci possiamo chiedere: quali sono le condizioni che ci permettono di dire che tra ciò che è costruito in analisi e il luogo del desiderio esiste un legame effettivo? Direi a questo proposito che nessuna costruzione nostra può essere attendibile, e quindi può avere una sua coerenza narrativa, al di fuori della possibilità che un desiderio, precedentemente espresso attraversa rappresentazioni a modalità di funzionare della mente che ci sfuggono, torni ad essere legato a nuovi sensi recuperati all'interno dell'analisi. E da questo punto di vista, è malto significativo il discorso che Freud fa nelle Costruzioni in cui indica la necessità di intendere passa per passa una cosa, di collegare, di rettificare. Non penso che abbiamo altra strada per stabilire se, alla fine, quello che abbiamo costruito corrisponde almeno in parte ad una domanda che è nata in un luogo che non conosciamo, che mai conosceremo. Quello che noi cerchiamo di fare non è di conoscere questo luogo, ma di cercare le condizioni perché questa domanda - sul piano del senso e sul piano del significato - possa avere una risposta. Andare oltre questo, significa andare nel verificazionismo l'altro problema della psicoanalisi, che è stretta tra narrativismo

e verificazionismo, che probabilmente sono anche delle fonti di stimoli molto importanti per il discorsa psicoanalitico, ma che quando oltrepassano certi confini, portano fuori dal campo analitico.

D. Chianese

Vorrei dire solo poche cose e molto brevemente perché sono molto incuriosito di sentire voi. Ringrazio la Dott.ssa Occhiuzzi perché ha toccato i punti nevralgici di tutto il mio discorso.

Poiché sarà impossibile riprenderli rutti, cercherò di segnalarne alcuni. Voglio aggiungere che mi riconosco in quello che è stato detto dalla Dott.ssa Occhiuzzi, mi sento riconosciuto e questo sentimento è cosa rara.

Anni fa ho fatto dei Seminari alla SIPP sulle costruzioni e ho continuato su questo argomento alla SPI. Penso che questa volta "volto pagina" e non ne parlerò più... promesso! Uno degli scopi di questo libro era proprio questo: "voltare pagina", chiudere un percorso.

Una volta chiesero a Borges perché non avesse scritto dell'infanzia e Borges rispose che l'infanzia non era stata un problema per lui. Ricordava l'infanzia come una cosa bella, felice e si pensa e si scrive - egli aggiungeva - su qualcosa che fa problema, che tormenta.

Diciamo, allora, che per me le costruzioni sono stare un problema e hanno fatto capo alle mie "questioni fondamentali" per dirlo con la Aulagnier, "quelle questioni proprie di ciascun analista". Non ho parlato nel libro e non vi parlerò, di certo, qui di queste "questioni" personali che non interessano a nessuno, nemmeno sostanzialmente a me stesso. Le "questioni" personali sono uno sfondo; esse si articolano con "questioni" generali che interessano tutti. Il problema delle origini, del tempo e della ricostruzione mi hanno affascinato, ma anche tormentato a lungo. Aggiungerei a questo elenco, il problema, la questione del rimosso. Sto già rispondendo alla Dott.ssa Masina. Personalmente mi sento un po' come "l'Ultimo dei Moicani", sono tra i pochi che credono che l'analisi debba tendere a scoprire, ricercare, far emergere il rimosso. Sono convinto che siamo rimasti in pochi a crederci e, in certo qual modo, ne porto l'orgoglio.

La storia, il racconto della storia del paziente è costruito dall'analista e dal paziente: questa è la formula più diffusa attualmente, che come tutti gli stereotipi è riduttiva e non mi convince affatto.

Penso che sia un nostro dovere cercare di comprendere la storia del paziente, che è parzialmente rimossa: penso che ciò sia solo in parte possibile e parto da questo principio ed è lì che ritorno. Apprezzo gli autori che mantengono questo principio come sfondo di riferimento. La Dott.ssa Occhiuzzi parlava dell'articolazione teoria-esperienza, la teoria non scevra dall'esperienza, derivante da essa, una teoria che diventa parte del Sé dell'analista, una parte essenziale del suo essere. Queste riflessioni sul rimosso, succintamente espresse, fanno parte di me come persona e come analista. Ri-

tornando alla rimozione, io noto subito, leggendo un articolo o ascoltando un collega quando non c'è questa "convinzione" dell'importanza della rimozione, quando è assente l'attenzione a ricercare la "verità" dell'altro: l'analisi prende una certa piega, di conseguenza anche la descrizione che si fa di quell'analisi; non cerchi più quella "cosa" chiamata rimosso. Apprezzo, al contrario, molto quegli autori (voglio nominarne due a me molto cari, Abrabam e Torok) che nelle descrizioni delle loro analisi, "credendo" al rimosso, aspettano anche anni, molti anni ritenendo che il rimosso possa emergere sia per il nostro costante lavoro in analisi, sia per l'evenienza, talvolta casuale ed accidentale, di "eventi" che toccano nuclei rimossi. Io appartengo a quella piccola schiera di analisti che fino alla fine, fino all'ultima seduta, pensano che possa insorgere qualcosa che spiazza, che ci spiazza (me e il paziente). E questo "qualcosa" possono essere anche degli eventi reali, realmente accaduti, dei "fatti".

Detto questo, mi preme però aggiungere che la ricostruzione del rimosso non è per me il solo fine dell'analisi. Il mio modo di intendere l'analisi è mutato nel tempo: potrei illustrare questo mutamento utilizzando una metafora "marinara". Mentre per me, ma anche per molti analisti, la ricerca della verità storica del rimosso rappresentava tempo fa il "timone" della barca dell'analisi ora ne rappresenta la "deriva". La deriva è quella parte dell'imbarcazione che la stabilizza e non la fa andare, appunto, "alla deriva".

È fondamentale pensare e credere che c'è una storia e una verità del paziente indipendenti dalla relazione analitica, una storia che va compresa e rispettata e che non mi appartiene, non appartiene all'analista. Ma la ricerca di quella storia non è il solo e principale scopo dell'analisi, non è più il "timone". Per dirla in altro modo, io sono contro un eccesso di "relativismo" che porta alcuni analisti a dire che ogni analisi produce una sua storia, tante analisi farà un soggetto, tante storie diverse egli si ricostruirà di se stesso e del proprio passato. Io non credo che ciò sia vero. Si comprende così perché non mi piace Spence. Io penso che Spence sia andato un po' "alla deriva" perché nella sua concettualizzazione mancano cose essenziali come la rimozione, l'inconscio, la coazione a ripetere, la posteriorità: senza tutto ciò, senza questi elementi, che sono il cuore dell'analisi, rimangono soltanto dei moduli narrativi alquanto sterili a dire il vero. Quegli elementi che sono obliati non solo da Spence, come la rimozione, la ripetizione, la posteriorità, l'inconscio con le sue iscrizioni e trascrizioni, fanno parte della tradizione psicoanalitica a cui sento orgogliosamente di appartenere. Prima la Dott.ssa Occhiuzzi parlava del mio riconoscimento nei confronti di una tradizione analitica verso la quale va la mia profonda gratitudine perché mi ha trasmesso certe cose essenziali sulle quali con-

fido nel mio operare e mi meraviglia l'omissione attuale nel panorama analitico proprio di quelle cose che per me sono fondamentali e che costituiscono l'essenza del mio lavoro.

Partendo da queste premesse, io propongo - nel libro - un costruttivismo psicoanaliticamente fondato. In questo, il mio modello è profondamente differente da quello di Hoffmann. Il costruttivismo deve poggiare, a mio avviso, su un linguaggio e su strutture teorico-cliniche proprie della psicoanalisi. Le strutture portanti del mio modello di costruttivismo sono la coazione a ripetere e la posteriorità. Sembrano dei discorsi molto astratti, ma non lo sono affatto. Le nostre narrazioni, i tentativi che facciamo di narrare la storia del paziente, le interpretazioni che diamo nel tentativo di mutare qualcosa, cozzano con qualcosa di duro, che è la ripetizione. Noi non possiamo trascurare questo elemento, che è un elemento oltre che della teoria della nostra esperienza!

Passano cinque anni e un paziente ti riporta la stessa cosa di anni addietro o fa un acting-out distruttivo che riporta indietro le lancette del tempo. Allora questo è un elemento da non trascurare. L'analista non può pertanto inventare tanti racconti, tutti possibili: questa è una mistificazione!

Per giungere al mio modello di costruttivismo io parto, nel mio libro, da una vicenda culturale degli anni Trenta che coinvolge Wittgenstein. Anche in questo caso se non vi piace la "scorza" teorica prendete il "nocciolo" della questione che ha molto a che fare col vivo della nostra esperienza clinica. Non sono un mistico e anche in questo, credo di essere freudiano. L'eccesso di mistero, l'eccesso di magia non mi piace. Così quando io dico (così come altri) che l'origine è irraggiungibile o difficilmente raggiungibile, io dico una cosa non misteriosa e che non rimanda affatto a un mistero ma ad una cosa molto semplice. Dov'è l'origine che cerchiamo? In quei due genitori che si accoppiano, nella mente dei due genitori che pensano di avere un figlio! Questi "eventi", che non appartengono alla mia storia ma che la determinano fortemente non si possono depositare come tracce della memoria, non fanno parte del mio ricordo.

Una delle cose più belle l'ha detta a questo proposito Kaës, quando ha affermato che la cosa più importante per noi è la nostra origine, ma è la cosa che più ci sfugge - perché non appartiene a noi - appartiene a quel padre e a quella madre che in quel momento hanno avuto in mente di fare un figlio, non potendo certo sapere se sarebbe stato maschio o femmina; e con l'aiuto del "caso" è nato "quel" figlio. Potete vedere in che modo fortemente indeterminato e sotto un altro punto di vista, fortemente determinato noi nasciamo. In questo senso, quando io dico che l'origine è difficilmente raggiungibile, la mia non è una formulazione irrazionale né misteriosa: per me è un dato dell'esperienza. Noi possiamo circondare, accerchiare l'origine, dedurla da tracce e memorie, desideri e fantasmi, ma il nucleo centrale non lo raggiungeremo mai, perché è un misto di desiderio di

un altro e di altri e di pura casualità. La nostra nascita è anche un caso e dobbiamo accettare questa casualità e questa è una ulteriore ferita al nostro narcisismo. Ma torniamo al costruttivismo, a Wittgenstein e agli anni Trenta, che mi servono per fare parziale chiarezza sul rapporto narrazione-passato, *hic et nunc*-passato. Freud negli anni Trenta affronta di nuovo la questione della "verità storica", con il *Mosé* e le *Costruzioni.* Negli stessi anni, Wittgenstein a partire da Frazer, manifesta, contrariamente a Freud, il proprio scetticismo nei confronti del valore attribuito all'interpretazione storica e afferma che l'origine e la genesi che eventualmente possono rivelare il senso profondo dei fatti presi in esame non hanno alcun bisogno di essere reali o semplicemente plausibili. Giusto ed interessante, non è dire: questo è nato da quello, ma: questo potrebbe esser nato cosi! ... "È un errore supporre che il motivo per cui il resoconto della festa di Beltane ci fa tanta impressione è perché essa si è sviluppata in una festa in cui si bruciava un uomo vero". Quando una festa, una cerimonia, un rito ci impressionano particolarmente, la loro presunta origine non è in grado dall'esterno di spiegare il loro significato; è l'evidente significato in temo che rende evidente l'idea di una determinata origine.

Ricordate invece il tormento di Freud nell'inseguire la realtà materiale, fattuale dell'uccisione di Mosé. Applicate tutto ciò al nostro lavoro: veramente la madre ha fatto questo o quest'altro? Il padre ha veramente sedotto la figlia? È accaduto "realmente" tutto ciò? O è solo una ricostruzione a *posteriori* a partire dall'*hic et nunc*? Questo è un punto nevralgico, perché da questo punto possiamo prendere la strada senza ritorno sia dell'*hic et nunc* sia della narratologia con la sua deriva. Molti analisti possono dire che è il transfert-controrransfert, è l'emozione che stiamo provando nella realtà attuale della seduta che rende plausibile quella determinata supposizione che noi facciamo circa l'"origine". In questo modo, ci sarebbe una ipervalutazione del presente. Se si estende troppo questo punto imbocchiamo la strada della deriva narratologica, dei tami racconti possibili: tante storie possibili per tanti incontri possibili. La mia posizione è diversa. Parto dalla coazione a ripetere, dalla posteriorità e dalla circolarità generata dalla articolazione coazione a ripetere e posteriorità e giungo così a parlare di costruttivismo psicoanalitico. Inoltre, cosa non secondaria, il mio costruttivismo poggia sul concetto di memoria di tracce mnestiche, estendendo in tal modo alcuni concetti espressi da Freud nel *Progetto.* Nel *Progetto* le tracce mnestiche sono da intendersi come particolari configurazioni di facilitazioni; esse vanno considerate sempre in relazione ad altre tracce (relazioni per cronologia, continuità, causalità, spazialità) con le quali vanno a costituire dei sistemi. Per questi motivi le tracce possono riattualizzarsi in un determinato contesto associativo e/o relazionale o rimanere mute in un altro contesto. Dico contesto associativo e/o relazionale perché queste due di-

mensioni coesistono: contesto associativo in termini intrapsichici, relazionale nei termini della relazione di transfert contro-transfert. Partendo da tali premesse, non possiamo parlare della realtà delle tracce mnestiche indipendentemente dal contesto che le attiva; si può parlare pertanto di costruttivismo perché il sistema transfert-controtransfert crea le premesse, genera lo spazio per l'avvenire di quelle tracce. Auto-analisi dell'analista (il controtransfert ne rappresenta un'espressione) e ricostruzione analitica concorrono così a costruire quella stessa realtà che esse indagano. Senza il concetto di tracce, abbiamo la posizione di Spence, senza la ripetizione abbiamo la posizione narratologica.

Per illustrare meglio quanto detto, mi faccio aiutare, nel libro, da un grande storico, George Duby, che parla, come vedrete, un po' come Freud. Da *Il Sogno della Storia:* "Sono persuaso della soggettività del discorso storico, che questo discorso è il prodotto di un sogno (dello storico). Sogno che non è tuttavia interamente libero, giacché i grandi sipari di immagini di cui è fatto, devono necessariamente essere attaccati a dei ganci: le tracce". Un discorso freudiano! Le operazioni analitiche sono irripetibili ed uniche perché determinate da quello specifico incontro - e non potrebbe essere altrimenti - però quel determinato contesto crea le premese per l'emersione e l'aggancio di tracce che non sono inventate da quell'incontro.

Ho cercato di chiarire meglio la mia posizione e perché il mio modello è costruttivistico, ma su di una base psicoanalitica; esso poggia su alcuni fondamenti essenziali della clinica psicoanalitica, come la coazione a ripetere e la posteriorità.

E. Cargnelutti

Ringrazio Chianese perché ha scritto un libro di psicoanalisi e poi anche per l'importanza del percorso che ha compiuto, perché è un percorso fondato sulla metapsicologia freudiana. Mi ha interessato molto quella parte in cui egli parla di realtà materiale, realtà storica, realtà psichica. Volevo cominciare da una sua citazione, dove dice: "Un altro modo di centrare il problema sulla psicoanalisi, non è quello di parlare di realtà in senso lato, ma della "realtà" di cui tratta la psicoanalisi. In psicoanalisi, ci troviamo di fronte ad almeno due diversi concetti di realtà: all'epoca della teoria traumatica era la realtà dell'evento, del fatto traumatico; Freud aderiva implicitamente ad una teoria corrispondentista della verità; la ricostruzione analitica era vera se corrispondeva al fatto, altrimenti era falsa, la sua verità era testimoniata dalla scomparsa dei sintomi. Con la fondamentale acquisizione che per l'inconscio non c'è differenza tra percezione (del reale) e 'rappresentazione investita d'affetto', si incrina il primo concetto di reale. Con il passaggio alla teoria fantasmatica, muta il concetto di realtà (oltre quello di verità): non ci si riferisce più alla realtà dell'evento ma alla cosid-

detta "realtà psichica" (Chianese, p. 51). Questa a me sembra una questione di grande interesse, poiché riguarda proprio un confronto tra modelli: un modello pulsionale-relazionale, fondato meta psicologicamente, si confronta con una tendenza attuale verso un modello relazionale fondato sulla relazione reale. Questo discorso riguardante la relazione reale è presente anche in Italia in diversi lavori e seminari, secondo modalità che sembrano privilegiare soprattutto la relazione reale stessa. Bisognerebbe considerare se non si tratti in questo caso di un modello di carattere psico-sociologico piuttosto che psicoanalitico. Io ho lavorato, ormai molto tempo fa, in un Istituto di Psicologia sperimentale, ed ho studiato a fondo le teorie comportamentistiche, le teorie cognitivistiche ecc.

Ho lasciato allora quelle teorie per dedicarmi alla psicoanalisi proprio perché, interessato al mondo interno, esse mi risultavano del tutto insoddisfacenti: erano infatti teorie che riguardavano l'*input* e l'*output* dei processi comunicativi, ma nulla dicevano di ciò che accadeva all'interno di questa entrata ed uscita. Vorrei soltanto ricordare che lo stesso Winnicott, considerato uno dei principali teorici della relazione con la madre come oggetto reale, pur attribuendo importanza all'ambiente, assegnava tuttavia un valore fondamentale al mondo interno, in altri termini alla realtà psichica, tanto da scrivere: "Tremo all'idea che il mio lavoro possa essere visto come qualcosa che serve a far pendere la bilancia delle controversie dalla parte dell'ambiente...".

R. Toscani

Voglio fare una breve domanda per chiedere un approfondimento su un'affermazione di Chianese che trovo molto importante e che allarga un po' il concetto di campo introdotto dai Baranger. Conseguentemente a tale premessa, il campo analitico è per noi un campo di fantasmi e di rappresentazioni più che di interazioni. Anche Occhiuzzi ha messo a fuoco questo aspetto. Chiedo perciò a Chianese se può approfondire tale concetto perché lo ritengo veramente di grande interesse.

P. De Silvestris

Anch'io ringrazio Chianese per questo libro veramente straordinario, straordinario perché ci fa riflettere: ho pensato a quando Ferenczi parla della ripetizione. Egli dice che la ripetizione è importantissima e di fronte ad una ripetizione ostinata di un paziente l'analista deve cambiare, deve cambiare lui, deve rendersi conto che è stato un po' ipocrita, che si è comportato quasi come un impiegato del catasto e che per cambiare deve cominciare ad emozionarsi, a capire i suoi errori, a riflettere.

Queste sono le nuove prospettive della tecnica analitica. Quindi ricordiamoci anche di Ferenczi oltre che di Freud. Ferenczi si è interessato anche lui del trauma, ed è tornato al trauma reale, non perché rifiutasse quello che Freud aveva detto, ma perché voleva differenziare soprattutto il linguaggio del bambino, il linguaggio della tenerezza, dal linguaggio dell'adulto, il linguaggio della passione. In questo scontro di linguaggi avviene qualcosa di terribile: questo è il trauma, e non è poi tanto reale...

Un'altra associazione che mi è venuta in mente riguarda quello che afferma Green a proposito dell'apparato psichico. Green dice che l'apparato psichico nasce perché deve rappresentarsi ciò che non si trova, ciò che non c'è. Ci sono dei vuoti, quindi l'apparato psichico nasce perché deve rappresentarsi ciò che possa colmarli.

Il paziente con l'analista costruisce qualcosa che non c'è mai stato, come dice Pontalis in questo suo ultimo libro "Questo tempo che non passa" che è il tempo dell'analisi.

Volevo aggiungere ancora, come scrive Chianese, che il passato è una costruzione: perché come facciamo noi a sapere quale è stata veramente la nostra infanzia?

Noi abbiamo ricordi di copertura, abbiamo il mito delle origini, noi siamo innamorati delle nostre origini e in analisi cosa facciamo, se non parlare delle nostre origini, in questo innamoramento straordinario con l'analista per le nostre origini?

Ho scritto una piccola cosa ultimamente sull'argomento, "Ricerca e amore delle origini", riprendendo il Simposio di Platone, dove si parla delle origini di Amore, che nasce da *Poros* e *Penia,* questi due esseri così contrapposti, che nella loro diversità rimandano alla complessità di Amore e quindi alla complessità dell'origine.

M. Gino

Penso che sarebbe opportuno un approfondimento rispetto al concetto di ripetizione. A volte può essere il limite che il paziente pone al lavoro analitico, forse anche a difesa della sua individualità.

L'organizzazione psichica del paziente è nata come sistema di sopravvivenza nei confronti di vissuti impossibili ed il paziente ci dice che quei vissuti per lui resteranno per sempre impossibili da tollerare.

Il diniego, la negazione, la forclusione, mi sembra siano molto collegati al sistema che forma la scena dell'analisi.

Nell'ottica delle difese estreme dall'intollerabile, sono segnali che, anche dopo un percorso analitico, il paziente invia per indicare il momento in cui è opportuno che l'analista "esca di scena".

D. Chianese

Mi piace questo dibattito perché stiamo approfondendo diversi problemi. Cercherò di rispondere a tutti ed anche se non vi nominerò, sentirete dalle mie risposte quando sto dialogando con qualcuno di voi. Prima però voglio fare una premessa, per dare un senso meno drammatico a quanto ho detto precedentemente e cioè che l'origine e il rimosso sono sostanzialmente irraggiungibili.

Presa alla lettera, questa affermazione renderebbe vano ogni nostro tentativo di cura. Il rimosso lo possiamo in parce comprendere attraverso i suoi derivati e le sue tante "traduzioni" nell'apparato psichico. Ma l'invenzione della "scena" analitica ad opera di Freud ci offre, andando oltre Freud, altre possibilità. Anche elementi immemori possono essere messi in scena, possono tradursi in modi tipici di quel paziente, in modalità di quell'incontro analitico. Antiche relazioni possono non essere inscritte in rappresentazioni, ma possono esprimersi attraverso tratti di carattere che a loro volta si esprimono attraverso quello stile specifico di incontro analitico. La situazione analitica permette di dare enfasi anche a piccoli gesti, di comprenderli come i segni, le tracce di rapporti ed eventi che precedono la rappresentazione, la parola e la memoria. Così la difficoltà di recuperare il passato può essere da noi in parte superata attraverso gli eventi grandi e piccoli che occupano la scena analitica. Parlo di "piccoli" eventi, perché, come è noto, è attraverso i piccoli gesti (il modo di salutare, di distendersi sul lettino, i movimenti del corpo ecc.) che si esprimono le relazioni profonde con i propri oggetti interni.

Quanto poi al "nuovo" e all'"antico" nella vicenda analitica c'è - a mio avviso - nella letteratura recente molta confusione e semplificazione. Semplificando, a mia volta, si può dire che in genere si confronta il transfert "storico" con la vicenda attuale e "reale" della relazione analista-paziente. Il transfert viene visto come la ripetizione di eventi e relazioni passate e, simmetricamente, viene sottolineato il "nuovo" della relazione analitica, l'inedito dell'*hic et nunc*. Io penso che tutto ciò sia vero ma parziale. Il transfert è ripetizione ma è anche tentativo di "realizzare" l'irrealizzato. L'inconscio è il regno dell'irrealizzato, ricordava Lacan: l'irrealizzato tende a realizzarsi nel transfert. In questo senso esso è nello stesso tempo antico e nuovo, "prima volta" e "ripetizione". L'analisi come teatro su cui si mettono in scena vecchi canovacci è una metafora i cui limiti sono stati indicati in modo molto suggestivo da Freud che dice che l'avvento del transfert, la sua irruzio-

ne nella vicenda analitica è paragonabile all'improvviso insorgere di un evento "reale" (usa proprio la parola reale), come un "incendio" che scoppia in un teatro e interrompe la commedia o tragedia che vi si stava svolgendo. C'è la rottura della scena, della scena della ripetizione, "riedizione", c'è l'irruzione delle passioni, che sono senza tempo, attraversano il tempo, squarciano la scena delle rappresentazioni. Ho detto che il transfert non è solo ripetizione del passato ma è anche tentativo di realizzare ciò che non si è realizzato nel passato. E in questo senso è attuale e passato insieme. Questo è il "paradosso" temporale del transfert. La temporalità in analisi è molto complessa ed io non condivido la semplificazione di cui è fatta oggetto. A mia volta, semplificando, dico che è molto diffusa la distinzione tra passato e presente, un passato con dei "deficit", dei "buchi", vuoti di empatia ed un presente analitico che deve supplire a quel passato, a quelle antiche "cadute" empatiche. Il nuovo è nell'*hic et nunc* e il passato è li, il buono è qui e il cattivo è li. Se si radicalizza questa posizione, ci troviamo, anche da un punto di vista terapeutico, in una strada senza uscita. Per prima cosa vorrei segnalare che non si può sovrapporre e confondere "attuale" (relazione attuale) con "attualizzazione". Come prima dicevo, vi è una tensione, vi sono passioni che non si sono realizzate e che tentano di realizzarsi "qui" in analisi, ma questo "qui" è anche un "lì", un allora. Se non reggiamo a questo paradosso - che è il paradosso temporale dell'incontro analitico - noi non facciamo più gli analisti e incominciamo a dire qui è qui e li è li, qui è il nuovo, là è il vecchio, qui è buono e lì è cattivo. Così facendo, dimentichiamo gran parte di ciò che ha detto e ha fatto e ci ha trasmesso Freud. Freud ha operato una rottura della temporalità lineare e dopo cento anni di psicoanalisi che cosa facciamo? Diciamo, in sintesi, che il passato è passato e il presente è presente! Non mi sembra una grande novità né tanto meno una grande conquista!

Ciò non vuol dire che dobbiamo rimandare sempre tutto al passato, non sto enfatizzando il transfert come "falso nesso": lei non ama, odia me, analista, ma suo padre, sua madre etc... "Collegato al paradosso temporale, l'altro paradosso del transfert è che noi analisti siamo non solo "veicoli" del transfert ma, in certo qual modo, anche i suoi "destinatari", usando una terminologia cara a Pontalis. È un altro paradosso che bisogna saper reggere, saperlo giocare, ma non risolverlo tutto nell'attuale. In questo senso "attuale" e "attualizzazione" vanno compresi e distinti. Sto già rispondendo alla Dott.ssa Toscani. Io preferisco parlare di interazioni tra fantasmi, piuttosto che di interazioni tra persone. Tra Breuer e Anna O. vi furono interazioni fantasmatiche. Anna tentò fantasticamente di "realizzare" il suo irrealizzato. I due soggetti, le due persone, certo che esistono, sono imprescindibili; però la loro importanza risiede soprattutto in quanto fanno da "appoggio" (nell'accezione freudiana del termine) ai fantasmi, perché sono, in vario modo, agiti da essi. Quindi

voglio dire che se interazione c'è in analisi è interazione tra fantasmi ed è questa l'interazione alla quale dobbiamo prestare attenzione. Per comprendere la propria vita fantasmatica il paziente ha bisogno dell'analista e anche se in gradi diversi, come ci ricorda Kluber, l'analista ha bisogno del paziente per comprendere la propria vita interiore e i propri fantasmi che "interagiscono" con quelli del paziente. Tutto ciò lo derivo anche dall'esperienza freudiana. Anche in questo caso non vi è nulla di misterioso. Se leggete l'esperienza di Freud negli anni 1896-1897 è indistinguibile ciò che egli riusciva a comprendere mediante la propria autoanalisi e ciò che comprendeva dei suoi pazienti, gli ostacoli che incontrava nella sua autoanalisi e quelli che incontrava nella cura dei pazienti e le teorie che su questi egli costruiva: si assisteva ad una circolarità. Certamente la nostra situazione di analisti non è paragonabile a quella di Freud ma, in cerro qual modo, quello è un prototipo e deve rimanere tale. Quella di Freud non va letta come una esperienza mitica ma come una esperienza prototipica. L'analista ha bisogno di un altro (o faccia a faccia o disteso sul lettino) per capire le cose dell'altro ma anche le proprie e viceversa. Abbiamo bisogno di un altro soggetto parzialmente desoggettivato per capire noi stessi. Non faccio l'analista per continuare la mia autoanalisi, ma è un dato di base della situazione analitica che non posso capire me stesso se non con un altro nella stanza, che è me e non è me: questo vale per entrambi, sia per l'analista che per il paziente. Che senso ha dire: io sono io e vengo come persona a tutto tondo, soggetto forte nella stanza di analisi? Se io non sospendo il giudizio non solo sulla realtà esterna, ma anche sulla mia realtà interna, su me come persona, su me come soggetto, l'analisi non può nemmeno iniziare. La questione la possiamo mettere anche in altri termini, dirla in altro modo: l'analisi è un gioco, un gioco serio, pure i giochi dei bambini sono seri. Nei giochi (in analogia tenete presenti i bambini o meglio i giochi tra un adulto e un bambino), i due soggetti, le due persone non è che non esistono, però non si gioca, non si riesce a giocare se non si smette di pensare che io sono il papà, il tuo papà o la tua mamma. Nel gioco, io debbo poter essere il padre, lo zio, la mamma, la mucca, il principe, la fata turchina etc. In questo modo si realizza l'incontro "giocoso" anche sulla scena analitica. Anche in analisi è così, altrimenti perché mai dovremmo avere sia un'attenzione liberamente fluttuante, sia sospendere il giudizio sulla realtà? Dobbiamo un po' distrarci da noi stessi come persone, farci decentrare per farci catturare da qualche idea tangenziale che ci sopravviene. Recentemente un analista che aveva fatto la sua prima analisi con un analista kleiniano un po' rigido, diceva che in quell'analisi non vi era stato spazio per associazioni libere né, conseguenzialmente, per l'attenzione liberamente fluttuante. I significati, le interpretazioni sembravano prefissati. Questo collega ha dovuto, con la seconda analisi, scoprire l'importanza delle associazioni libere e - come analista dell'attenzione liberamente flut-

tuante. Nella sua prima analisi vi era una spiegazione dell'inconscio, ma il metodo analitico implica non tanto dire, spiegare l'inconscio, parlare dell'inconscio, quanto piuttosto *farsi parlare* dall'inconscio. Per fare ciò si deve allentare il controllo, ci si deve lasciare andare per far si che qualcosa di nuovo possa sorgere, qualcosa di "nuovo" nell'analista e/o nel paziente. In questo processo, in questo gioco, l'interazione tra le due persone fa da sfondo, è un dato imprescindibile, ma non è l'elemento fondamentale del gioco. Vorrei però cercare di rendere meglio la complessità della relazione fra l'analista e il paziente come persone, come funzioni e come fantasmi. C'è, a tal proposito, un lavoro molto bello della Dott.ssa Muratori, un lavoro che ritroverete nel volume *Soggetto, relazione, trasformazione.* La Muratori fa ricorso ad un grafico nel quale articola le persone dell'analista e del paziente, le loro funzioni e i loro fantasmi. Qualcuno di voi ricorderà la raffinatezza e profondità di quell'articolo. La complessità dell'analisi risiede nell'articolazione mai totalmente prevedibile tra le persone dell'analista e del paziente, le loro funzioni e i loro fantasmi. Talvolta si sceglie di parlare più in nome delle persone, altre volte in nome dei fantasmi. Questa decisione è promossa dall'analista, dalla sua parte cosciente-preconscia. Io credo che però esistano anche dei moduli, dei codici che sono determinati da quell'incontro analitico, codici che fanno prediligere certe interpretazioni e non altre. In alcune analisi si è più persona, in altre più fantasma, in alcune si può giocare di più in altre meno. E vengo all'intervento della Dott.ssa Gino. Io considero le difese non solo un aspetto della patologia, ma anche una tutela dell'identità del paziente. Noi analisti parliamo, interpretiamo, mentre gli apparati difensivi del paziente dicono: io questo non lo sento, non lo voglio sentire, anche se posso dire ad alta voce: si, si, molto bene! Molto interessante! Le costruzioni del paziente sono difensive, ma tutelano la struttura e l'identità del soggetto. Nel mio libro vi è un esempio di ciò, a proposito dei processi difensivi (rimozione e negazione) di una paziente di Freud. Alla terza seduta, Freud, in conseguenza di un sogno, dice alla paziente che lei era una figlia illegittima.

La paziente fugge, torna in America, chiede spiegazioni alla zia. Ciò che aveva detto Freud era la realtà ma la paziente non torna più in analisi da Freud; vi ritornerà dopo otto anni, ma non da Freud. Freud non ha inventato ciò che ha detto alla paziente, l'ha dedotto da ciò che la paziente inconsciamente sapeva, ma che negava ed esprimeva attraverso il sogno. Il sapere del proprio inconscio non è di per se stesso terapeutico; imporranti sono i tempi e le modalità di tale sapere e soprattutto la partecipazione del paziente. È importante rispettare i tempi, i modi, le difese del paziente. A causa di tutto ciò, io ritengo fondamentale nell'analisi il processo elaborativo, quel lento lavorìo che permette la trasformazione preservando l'identità della struttura. Calvino dice: "Ognuno è fatto di

ciò che ha vissuto, dal modo in cui l'ha vissuto e questo nessuno può togliergli lo. Chi ha vissuto soffrendo, resta fatto della sua sofferenza, se pretendono di togliergliela, non è più lui". Noi analisti non possiamo dire la stessa cosa, e tuttavia non possiamo dire nemmeno il contrario. Non possiamo "curare" la depressione come un medico cura una malattia. Attenzione al *furor curandi*! C'è da augurarsi che il lento lavoro elaborativo permetta a quella persona di rimanere se stessa senza essere depressa.

Un sintomo, in medicina è, in genere, un elemento patologico nei confronti della "sanità". Come psichiatra e soprattutto come psicoanalista, io ho sempre pensato che nel sintomo si nasconde invece la natura profonda di quella persona. L'operazione analitica tenta di "aprire" il sintomo e restituire alla persona il segreto, il suo "segreto" che era nascosto nel sintomo.

M. Balsamo

Una lunga storia, teorica e personale, ha fatto sì che i tragitti miei e di Chianese si incrociassero al punto che oggi è davvero difficile riconoscere (ma non lo è sempre?) dove esattamente l'altro si collochi. Un motivo in più forse per chiamare gli "altri", coloro che sono presenti qui, come testimoni di una firma da apporre al giudizio - del tutto favorevole - che personalmente assegno allibro. Essendomi anch'io occupato di costruzioni (cfr. M. Balsamo e F. Napolitano, *Costruire e ricostruire,* Roma, 1994), e trovando notevoli consonanze con quello che è stato oggi detto, mi preme solo sottolineare alcuni aspetti della questione. Innanzitutto vorrei situare diversamente quella che mi sembra una preoccupazione costante dei dibattiti intorno al tema delle costruzioni in analisi. A mio avviso, non si dovrebbe dimenticare che il costruttore per eccellenza non è l'analista, ma il paziente. Il vero costruttore di storie, di teorie infantili, va ricercato in quella dimensione originaria che contraddistingue l'essere umano nella sua necessità di teorizzare e di legare, in tal modo, la spinta pulsionale e l'angoscia che ne deriva. Il compito dell'analista è allora quello di entrare in queste costruzioni, di verificarne la persistenza, la forza, la portata e di provare a smuoverle. Secondo me, questo è l'aspetto principale che occorre riconsiderare, al di là delle osservazioni - giustissime - sui vincoli e le garanzie che una posizione costruttivistica come quella di Chianese pure mette in evidenza. Così, se il libro di Viderman *(La construction de l'espace analytique)* aveva dato il là, negli anni Settanta, alla deriva narratologica, oggi il punto-cardine della questione mi appare quello di definire i limiti delle operazioni possibili, i limiti dei giochi possibili. Come si diceva qualche sera fa, in un'altra discussione, il compito della metapsicologia è quello di porre un *alt* alle costruzioni rea-

lizzabili intorno all'altro; è una sorta di vincolo alla nostra stessa attività teorizzante, che permette di arginare l'infinità dei discorsi.

Da questo punto di vista, mi è difficile non concordare con quanto è stato qui proposto, con la precisazione, come del resto avviene in ogni attività psicoanalitica, che quell'accordo è a sua volta costretto ad essere lavorato. Così, se sono anch'io dell'idea che l'inconscio appartiene all'ordine del potenziale, all'ordine del non realizzato come diceva Lacan, dobbiamo tuttavia evitare il rischio che questa potenzialità venga intesa come la possibilità che l'inconscio sia il contenitore di tutto ciò che possiamo dire sul soggetto, tesi, questa, che conduce necessariamente al sogno di traduzione totale. Lo vediamo chiaramente, a volte, nella discussione su di un caso clinico, quando qualcuno si pone la domanda: "ma qui, dov'è l'invidia, dov'è l'Edipo" e così via, come se tutto dovesse essere contenuto nell'inconscio dell'altro, e quindi tirato fuori, estraibile deterministicamente. Altro problema, enorme, e che è stato ovviamente più volte ricordato: quello della verità storica, della verità materiale e l'impossibilità di accedervi come elemento fondativo, direi, delle teorie costruttivistiche. Vorrei qui segnalare un aspetto di una posizione teorica che mi pare particolarmente interessante, posizione che ha i suoi punti di ricchezza, come quelli, forse, di obbligata rigidità, nel momento in cui una ricerca si attesta intorno alla definizione di "nuovi fondamenti". Alludo alla posizione di Jean Laplanche e all'attenzione che lui ha posto su di un terzo ordine di realtà (non solo quella storica o quella fantasmatica) ma la realtà della relazione, quella che resta attraverso i tempi, la realtà che segna un passato che non passa, e che è il punto, ineludibile, col quale ogni lavoro con l'altro ci confronta. Come nel caso di *Un bambino viene picchiato,* noi abbiamo a che fare non solo con la scena reale o il vissuto soggettivo di chi viene picchiato o che assiste al gesto, ma con ciò che in quella scena, in maniera inconsapevole, i membri della relazione si scambiano e che costituisce il vero nodo intorno a cui è necessario lavorare. Nodo che permette, forse, il vero lavoro di ricostruzione.

Un'ultima osservazione, a proposito dell'ermeneutica. Non è affatto scontata l'assunzione della tesi che una versione ermeneutica della psicoanalisi sia più libera delle altre, priva del peso di opzioni teoriche datate o "meccanicistiche". Certo, è indubbio che esiste un Freud ermeneuta, il Freud che è alla ricerca del senso, della possibilità di comprendere l'altro più di quanto l'altro sia capace di fare. Questione, del resto, chiaramente ineludibile. Ma è anche vero, a mio avviso, che l'analisi dovrebbe giocarsi sulla possibilità del "malinteso", più che sull'eccesso di sapere (sull'altro). Malinteso, per fare un esempio estremo, che scompare in posizioni anche peraltro coraggiose come quella di un Searles, quando, alle fantasie di una paziente (di essere stuprata o altro) l'analista ri-

sponde dicendosi: sono le mie fantasie inconsce. Questo sapere in eccesso finisce inevitabilmente per cancellare la storicità dell'altro, la sua irriducibilità; diviene un codice interpretativo, una sorta di ping-pong di proiezioni e di identificazioni che annulla la complessità di un enunciato, al contrario necessariamente sovraordinato. Di rutto questo, ancora una volta, mi pare che il libro di Chianese mostri i rischi e i problemi. E ancora una volta, per finire, mi pare che se ne possa dare testimonianza collettiva.

L. Scoppola

Dopo le ultime parole di Chianese sono stato stimolato a riflettere su due termini da lui usati.

Lui ha parlato di sintomo.

Vorrei considerare la importanza di tale dato nel corso del trattamento analitico: esso va certamente ricondotto ad una realtà clinica fenomenologica che definisce un quadro psicopatologico prima e al di là di ogni aspetto interpretativo di significati.

Molte volte accade che nel corso di un trattamento il paziente fornisce un messaggio che è una realtà in sé prima ancora che assuma un significato e che come tale va trattato dal terapeuta al quale si richiede la capacità di muoversi mentalmente su due diversi livelli di realtà che fanno riferimento sia al mondo interno che ad una realtà fenomenicamente valutabile. A questo proposito mi ricollego alla importanza di saper costruire un sufficiente panorama della storia individuale e delle relazioni che sono intervenute nella vita del paziente fin dalle sue origini. Questo elemento mi appare indispensabile per fornire poi le basi del lavoro di individuazione delle relazioni di pensiero simmetrico e asimmetrico (cioè di tipo bi-logico) che sono a fondamento di tutto il lavoro psicoanalitico.

Mi ha colpito inoltre l'aver sentito nominare per la prima volta l'emozione.

Purtroppo di questo termine se ne fa un uso banale oppure inadeguato. Non so perché. Forse c'è il timore di trattare qualcosa che non sia rigorosamente analitico e che possa quindi sfuggire o non appartenere al campo dell'ipotesi psicoanalitica stessa, perché troppo vicino alla cosiddetta area del somatico. Come appunto se il parlare di questo recasse un oltraggio alla realtà psichica!

Forse non si considera mai abbastanza quanto oggi siamo autorizzati a ritenere che l'emozione sia propriamente definibile come madre del pensiero, in quanto è depositaria del mondo inconscio ed allo stesso tempo è espressione della mirabile vicenda che articola tutto l'essere dell'uomo, nel suo aspetto unitario e bifronte di somatico e di psichico.

Le considerazioni a tal proposito aprirebbero ora un largo fronte di dibattito che io credo valga la pena di promuovere in un prossimo futuro per affrontare il momento storico che la psicoanalisi

sta vivendo quando nell'applicarsi ai reali bisogni di intervento terapeutico non riesce a riconoscersi negli elementi fondanti scoperti da Freud che fanno appunto riferimento all'aspetto strutturale del mondo inconscio.

Certamente il pensiero di Matte Blanco apre una importante via alla applicazione dei fondamenti del funzionamento strutturale della mente nella psicoterapia psicoanalitica.

G. Capogrossi

Vorrei riportare il discorso su un aspetto a cui si è accennato qui di sfuggita. In esso ritroviamo un po' tutti i problemi della costruzione, della soggettività, della realtà effettuale e della realtà psichica: è il problema della comunicazione scritta dell'esperienza clinica. È questo un rema che mi appassiona da molto tempo e che sto cercando di approfondire. Penso sia alla trasmissione del pensiero psicoanalitico, sia al riflettere e all'interrogarsi sulla clinica. Mi domando: se nel setting, attraverso il setting, si determina uno spazio virtuale, che consente delle nuove messe in scena, quando di questa esperienza si tenta di scrivere, quello che ne risulta, che cos'è? È una messa in scena di una messa in scena? Chianese affronta questo argomento quando parla della metafora narratologica, del romanzo e della metafora archeologica. Ma nella scrittura di un caso clinico va anche considerato il rischio di cadere da una parte nell'eccessiva teorizzazione e dall'altra nel racconto romanzato. A mio modo di vedere, credo che questa nuova messa in scena, innanzitutto attraverso le esperienze della scrittura, consenta a chi scrive - meglio che non al momento dell'esperienza - di stare dentro e di stare fuori, cioè di entrare nella scena e ri-uscire dalla scena, attraverso la lettura, la rilettura, la riscrittura, la rimessa a punto dei vari aspetti dell'esperienza che si cerca di scrivere. Questo mi pare un nodo problematico sul quale mi farebbe piacere tornare a discutere anche in altra sede, perché con alcuni colleghi che si stanno occupando del problema della comunicazione dell'esperienza clinica, stiamo pensando di approfondire tali argomenti e organizzare prossimamente una Tavola rotonda. Chiederei perciò a Chianese di tornare un po' su questo tema.

F. Occhiuzzi

Riallacciandomi all'intervento di Capogrossi circa il rapporto tra l'esperienza analitica e la scrittura clinica mi chiedo se non si possa, anche per tale contesto, utilizzare il modello della posteriorità intesa come temporalità differita: dove la scrittura diventa il secondo tempo rispetto al primo tempo della esperienza clinica.

D. Chianese

Nel capitolo dal mio libro "Paesaggio italiano", descrivo esperienze e teorie che caratterizzano la psicoanalisi italiana degli ultimi quindici anni. Sui concetti e modelli di "relazione" e "campo" si sono confrontate tradizioni diverse: romane, milanesi, palermitane. Questi diversi punti di vista, con le loro convergenze e divergenze, con il contributo di altri filoni di ricerca, sono andati a delineare, hanno concorso a costituire l'identità della psicoanalisi italiana, la nostra identità, una identità che io sento solida e profonda. Identità che io rivendico senza arroganza, convinto come dico nel libro - dell'importanza di un "comunismo intellettuale". Una tradizione solida non ha timore di confrontarsi con altri linguaggi e altre tradizioni culturali. Penso alle tradizioni linguistiche, culturali e psicoanalitiche sia francesi che inglesi, che quando "importano" altri modelli li traducono nel loro linguaggio.

In Italia ciò non sempre accade e talvolta si "importano" modelli e teorie senza la necessaria "traduzione". Appaiono e sono considerati "nuovi", modelli e teorie che non lo sono affatto. È il caso del modello "interattivo" nordamericano che è ora di moda.

Si dimentica che di "relazione" e di "campo" in Italia se ne parla da venti anni e vent'anni sono tanti. Alcune cose che potevano apparire delle novità vent'anni fa, non possono apparirlo adesso. In Italia si è, nel frattempo, andati oltre, i temi sono stati approfonditi. Provo finanche un senso di noia ad ascoltare discorsi che vengono proposti addirittura come dei "nuovi paradigmi".

Maurizio Balsamo in un intervento fatto in una riunione alla S.P.I., segnalava, giustamente, che i tragitti sia degli analisti che di alcune scuole sono singolari e imprevedibili. Alcuni kleiniani, ad esempio, fino a ieri molto rigidi e oggettivanti, scoprono ora che vi è una "interazione" tra analista e paziente, che l'analista concorre a determinare ciò che accade in analisi. Per loro è una scoperta! Mi fa piacere per loro, ma voglio solo ricordare che ciò è stato detto da molto tempo.

Talvolta si reagisce ad un eccesso di rigidità pluridecennale e si passa al campo opposto: dal dogmatismo ad un eccesso di relativismo. Tutto ciò è comprensibile, ma è necessario rifletterei su.

Il mio percorso lo conoscete, lo descrivo anche nel libro. Sono partito dal modello della "relazione" e del "campo" ma parallelamente il mio costante interesse si è rivolto alla storia, la storia del soggetto. Storia complessa, fatta di negazioni, rimozioni, di aree irrappresentabili, di nuclei transgenerazionali non traducibili, comunque una storia che l'analista non può inventare. Questa è stata la mia "ancora" o meglio, la mia "deriva".

La storia delle idee non è una storia lineare così come la storia individuale. La storia dei concetti e dei modelli non è attraversata solo dal tempo lineare. L'"interazione" non è il nuovo che si op-

pone all'antico: qui il "costruttivismo" alla Hoffmann, lì il positivismo di Freud. Queste sono semplificazioni che non ci portano lontano.

Già anni fa incominciai ad avvertire che sui modelli di "relazione" e "campo" analitico non si andava molto oltre, che questi modelli avevano aperto un nuovo modo di pensare la situazione analitica, ma che nel tempo non si pareva non avvertire delle ripetizioni. Alcuni Autori ripetevano alcune argomentazioni che diventavano degli stereotipi.

Alla luce dei modelli di "relazione" e "campo" sono andato a rivisitare "antichi" modelli e concetti. Non è stata la mia una strategia cosciente, anzi il mio percorso non posso che ricostruirlo *a posteriori.* Questa circolarità, questo andamento a spirale, a elica tra nuovo e antico, io lo considero molto fruttuoso, sia in analisi che quando si teorizza sull'analisi.

A proposito di nuovo e antico, di modelli "stranieri" e tradizione italiana, Scoppola fa bene a ricordare l'insegnamento di Matte-Blanco. Questo autore, ci ricorda Scoppola, ha parlato di funzioni simmetriche e asimmetriche dell'attività psichica. Vi è simmetria e asimmetria anche nella situazione analitica.

Anni fa ci fu molto fraintendimento e confusione su questo punto. La questione fu affrontata in senso moralistico (la morale sappiamo è tutt'altra cosa) e si suoleva dire che la situazione analitica "deve" essere asimmetrica. Cosa ovvia da un certo punto di vista; ma quando si parla di simmetria e asimmetria come funzioni della mente e funzione analitica, non si parla, certo, di funzioni coscienti o unicamente coscienti o che possono essere decise con un atto consapevole e cosciente.

Senza la simmetria non vi sarebbe transfert ed anche controtransfert. L'analista sarebbe percepito asimmetricamente e "realisticamente" secondo gli elementi (età, sesso, etc.) che lo connotano.

Senza simmetria niente gioco, niente gioco analitico.

Non si può confondere "simmetria" con "fusione" e "confusione" e giudicarla moralmente: le funzioni mentali e relazionali della simmetria-asimmetria non concernono il bene e il male, non rientrano nella questione della scelta tra il bene e il male.

A tal proposito la lezione di Matte-Blanco sulla logica dell'inconscio è esemplare e andrebbe rimeditata. È anche un pensiero controcorrente; negli ultimi tempi tra gli analisti chi è che pensa più all'inconscio? Matte-Blanco rientra in quella tradizione italiana a cui è opportuno, utile e, direi, doveroso fare riferimento.

Circa poi la questione delle "emozioni", sono troppo freudiano se penso che vadano distinte le emozioni dalle "passioni" e dalle "pulsioni"? Delineo così un tragitto, un percorso che va dalla "forza" pura (mi scuserete la semplificazione) alle sue possibili rappresentazioni nell'apparato psi-

chico. Quanto questa forza si può rappresentare e quanto essa si trasmette nelle relazioni umane, si comunica, al di là delle parole? Che se ne dica, il punto di vista economico è fondamentale in psicoanalisi. Io non so se nel libro ho parlato esplicitamente di emozioni e passioni, di certo (è stato detto ed io lo riconosco), il mio è un libro "appassionato".

Ritorniamo a Borges che diceva che si scrive solo di cose che fanno problema. Mi voglio illudere che delle emozioni non ne parlo e scrivo perché le vivo, non sono un problema per me, ci faccio affidamento in modo sereno per il mio lavoro.

Quanto poi alla scrittura, temo che per rispondere esaurientemente ci vorrebbero delle ore. Solo alcuni cenni. Anni fa gli psicoanalisti che si interessavano al rapporto psicoanalisi-scrittura, da molte parti erano considerati degli "intellettuali" e voi sapete che nei nostri circoli questo termine è spesso usato se non come un insulto vero e proprio, senz'altro in senso dispregiativo. Poi, improvvisamente, il problema psicoanalisi-scrittura, interessa tutti, e questo da quando diventa un fatto legato all'iter professionale e formativo dell'analista. In seguito alla modifica dello Statuto del training della S.P.I., le Commissioni giudicanti hanno da un po' di tempo il loro primo contatto non direttamente con gli aspiranti (associati, ordinari, didatti), ma con i loro elaborati scritti di esperienze clinico-teoriche. Sono sorti i problemi ed è nata la domanda: come si scrive un caso clinico? O meglio: come si scrive un'analisi?

È opportuno che l'Istituzione non si chiuda in se stessa, cercando soluzioni pragmatiche, individuando ad esempio delle forme tipo di scrittura adeguate agli scopi istituzionali. Ci vuole invece un ampio dibattito sulla scrittura in analisi che è connessa alla questione della trasmissione della psicoanalisi e della sua comunicabilità.

La psicoanalisi ci è stata trasmessa dagli scritti di Freud, dai suoi casi clinici. Il problema della scrittura è sorto già da allora. Nell'*Uomo dei lupi* Freud affermava di non essere in grado di scrivere la storia del paziente né dal punto di vista cronologico né da quello puramente tematico. Non poteva fornire solo la storia del paziente né la sola storia del trattamento. La difficoltà consisteva, secondo Freud, "nell'inchiodare sulla superficie piana della descrizione una formazione pluridimensionale". Per pensare alla scrittura dobbiamo far ricorso agli scritti degli aspiranti associati, ordinari e didatti, perché è ormai rarissimo leggere, al di fuori di questi contesti, una analisi dall'inizio fino al suo termine. E questo ci dovrebbe far riflettere.

Non senza apprensione gli allievi ci chiedono: come debbo scrivere, debbo mettere il controtransfert? Debbo riportare una intera seduta? Quanto a quest'ultimo punto, molti didatti pensano che sia essenziale perché attraverso una intera seduta si può vedere ciò che dice e fa l'analista, come

lavora. Io penso che sia molto difficile riportare le parole del paziente e le risposte dell'analista e viceversa. Vi sono dei romanzieri molto abili che non sanno scrivere commedie e tragedie nelle quali al centro è il dialogo tra gli attori. È difficile rendere tutto un mondo, la profondità di una relazione attraverso le parole e i dialoghi.

In genere gli scritti "clinici" seguono degli stereotipi, dei *cliché.* Risentono loro malgrado della tradizione medica. Foucault, sappiamo, ci ha bene illustrato l'incorporazione della psichiatria all'interno della medicina, incorporazione che ha avuto i suoi vantaggi e svantaggi. Molti scritti "clinici" in psicoanalisi iniziano con il tono e lo stile dell'anamnesi medica. Tipo: "Giovane adulto di anni venti, primogenito di tre fratelli, chiede l'analisi per una sintomatologia fobico-ossessiva. Madre di anni quarantacinque, casalinga intrusiva, padre di anni quarantotto, ingegnere, assente nella vita del figlio. Il paziente è alla sua seconda esperienza d'analisi, la prima analisi, della durata di pochi anni, fatta con un "sedicente analista".

Avrete anche voi notato che il più delle volte quello precedente è un 'sedicente' analista.

Ciò che ho inventato è a sua volta uno stereotipo; nella realtà, fortunatamente, le cose sono più sfumate. Volevo solo segnalare che si scrive all'interno di una tradizione che ci determina. Nel nostro caso la medicina con l'anamnesi medica. Ma non è assolutamente detto che questo sia il modo migliore per comunicare l'esperienza di un'analisi. Però non è facile uscire da una tradizione.

Nel capitolo "Il Chiasma", uno scritto che mi è particolarmente caro, parlo di una esperienza analitica non facendo ricorso ai modelli, succintamente descritti. Con questo non voglio affatto segnalare un modello alternativo; quello scritto non assurge a modello nemmeno per me. Voglio solo aprire un dibattito sugli stili di scrittura che sono stili di trasmissione. Un altro luogo comune è la tanto diffusa distinzione tra scritti "clinici" e scritti "teorici". Ma questa distinzione non è così semplice. Ogni resoconto clinico non può non includere nuclei teorici esplicativi; la carenza di proposizioni teoriche metanarrative priva il resoconto di coordinate di riferimento essenziali per comprendere il materiale descritto. In alcuni testi ritenuti "clinici" non si riesce a farsi una idea chiara delle persone, delle date, luoghi, eventi del paziente le vicende riportate sono senza storia, le persone ridotte a personaggi-cliché (madre buona, cattiva, padre assente, etc.) espressioni di nuclei teorici impliciti fin troppo concreti e ridotti a degli stereo tipi.

Differenti articolazioni tra nuclei teorici metanarrativi e racconti, generano diversi stili narrativi; essi sono determinati da cifre e inclinazioni proprie di ciascun analista ma anche da indirizzi di scuola: possiamo parlare di stile "kleiniano", "francese", winnicottiano etc.... Il dibattito, come vedete, è aperto.

M. Gino

Io ho l'impressione che la cosa ancor più difficile per un analista sarebbe narrare il *proprio* percorso analitico.

A. Lini

Vorrei dire una cosa brevissima e forse superata dalla ampiezza e ricchezza del dibattito, però ci tenevo a dirla per sottolineare come la formazione del pensiero sia anche frutto di un comune lavoro - nel mio caso una supervisione - col dott. Chianese; mi sembra che un problema centrale, posto dal libro ma presente in generale in tutta la tematica a lui cara, sia quello della costituzione del soggetto e mentre ripensavo a quello che si è detto oggi e anche in occasione di un incontro recente riguardo a posizioni schematicamente e forse grossolanamente definite intersoggettiviste, pensavo che lo sforzo centrale, importante di questo testo, è appunto di lavorare sul problema della costituzione del soggetto. Problema temo ormai, in un certo senso ignorato, passato di moda. Mi fa ripensare, per esempio a come certe posizioni, appunto quelle che definiamo intersoggettive, tendano ad eliminare, ad elidere il problema dell'inconscio, a considerarlo un concetto se non del tutto superfluo, comunque in qualche modo superato. A me sembra invece che certe riflessioni, per esempio quelle espresse dal dott. Chianese in questo libro, tendano a rifondare, a riporre in termini sicuramente più ampi e più attuali questo problema, cioè come il soggetto si costituisca a partire da qualcosa che manca; nelle mie fantasie ad esempio io penso qualcosa che è più un processo che un luogo, come un tempo, come un vuoto. È stato definito per esempio, il "non luogo dell'origine", cioè quel prima, quel luogo, quel desiderio altrui in cui in realtà il soggetto non c'è, ma in cui si attua il suo primo momento costitutivo. Il soggetto è infatti il tentativo di risposta a questa condizione; possiamo definire tutto questo, in altri termini, come la condizione della castrazione, io questo concetto altrettanto fuori moda, tendo a leggerlo in questo modo, è un pensiero non ben strutturato ma che mi sta molto a cuore. Penso che questo sia un punto forte su cui rilanciare il dibattito perché ritengo che la differenza tra una posizione psicoanalitica ed una non psicoanalitica possa tuttora essere definita come la credenza nell'inconscio, ma non credenza intesa come atto di fede o, peggio, tentativo di reificazione: l'inconscio non è una specie di scatolone più o meno grande, più o meno senza fondo, più o meno nero che ci portiamo dietro; è un concetto che muove una teoria. Penso che non sia tanto necessario che esista "l'inconscio" quanto che esista una teoria dell'inconscio, perché a partire da questa

teoria si possa arrivare a una teoria del soggetto; il discorso della costruzione, il dibattito dialettico, in esausto - come appunto anche Balsamo e il suo percorso testimoniano - sulla coppia, sul binomio costruzione e ricostruzione verte su questi temi ed ha in fondo questo obiettivo. Infine vorrei introdurre un aspetto che è anche affettivo, ma è poi un elemento di riflessione; vorrei collegare questo gran parlare che si è fatto oggi, - che si fa appunto nel dibattito, nella scrittura - a quelli che la Aulagnier chiama il silenzio e la lunghezza del tempo. Mi serve pensare che ci sia un parlare, uno scrivere, un "fare analisi" che non perda mai il contatto con quest'altra dimensione. Nel libro di cui stiamo discutendo, essa non è mai persa di vista.

D. Chianese

Utilizzerò quest'ultimo intervento per il "gran finale", per i "fuochi d'artificio" con i quali si concludono le feste, e questa di oggi per me è stata una bella "festa" ed ora è venuto il momento di "uscire di scena".

Con questo libro ho voluto "voltare pagina", concludere un percorso per aprirmi a nuove avventure di pensiero. Vi sono nel libro i segni dei miei debiti culturali ed affettivi a partire da Freud.

Sento l'esigenza di andare oltre. Ho più volte segnalato negli ultimi tempi, ma anche in questo dibattito, la mia difficoltà a comprendere ed accettare le posizioni della psicoanalisi nord-americana soprattutto quella che parla e dibatte sul soggetto e sull'intersoggettività.

Il "paesaggio americano" è oltremodo vario: si confrontano e si scontrano i socio-costruttivisti, i relazionali, gli intersoggettivisti, i relativisti, etc. Secondo alcuni, questo è il segno di una grande vitalità culturale, di una psicoanalisi "in transizione" (Gill); secondo altri è il segno di una inarrestabile decadenza, di un profondo disorientamento con la perdita del riferimento ad alcuni fondamenti della psicoanalisi.

Personalmente io voglio "voltare pagina" anche nei riguardi della mia polemica verso l'intersoggettività, voglio vederci più chiaro.

Le diverse tradizioni psicoanalitiche si basano su differenze linguistiche e culturali generali. Ostacolo linguistico che è ostacolo epistemologico, differenza culturale che è divergenza ideologica e filosofica. È innegabile l'impatto della cultura generale sui concetti psicologici e psicoanalitici, dice giustamente Pontalis, ma aggiunge acutamente che "sappiamo ugualmente che non vi è nulla di più difficile che misurare tale impatto". Vi sono tante culture e tante psicoanalisi e non ci si intende, non vi è comprensione tra queste psicoanalisi. È un problema molto avvertito; H. Faimberg si è fatta promotrice di una organizzazione di convegni che avranno per tema il problema inter e trans-

culturale della psicoanalisi. Si partirà, a fine luglio con la psicoanalisi francese, ascoltata e commentata da altre culture e altre psicoanalisi. Dopo questo avvio, l'anno prossimo, forse, sarà la volta dell'Argentina (cultura e psicoanalisi sud-americana) e così via. Sono stati scelti pochi rappresentanti, veramente interessati al tema per ogni Società Psicoanalitica. Parteciperò con grande interesse a questo incontro perché i problemi della psicoanalisi contemporanea vanno affrontati in profondità, senza inutili polemiche e senza, nei limiti del possibile, ideologia.

Considerando questa premessa, la mia posizione verso il soggettivismo e l'intersoggertivismo americano deriva da una incomprensione di ordine culturale. La mia generazione ha conosciuto profondamente la fenomenologia, la problematica del soggetto espresso dalla fenomenologia. I temi della storia del soggetto: il soggetto - si soleva dire - è la sua storia.

La mia generazione ha anche avvertito i limiti di tale fenomenologia e la cosiddetta "crisi del soggetto", per molti di noi, non è stata una moda, ma ciò che ci ha fatto scegliere la psicoanalisi. Siamo diventati psicoanalisti anche perché culturalmente avvertivamo il limite della nozione di soggetto; in realtà la fenomenologia non ha mai accettato il concetto di inconscio.

Pertanto trovo strano questo ritorno, a dire il vero un po' "annacquato", del discorso sul soggetto e sull'intersoggettività che ci viene proposto come dato rivoluzionario dall'America. I termini "soggetto" e "intersoggettivismo", vengono intesi nella recente letteratura, in un modo distante rispetto a quello in cui, negli ultimi cinquant'anni, sono stati usati in Europa e, faccio notare, che cinquant'anni sono tanti anche per la scienza, la filosofia e la psicoanalisi. Negli scritti della recente psicoanalisi il "soggetto" non è oggetto di una definizione rigorosa; non è il soggetto della filosofia fenomenologica, né il soggetto dell'inconscio di Lacan; forse è il soggetto della coscienza empirica? Una coscienza, a quanto pare, alquanto ingenua!

Non vi è distinzione tra interpersonale e intersoggettivo e quanto a quest'ultimo, certamente, esso non ha nulla a che fare con l'intersoggetrività di cui parla Husserl. Una strana intersoggettività senza storia: "Il paziente e l'analista qui ora come voi e io. Io non ho passato, voi non avete passato, non si tratta del mio passato, o se ne parlo, non dategli importanza e nemmeno voi avete un passato e se siete qui ciò non ha niente a che fare col vostro passato, voi non cercate nessuno, io non cerco nessuno. Così Green (1995) a proposito dell'intersoggettivismo e dell'interazione. Qualcuno dirà che è eccessivamente critico e questo qualcuno forse ha ragione. Ma, di certo, l'impressione che si prova a leggere e ascoltare alcuni Autori è che si parla e si disserta di uno strano soggetto e una ancora più strana intersoggettività senza storia. Fa un certo effetto a chi in Europa è abituato da più di cinquant'anni ad associare indissolubilmente storia con soggetto e viceversa.

Considerando queste premesse, anche la questione della costituzione del soggetto, che era posto dalla Dott.ssa Lini, non può non risentire della cultura generale.

Ritorno alla mia generazione per dire che per molti di noi lo strutturalismo è stato una tappa cruciale. Personalmente mi sono formato sui testi di Lévi-Strauss e la cosiddetta costituzione del soggetto io la medito come psicoanalista all'interno di una cornice antropologica, appunto l'antropologia strutturale di Lévi-Strauss. Sintetizzando e schematizzando, io sono dell'opinione che il processo di soggettivazione (il soggetto non è un dato ma un processo) comporta l'assimilazione di strutture e ordini simbolici pre-soggettivi (es.: le strutture della parentela e quelle del linguaggio) che sono mediati da relazioni inter-soggettive altamente significative (es.: la relazione madre-bambino).

Facendo ruotare le fantasie primarie intorno al tabù dell'incesto, Freud ha anticipato quella che nel pensiero di Lévi-Strauss diverrà la legge antropologica fondamentale.

Le relazioni intersoggettive, hanno una indubbia importanza anche se non coprono tutto il campo della ricerca e della esperienza analitica. È attraverso queste relazioni che ci viene trasmesso quel "fondo", quel patrimonio pre-soggettivo.

Questo, molto sinteticamente, il mio pensiero che troverete sviluppato nel capitolo "Storia di un altro, storie d'altri".

Il pensiero strutturalista ha avuto una grande importanza in Europa ed ha influenzato la psicoanalisi, soprattutto quella francese, Pressoché assente nella psicoanalisi nord-americana; ne deriva così anche un diverso modo di affrontare la questione della nascita del soggetto. Sintetizzando un po' grossolanamente, potremmo dire che nella psicoanalisi americana vi è uno sfondo sociologico più che antropologico. Nel caso di Hoffmann, fa da sfondo una sociologia degli anni Sessanta, il cosiddetto "sociocostruttivismo" di Schutz, Berger, Luckmann, Goffman. Un riferimento e un fondo che Hoffmann farebbe meglio ad esplicitare. Sembrerebbe che il socio-costruttivismo sia una invenzione di Hoffmann, ma, guarda caso, vi è una sociologia che ha questo stesso nome, sociologia che ha come autore Luckmann e Berger, autori che Hoffmann cita un po' di sfuggita, per poi importarne la terminologia e i contenuti senza contestualizzarli. Tutto ciò passa poi addirittura per un "nuovo paradigma" della psicoanalisi, quando in ambito sociologico quel socio-costruttivismo è datato e da tempo ne sono stati segnalati i limiti.

Volevo evitare la polemica, ma ci ricado sempre! Mi auguro che venga comunque colta l'intenzione da parte mia di capire e approfondire.

Le differenze culturali a monte, determinano a valle metodologie di intervento e di cura molto diverse.

Culture diverse possono avere un differente approccio al tempo, alla temporalità, una differente articolazione "antico" - "moderno". Penso a tal proposito che la cultura americana sia molto diversa dalla cultura europea. C'è molto da riflettere e da indagare sulla questione del tempo. Le differenze in psicoanalisi non sono mai unicamente di ordine clinico e teorico, ci si trova di fronte a diverse concezioni dell'uomo, del suo rapporto col passato, della possibilità di comprenderlo, curare e curarsi tramite il suo recupero. Faccio a tal proposito un solo riferimento, anche se invece ne sarebbero necessari tanti: la temporalità dell'*après coup.* La presenza o meno e la centralità di questa nozione in una teoria dell'uomo e della cura non è affatto indifferente, dal momento che essa sconvolge i modelli dominanti.

Essa è quasi totalmente assente nella psicoanalisi nord-americana. L*'après-coup* implica che vi è sempre una dissimetria tra *hic et nunc* e rimosso, tra evento e senso, tra ciò da cui siamo posseduti (la nostra genealogia) e ciò che possediamo etc. In conseguenza di ciò, rimane un mito proprio l'unità di quel soggetto che la recente psicoanalisi americana tenta di rivalutare e riabilitare.

Per riflettere sulle diverse articolazioni della temporalità nella clinica e nella teoria in rapporto alle diverse culture, sarebbe necessaria una collaborazione non sporadica, non solo tra psicoanalisti di diverse aree culturali, ma anche tra psicoanalisti e sociologi, antropologi, storici. Per comprendere insieme cosa sta accadendo all'uomo in questo fine millennio.

Come vedete non posso terminare la "festa" con i "fuochi d'artificio". Noterete che c'è tanto da lavorare e riflettere; da riflettere e discutere con lo spirito, la profondità, l'umiltà che ha caratterizzato questo nostro incontro.

Vi ringrazio tutti di cuore.

M. Gino

Siamo noi che dobbiamo ringraziare Chianese per la ricchezza delle sue idee e per la sua appassionata partecipazione alle nostre discussioni. Ancora un grazie da tutti noi.

CONTRIBUTI

FRANCESCO POZZI

I tre tempi dell'interpretazione dell'Edipo*

Allegro ma non troppo - Adagio - Presto con fuoco

Nel proporre questo lavoro prendo spunto dalla terminologia musicale, utilizzata come metafora applicata ad una situazione psicoanalitica: si tratta dei tre tempi della sonata o della sinfonia classica.

Tre è anche il numero perfetto per antonomasia. Lo stesso numero ricorre frequentemente nell'opera di Freud: le tre fasi dello sviluppo (orale, anale e fallica), i tre saggi sulla sessualità, i tre scrigni, Es, Io e Super Io, i tre personaggi dell'Edipo (madre, figlio/a, padre), "l'infame terzetto", mi viene da definirlo in modo un po' irriverente, per quanto ci ha fatto tribolare per noi stessi e continua a farci penare con i nostri pazienti.

C'è da dire però che, come nella sonata o nella sinfonia, i tempi alle volte possono essere due, quattro o addirittura uno (a seconda dell'evoluzione della ricerca musicale e della sperimentazione dei compositori), così in psicoanalisi i tempi dell'interpretazione riferita all'Edipo possono essere variati a seconda, io penso, della patologia e della gravità dei pazienti analizzati. Di conseguenza alla semplice esposizione del sottotitolo si potrebbero sostituire altri termini, che mutano nei più svariati modi, sempre ispirandoci al linguaggio musicale: allegro con sentimento, adagio con variazioni, adagio cantabile, prestissimo sempre crescendo ed altri ancora.

Per schematizzare al massimo dividerei i pazienti d'analisi in due fondamentali categorie: quelli dove è possibile interpretare l'Edipo e quelli per i quali l'accesso interpretativo all'area edipica è impedito o reso più difficoltoso a causa della gravità della patologia originaria che mantiene tali pazienti parcheggiati in una zona pre-edipica. Per la prima categoria di pazienti i tre tempi dell'interpretazione sono possibili. mentre per la seconda categoria alle volte ci si deve accontentare di "suonare" due tempi od anche uno soltanto. Alla prima categoria appartengono tutti i nevrotici, più o meno gravi, ma soltanto nevrotici. Alla seconda categoria appartengono i pazienti borderline e le personalità narcisistiche, la maggior parte di quei casi che Green (1994, 1121; 1995, 872-873)

* Letto al Centro Psicoanalitico di Bologna nella riunione scientifica del 20 febbraio 1994.

oggi tende a definire "strutture non nevrotiche". Ovviamente le categorie non sono così nette e separabili e questo complica le cose. Sia nella prima che nella seconda categoria, per poter lavorare su uno, due o tre tempi è importante fare una valutazione. La più accurata possibile, dei danni legati alla relazione primaria o precoce. Tali danni si possono riscontrare in pazienti nevrotici sotto forma di inclusioni autistiche (Tustin, 1990); sono sempre presenti in pazienti borderline o nelle personalità narcisistiche: in queste ultime l'entità e la precocità del danno permettono l'eventuale interpretazione anche fino al terzo tempo, ma raramente e soltanto nei casi più lievemente colpiti in età precoce.

Allegro ma non troppo

È l'andamento del lavoro interpretativo che serve a forzare le resistenze e allo smantellamento graduale delle difese, procedendo con cautela per non rompere o distruggere (psicotizzazione in analisi): vale la regola generale da applicare nei trattamenti psicoanalitici (Carloni, 1984). In un suo recente contributo Correale (1995) suggerisce un'estrema prudenza interpretativa in casi di pazienti molto gravi, nel cui trattamento è necessario un lungo rodaggio della coppia analitica. L'autore si sofferma, in particolare, a descrivere le vicende del transfert di questi pazienti, i quali: "... stabilendo nel transfert un caotico succedersi di avvicinamenti e allontanamenti, di momenti idillici e momenti di scontro violento, di fiducia illimitata e rifiuto amaro e deluso" (p. 139), mettono a dura prova il terapeuta ed esigono tempi lunghi di reciproco adattamento. Dal mio punto di vista direi che con tali pazienti è già un successo arrivare all'*Adagio.*

Adagio

È il tempo che si lascia al paziente di elaborare quello che gli si è (o che ci ha) fatto intravedere; significa aspettare il tempo necessario perché il paziente arrivi a comprendere. Come spesso accade (nella musica di Mozart in modo particolare) l'*Adagio* è il passaggio più bello della sonata o della sinfonia, è il tempo dell'analisi dove si sta meglio col paziente, dove si sperimenta il legame più dolce, dove ci si riposa entrambi dalla fatica dell'inizio (primo tempo) e ci si prepara alla conclusione, al terzo tempo, che coincide con la fine della sonata come dell'analisi.

Presto con fuoco

Dopo l'*Adagio,* che ha lasciato il tempo alla riflessione e all'elaborazione, può essere il momento in cui si può concludere (chiosare), lavorare in due fianco a fianco, lui (il paziente) compren-

de di più e noi, a volte, ancora più di lui; si può allora accelerare, forzare l'andatura, lasciarsi trascinare dal e con il paziente, quando un'analisi si svolge secondo schemi auspicabili, anche se non con tutti i pazienti (come sappiamo) le cose vanno in questo modo.

Come nella sonata o nella sinfonia il primo tempo introduce il tema fondamentale di tutto il pezzo, tema che poi viene sospeso e diluito nell'*Adagio* e infine ripreso ed enfatizzato nel terzo tempo, così avviene anche in analisi quando l'interpretazione saggia e definisce l'area genitale oppure si deve "trattenere" nella zona pregenitale dove è immerso il paziente, per poi, eventualmente, diluirsi nell'*Adagio* in attesa che questi sia pronto a raggiungere la consapevolezza della *realtà dei tre,* per potersi poi dirigere, col nostro aiuto, ad esplorare lo scenario della sofferenza e del turbamento edipico, nel regno della Sfinge che ripropone perversamente il rinnovato, insolubile indovinello.

La valutazione dell'entità del danno precoce nella relazione primaria è un terreno d'indagine di valore fondamentale al fine di dosare lo strumento interpretativo rivolto all'area edipica e si attua attraverso la disposizione (prima femminile, poi maschile) nel controtransfert dell'analista. Penso che sia indispensabile cercar di capire con il paziente come si configurano e possono essere rivisitati e ridefiniti la madre e il padre interni, buoni o cattivi che siano stati.

Gaddini (1977) nel suo lavoro sul padre dice all'inizio: "A differenza infatti della madre (o del seno), che il bambino vive dapprima come Sé e che solo gradualmente apprende a differenziare da sé e a porre come 'esterno' (non come estraneo) al Sé, il secondo oggetto si pone al bambino fin da principio come 'estraneo' (e poi come esterno) al Sé". Ritengo che queste parole introduttive di Gaddini sintetizzino in maniera magistrale ciò che sarebbe necessario realizzare nel lavoro analitico con i pazienti per arrivare ad interpretare l'Edipo e cioè l'individuazione delle figure fondamentali per la triangolazione, figure da scorporare dalla fusione magmatica e terrifica custodita nell'enigma della scena primaria. Due sono i concetti più importanti che si possono evincere dal lavoro di Gaddini: il significato di *processo* (riferito al padre e alla scena primaria) e il concetto di *estraneo* che precede quello di padre esterno. La processualità della formazione del padre dura, per il bambino, da poco più della metà del primo anno di vita fino a circa il terzo anno, limite oltre il quale si apre l'accesso al conflitto edipico. La figura del padre, quindi, si distilla via via dalla complessità del magma della scena primaria e dalla fusione-confusione del bambino con la figura materna. Il processo è complicato e si compone di una quantità di esperienze graduali centrate prevalentemente su fenomeni sensoriali (tattili, auditivi e visivi) che permettono al bambino di sperimentare i mutamenti dell'oggetto originario (la madre) che va trasformandosi in una nuova figura, necessaria per il

completamento del suo percorso evolutivo: la presenza consapevole della figura paterna sembra essere indispensabile per una abbastanza buona triangolazione.

Sul concetto di estraneo Laplanche (1984), concentrerà la sua attenzione attribuendo all'estraneo un significato salvifico nei confronti della continua minaccia di un reinglobamento del figlio da parte della madre. Laplanche, studiando la vita e le opere del poeta Hölderlin, fa delle ipotesi patogenetiche sulla malattia schizofrenica che colpirà il giovane, dando molta importanza al disperato tentativo che fece il poeta (nel corso della sua vita) di trovare una figura paterna che lo liberasse e gli permettesse l'attuazione del processo per uscire dalla fusione patologica con la propria madre. Da una lettera di Hölderlin alla madre del 16 gennaio 1795: "*... Accordatemi l'uso inalterato delle mie forze*[1]*, che mi sia dato per la prima volta, forse dalla mia prima giovinezza".* Laplanche commenta: "Certamente qui Holderlin si rivolge alla madre come a colei che detiene l'*uso* di queste *forze,* come se esse fossero alienate in lei fin dalla giovinezza. Ma se è probabilmente nell'*imago* materna che si trova simbolicamente detenuto, prigioniero, il desiderio di Hölderlin, è altrettanto sicuro che egli cerca sul versante della figura paterna la chiave che lo libererà" (pagg. 63-64). La madre di Hölderlin aveva deciso per il figlio una carriera ecclesiastica; questi, dopo i vent'anni, si orienterà verso studi di diritto che erano stati quelli del suo secondo padre, il più amato, quello vero per lui. Così scrive Laplanche: "Ma noi propendiamo a dare un significato più speciale al fatto che si tratti di studi di diritto: si tratta senza dubbio di una ricerca del padre, ma sotto l'aspetto ben specifico di una ricerca della LEGGE o, se si vuole, di una certa figura del padre come legata a una legge. Questa interpretazione si ricollega a certe formulazioni di Jacques Lacan, che ci permettono di orientarci nelle fasi molto precoci dello sviluppo infantile, in quella soglia del complesso di Edipo in cui si è d'accordo di vedere un momento determinante per il successivo fiorire di una psicosi. È infatti l'intervento del padre come legge, come elemento regolatore, che introduce una certa misura e rende sopportabile la relazione primaria con la madre di cui le constatazioni di Melanie Klein ci hanno rilevato il carattere distruttivo. Nella genesi delle psicosi dobbiamo ammettere che quel padre che interdice alla madre di 'reintegrare in sé il proprio prodotto' è venuto meno in qualche modo alla propria funzione di dare leggi ed interdetti" (pag. 67).

Penso che sia molto importante riflettere su queste basi teoriche cui ho fatto riferimento per calibrare l'ascolto e l'attenzione e, soprattutto, per dosare gli interventi interpretativi, essendo purtroppo molto consapevole che quando ci troviamo di fronte a *mancanze* o *assenze* (siano esse materne che paterne) molto precoci, il recupero operato mediante la relazione transferale è molto difficile (quando non è impossibile) e, comunque, dura assai a lungo nel tempo. Va da sé che, purtrop-

po, in alcuni casi, ci dobbiamo arrendere o alla patologia o alla nostra incapacità di condurre la relazione con quel paziente ai livelli che questa richiederebbe.

In analisi ci possiamo trovare di fronte a situazioni (nelle quali è prematuro e impossibile separare il paziente dalla madre interna e fallica), caratterizzate dal permanere (nella vita adulta) di una simbiosi patologica con la figura materna; oppure a situazioni dove è evidente *l'assenza* del padre fin dall'inizio della vita del figlio (es.: casi di autismo psicogeno primario o stadi di sviluppo meno drasticamente bloccati, ma sempre collocabili nell'ambito di una mancanza della comparsa della figura paterna, ancora in sintonia con il pensiero di Gaddini). Quale può essere il meccanismo in ragione del quale il padre rimane fuori del tutto o entra troppo tardi per proporsi a completare la triade, non è facile da capire: una causa non di poco conto potrebbe essere rappresentata da un impoverimento libidico della madre che si verifica in età precoce della vita del figlio (o addirittura in epoca pre-natale), di modo che il bambino/a non vitalizzato psichicamente (ma soltanto fisicamente) continua a rimanere fuso (e confuso) con una madre "morta" nel senso teorizzato da Green (1982), "sopravvivendo" nell'illusoria speranza di ritrovare quella carica libidica (scomparsa o ridotta) che gli permetta di avanzare verso il padre; tale impoverimento libidico materno è diretto anche al padre, nella relazione di coppia, e, viceversa, restituito dal padre alla madre. Contemporaneamente la madre ipo-libidica si ripropone sempre in un atteggiamento di risucchiamento del bambino/a con un effetto negativo di crescita all'indietro (come se si trattasse di un effetto ventosa): viene da pensare con raccapriccio che la madre si nutra dal figlio, in presenza del padre indifferente e lontano.

Si può verificare così una situazione estrema, dove non c'è una partenza, di morte in vita. Il padre è escluso; la madre non può (o non vuole) passare il bambino/a al padre: il triangolo non si completa, manca il vertice C, assistiamo soltanto ad un andirivieni su una linea retta di base, piatta, **A-B** o **B-A** all'infinito, che dà come risultato un *crescita zero.* Una madre di un bambino autistico, dopo oltre dieci anni di terapia del figlio, mi ha confessato candidamente che: "... se fosse stato per me, mi ero sposata soltanto per vivere assieme a mio marito, senza volere figli: questi mi hanno impedito il mio progetto!". La prima figlia di questa coppia (oggi più che adolescente) è sempre stata al limite dell'anoressia mentale, il secondo figlio è autistico; il padre è come se non ci fosse, ha la caratteristica di un "lungo adolescente" che nutre abbondantemente tutta la famiglia, ma solamente dal punto di vista materiale. La coppia non è genitale, pur avendo generato due figli: parrebbe che ognuno dei genitori possedesse un mezzo serbatoio libidico a testa, che, sommati assieme, fanno un serbatoio libidico in due, troppo poco per nutrire anche soltanto un figlio.

Se la simbiosi madre-bambino si stabilizza in una simbiosi patologica, la madre continuerà a risucchiare iterativameme il bambino per riprendersi (e nutrirsi da lui) quel po' di energia libidica che il figlio le ha strappato alla nascita: il figlio così rimane vuoto e questo porta alla situazione estrema *autistica.* Se il figlio riesce a separarsi un po' di più, si allontana dal gorgo mortifero materno, ma non riesce a raggiungere il padre (né è da questi raggiunto), si incista, forma il "vuoto pneumatico" difensivo/non-relazionale (come lo definisce con molta acutezza una mia paziente) che lo mantiene a distanza di sicurezza dal risucchio materno, ma il figliola non riesce a procedere verso il padre, il quale a sua volta non possiede sufficiente forza per attirarlo: il vertice **C** del triangolo è lontano, irraggiungibile. Il bambino/a oscilla fra **A** (madre) e **B** (figliola) con l'analogo andamento di un pezzetto di ferro attratto o repulso (a seconda della polarità) da una calamita. Tale incistamento può essere di tipo nevrotico (se la distanza di **B** da **A** è di sicurezza sufficiente) o di tipo borderline se **B** è troppo vicino (fuso e confuso) ad **A**: ecco allora il significato da assegnare ai due o tre tempi dell'interpretazione dell'Edipo. Nel materiale analitico dei pazienti della seconda categoria (non nevrotici) la figura paterna appare spesso di secondo piano, nei sogni come nei racconti, nelle ricostruzioni di storie, nei ricordi degli album di "fotografie di famiglia". Con questi pazienti, dopo il "saggiare" interpretativo del primo tempo, ci si deve soffermare a lungo nell'Adagio fino a che (nel materiale) non inizia a comparire il padre, il padre "recuperato", quando si è capito e riparato (ave possibile) il danno legato alla relazione primaria non buona. È come se si riattivasse il processo della formazione del padre (Gaddini, 1977), quel padre pre-edipico che non aveva potuto, verosimilmente, farsi strada nei tempi giusti dello sviluppo evolutivo.

Il triangolo edipico ottimale è un triangolo abbastanza regolare o equilatero. Il triangolo edipico di un borderline è un triangolo isoscele a base molto stretta (**A-B**) e con un vertice (**C**) lontanissimo, a volte irraggiungibile: **A** e **B** sono così vicini che quasi coincidono; la loro sovrapposizione potrebbe rappresentare la condizione psicotica franca, dove, da un unico punto, si diparte una retta verso l'infinito che ruota 360 gradi. Il triangolo edipico di un nevrotico può essere un triangolo scaleno, con il vertice **C** più spostato verso **A** o verso **B** a seconda della sua stessa struttura di base o dell'aggiustamento ottenuto in analisi. Quando il padre non c'è per il bambino/a, non *c'è nemmeno per la madre.* Non c'è spazio per la coppia: padre e madre sembrano essersi scelti in funzione delle loro mancanze reciproche.

In linea con quanto sono andato esponendo, ma con un'attenzione rivolta maggiormente all'aspetto metapsicologico più che relazionale, Green (1992, 133-139) nel capitolo sull'Edipo propone un modello di triangolo aperto che unisce padre, madre e bambino, triangolo aperto in quanto,

alla relazione duale fusionale madre-bambino, si affianca fin dall'inizio, il padre come assenza (p. 137) che diventa un fattore strutturante dei rapporti madre-bambino in funzione del posto che: "il padre occupa nella mente della madre"; la relazione corporea che unisce madre e figlio è la ripetizione di un'analoga relazione corporea madre e padre, dalla cui unione il figlio ha potuto realmente nascere. Il padre si pone quindi come modello per l'Ideale dell'Io. Con la scoperta del secondo oggetto il bambino acquisisce la consapevolezza che: "... non è l'unico oggetto della propria madre, ma che un legame più o meno segreto unisce il padre e la madre. Legame oscuro, nascosto, che fa vivere retrospettivamente l'unione carnale della madre e del bambino nella relazione fusionale come un paradiso perduto ora occupato da altri, avendo il padre sostituito il bambino nei momenti in cui la madre si assenta. È qui che va collocato il fantasma della scena primaria con le sue alterne identificazioni" (pag. 138).

Per concludere sinteticamente si potrebbe dire che il ritrovare il linguaggio e le parole con le quali il paziente si può esprimere, significa aiutarlo ad individuarsi rispetto alla madre: solo in questo momento l'interpretazione può assumere una funzione di separazione e di evoluzione, quindi paterna, a differenza di quanto era accaduto nell'Adagio dove si era verificata una funzione di incubatrice-gestazione. È possibile allora fornire al figlio-paziente gli elementi per la triangolazione. I tre tempi sono serviti per separare la madre e il padre confusi e uniti in una paralizzante figura di madre fallica onnipotente (scena primaria). Come ricorda Kernberg (1975, 66-67) nel corso del trattamento psicoanalitico dei casi limite si può arrivare spesso a scoprire che: "... l'immagine del padre viene contaminata dall'aggressività pregenitale deviata dalla madre e proiettata su di lui ..." e, più avanti: *"un eccessivo sviluppo di aggressività pregenitale, particolarmente orale, tende a indurre uno sviluppo prematuro di pulsioni edipiche e, di conseguenza, una particolare condensazione patologica fra mete pregenitali e genitali sotto l'influsso opprimente di bisogni aggressivi"*.

Propongo due brevi esempi clinici per illustrare quanto ho fino a qui esposto.

1 - Sogno di fine analisi di un paziente nevrotico, eiaculatore precoce: la madre (egli è l'ultimogenito di più fratelli) gli aveva sempre fatto credere che dopo la sua nascita lei e il papà non avevano più avuto rapporti sessuali (pur essendo ancora giovani) per non mettersi contro gli insegnamenti religiosi (non volendo altri figli).

Il sogno: "Scendevo per una scala ripida con due corrimano fino ad una grande sala sotterranea (grotta) dove c'era una donna muta (la madre) che si animava quando si metteva a far da mangiare. Su, in alto, c'era un uomo che mi guardava (analista/padre) al quale mi avvicinavo senza timore. C'era poi anche S., l'ex amante di mia moglie, che strisciava ai miei piedi". L'associazione al sogno

più significativa del paziente che mi permette di lavorare con l'interpretazione e che mi rassicura di muovermi nel terzo tempo (Presto) è la seguente: "... i corrimano della scaletta che scende mi ricordano le sponde del lettino alle quali mi aggrappavo quando dormivo ancora nella stanza dei miei genitori...", venendo a dimostrare così, il paziente, di essere oggi in grado di sopportare la sua partecipazione alla scena primaria. Ciò rende, come dice il sogno, la madre muta, quella madre storica che aveva convinto il figlio che lei e il papà avevano sospeso i rapporti sessuali dopo la sua nascita: rappresenta il silenzio sulla sessualità, nessuna parola sull'argomento. L'eiaculazione precoce del paziente si inquadra in un clima di silenzio e di omertà con coiti fugaci (simili a quelli nascosti dei genitori?), contrabbandati velocemente. Il paziente, in gioventù, aveva lavorato per un periodo in miniera: a mio parere ciò ritorna nel sogno come il tentativo di realizzare un incontro con una madre primitiva nelle viscere della terra. Il padre era sempre stato una figura di secondo piano, aveva sperperato il patrimonio di famiglia: il dialogo si era svolto per anni soltanto fra il bambino e la mamma (sotto le cui gonne il piccolo si nascondeva per scrutarne i genitali) in un rischioso andirivieni. sulla linea di base del triangolo (**A-B**). Il paziente oggi, alle soglie della fine analisi, sta dritto, ha il pene eretto: esercita la sua funzione paterna con i propri figli ed è capace di provare ondate d'affetto e tenerezza verso il proprio padre, ritrovato e separato dalla figura materna.

2 - Paziente femmina affetta da grave patologia narcisistica, in analisi da anni, anche se continuamente a rischio di interruzione. Il padre è deceduto per grave malattia lasciando un vuoto reale nella vita della paziente, vuoto che rischia di creare nella stessa una pericolosa condizione di risucchio ad opera della madre, responsabile di palesi carenze di accudimento alla nascita della bambina. I tentativi di relazioni affettive della paziente abortiscono facilmente, così come la relazione transferale è mantenuta a distanza di sicurezza per l'ingombro rappresentato dalla madre, sempre presente nei suoi racconti, sogni e ricordi: il padre non compare mai, se non come puro fatto di cronaca e circostanziato ai dettagli della sua malattia e della sua morte. L'Adagio dura a lungo e il lavoro d'analisi è concentrato sulla relazione primaria, con il fine di attenuare nella paziente l'aggressività legata alla richiesta di risarcimento dei danni subiti ai primordi della vita: dopo un lungo lavoro cominciano ad affacciarsi, a tratti, immagini frammentate (sentite e non raccontate) che mi fanno presagire la possibilità di un'individuazione di tracce appartenenti alla figura paterna. La paziente si sofferma per alcune sedute sul gioco dell'altalena (apparsa in sogno, con i ricordi infantili annessi); mi suggerisce l'ipotesi di un coito, ipotesi che trattengo e non interpreto in attesa di materiale più corposo: sento che la paziente si muove, ma preferisco ripetere un "ritornello" dell'Adagio per non forzare troppo. Nelle sedute seguenti la paziente mi dice che ha riflettuto sulla mia considerazione

che il papà è così poco presente in analisi, ma il ricordo della sua morte la fa troppo soffrire e non lo può "nemmeno pensare". Contemporaneamente la paziente inizia a manifestare un certo nervosismo in seduta, che mi sento di leggere come un disagio affettivo, vagamente erotizzato, nella vicinanza che, nel transfert, è andata aumentando: "sono nervosa, è come se non riuscissi a stare ferma con le gambe". La paziente si muove, l'Adagio si anima. Un frammento di sogno introduce il padre, vivo e vegeto, lasciando alla paziente un buon risveglio: "... il papà era venuto a cercare nella mia camera qualcosa che era sua, ma che era anche mia, forse un vestito...". Le associazioni portano al ricordo di lei bambina quando svolgeva piccole mansioni domestiche in famiglia. Posso allora suggerirle con tranquillità che, a quei tempi, era come se lei fosse stata la piccola donna di casa, quella che desiderava essere al posto della mamma. A me sembra che l'Adagio si avvii verso la conclusione, molto lentamente, con i dovuti ritornelli: non c'è più soltanto la madre ad occupare la sua vita psichica.

Mi rimangono da fare due considerazioni conclusive. La prima è che "forzare" un tempo dell'interpretazione dell'Edipo può comportare il rischio di una "rottura" del paziente (scompenso psicotico), nel peggiore dei casi; la seconda è che un tempo che si prolunga troppo comporta la necessità di prendere in esame il problema dell'interminabilità dell'analisi, o forse, più precisamente, dell'inanalizzabilità, almeno per certi pazienti.

Note

1. Per forze *(kräfte),* legate ai conflitti sulla propria sessualità contrastata dalla madre, Hölderlin intendeva presumibilmente ciò che Freud più tardi designerà come "energia libidica" (pag. 57).

Bibliografia

CARLONI, G. (1984) Tatto contatto e tattica. *Riv. Psicoanal.,* 2, 191-205.

CORREALE, A. (1995) Memoria e sensorialità nel disturbo borderline. *Psiche,* voll. 2-3, 137-148.

GADDINI, E. (1977) Formazione del padre e scena primaria. *Riv. Psicoanal.,* 2, 157-183.

GREEN, A. (1982) La madre morta. In: *Narcisismo di vita narcisismo* di *morte.* Borla, Roma 1985.

GREEN, A. (1992) *Slegare.* Boria, Roma 1994.

GREEN, A. (1994) Etre psychanalyste aujourd'hui, pour quoi faire? *Rev. franç. Psychanal.,* 76, 5, 871-883.

GREEN, A. (1995) Has sexuality anything to do with psychoanalysis? *Int. J. Psycho-Anal.,* 76, 5, 871-883.

KERNBERG, O. (1975) *Sindromi marginali e narcisismo patologico.* Boringhieri, Torino 1978.

LAPLANCHE, J. (1984) *Hölderlin e la questione del padre.* Borla, Roma 1992.

TUSTIN, F. (1990) *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti.* Raffaello Cortina, Milano 1991.

Riassunto

L'autore utilizza la metafora musicale dei tre tempi di una sonata applicandola al processo analitico nell'interpretazione dell'Edipo: si domanda se ciò è sempre possibile, specialmente nel trattamento dei casi gravi.

Summary

The autor makes use of the musical metaphor of the three times of a sonata applying it to the psychoanalytic process in the Oedipus's interpretation: he asks to himself if this is always possible, especially in the therapy of difficult patients.

FRANCESCO POZZI
via Schio 54
41100 Modena

LUISA PERRONE

Separazione, solitudine, separatezza: riflessioni sulla conclusione del trattamento psicoanalitico

All'inizio dell'analisi,
l'analizzando parla di sé o parla dell'analista.
Quando egli inizierà a parlare di sé all'analista, l'analisi è finita.
(J. Lacan)

Vorrei brevemente premettere che ho deciso di tradurre in uno scritto queste mie riflessioni, e quindi di pensare in una maniera comunicabile e condivisibile, per una serie di motivi[1]. In superficie, c'è la considerazione che il tema della conclusione del processo terapeutico è ancora scarsamente affrontato al giorno d'oggi, soprattutto se paragonato a quello, per esempio, delle fasi iniziali della terapia, che riceve maggiore attenzione, sia nella ricerca che nella formazione. Ma successivamente, andando avanti nelle mie riflessioni - o forse andando più indietro - ho pensato che il mio è forse un desiderio di avvicinarmi con la mente a temi fondamentali dell'esistenza umana, dai quali non siamo mai sufficientemente distanti da poterli osservare e descrivere, senza un continuo lavoro di significazione e ri-significazione.

Ecco perché questo mio contributo, coerentemente con il doppio livello delle mie motivazioni a scriverlo, viene idealmente diviso in due parti: nella prima cercherò di evidenziare in breve lo sviluppo teorico-clinico del concetto di conclusione del processo psicoanalitico, mentre nella seconda cercherò di esprimere quello che intendo quando penso ai temi della separazione, della solitudine e della separatezza, legati alla conclusione dell'analisi. Non ho pensato, naturalmente, di fare un *excursus* storico completo del tema, né di approfondire sistematicamente tutti i concetti ad esso collegati: preferisco soprattutto comunicare la cornice teorico-clinica dalla quale sono partita quando ho iniziato ad interessarmi a questi argomenti, e ad appassionarmene.

Affrontare il tema della **conclusione** comporta implicitamente il rapportarsi anche a quello degli **scopi** e degli **obiettivi terapeutici** sui quali ogni terapeuta, penso, si interroga di volta in volta, in relazione a ciascuno dei suoi pazienti, dandosi forse in ogni momento una risposta diversa.

La ricerca intorno agli obiettivi terapeutici è andata sempre più problematizzandosi negli ultimi anni, in dipendenza, da un lato, dell'estrema variabilità delle patologie e del disagio individuale che incontriamo nella nostra professione, e dall'altro delle caratteristiche - anch'esse in una gamma infinita - della intensità, profondità e qualità delle diverse relazioni terapeutiche.

Anche i criteri di **analizzabilità** sono stati oggetto di continua revisione; forse essi hanno perso di significato se li rapportiamo al lavoro clinico con pazienti molto gravi, che rappresentano, sempre più spesso, l'utenza che perviene alla nostra attenzione. Nessuno di noi oggi, credo, incontrerebbe più il mitico paziente "YAVIS", sigla attraverso la quale Schonfield (1964) indicava il prototipo di paziente adatto ad un trattamento psicoanalitico *(Young, Attractive, Verbally fluent, Intelligent* e *Successful)*.

Tuttavia la conclusione del trattamento, ed i problemi ad essa legati, non possono che risentire delle diverse modalità di intendere il processo stesso. Così, numerosi autori, prendendo in considerazione soprattutto l'individuo e mettendo in luce quindi le trasformazioni che si rendono possibili ed evidenti al termine della terapia, hanno discusso concetti quali: **criteri** di analizzabilità, **obiettivi terapeutici** ed **indicatori** di fine analisi. D'altra parte, la configurazione del processo psicoanalitico ha subito nel tempo profonde trasformazioni che hanno portato a considerare la conclusione del trattamento non più soltanto come presa d'atto e verifica di attitudini acquisite o di modificazioni avvenute nell'assetto psichico del paziente, quanto piuttosto come una delle vicissitudini della relazione psicoanalitica, legata ad angosce di separazione condivise nella coppia analista-paziente, alla riattivazione ed alla elaborazione del processo del lutto ed al conseguente approfondimento della capacità autoanalitica.

Parallelamente i modelli teorico-clinici si sono sviluppati essenzialmente lungo due diversi vertici di osservazione, a seconda che venga privilegiato l'aspetto della cura e dei risultati, ovvero quello dello sviluppo e delle vicissitudini dell'incontro analitico. Partirò quindi da una disamina, seppur concisa, della letteratura psicoanalitica sul tema, cercando di evidenziare come dalla conclusione intesa come raggiungimento di obiettivi terapeutici, si è lentamente passati a considerarla piuttosto come evoluzione e maturazione della realtà psichica all'interno del campo relazionale.

Il tema della conclusione del trattamento è centrale nell'opera freudiana; com'è noto, nella *Introduzione alla Psicoanalisi* del 1917, Freud enunciò quelli che, a suo avviso, potevano essere defi-

niti gli obiettivi di un'analisi ben riuscita. Egli li descrisse in termini di emergenza ed affinamento di alcune capacità individuali (come effetto della cura psicoanalitica) soprattutto legate all'acquisizione di un'attitudine a mobilizzare la libido; di qui, secondo Freud, la impossibilità di ottenere successi con pazienti ove "la rigidità del narcisismo non permetta alla traslazione oggettuale di svilupparsi al di là di un certo limite". In questo scritto, le mete analitiche a cui Freud si riferiva erano soprattutto definibili come capacità di amare e di lavorare, cioè le possibilità di investire libidicamente e creativamente, canalizzando produttivamente le proprie pulsioni vitali, dando anche spazio alla acquisizione della consapevolezza di sé, delle proprie matrici psichiche e delle proprie potenzialità. Ancora Freud (1933) nella *Nuova Serie di Lezioni,* così si esprimeva: "Scopo è rafforzare l'Io, renderlo più indipendente dal Super-Io, ampliare il suo campo di percezione ed allargare la sua organizzazione, cosicché si possa appropriare di nuove porzioni dell'Es. Dov'era l'Es dovrà subentrare l'Io".

In *Analisi terminabile ed interminabile* (1937) Freud affronta il problema delle difficoltà e delle resistenze che si frappongono alla conclusione del trattamento, mettendo soprattutto in luce quelle legate al tipo di etiologia della nevrosi (traumatica o strutturale), al rapporto tra forza delle pulsioni e forza dell'Io ed alla "viscosità" della libido, intesa come rifiuto ad accettare i progressi della terapia, e quindi connessa al primato delle pulsioni distruttive. Su tutti questi fattori, dominante è per Freud il fondamento biologico, differenziato tra i due sessi, che, essendo per definizione inaccessibile all'intervento sulla psiche, condiziona quindi sia i risultati della cura che la prevenzione di future situazioni di malattia.

Nel 1936, tuttavia, Balint pone l'accento sulla necessità che **nasca un nuovo individuo**, dotato di una struttura psichica modificata e di valenze dinamiche ed emotive nuove, come prodotto della relazione, mentre nel '52 si soffermerà sui sentimenti di tristezza e di speranza connessi alla conclusione come inizio di un nuovo ciclo dell'esistenza. La posizione di Balint sembra prendere in considerazione anche la valenza relazionale del trattamento e le vicissitudini di questo, oltre che la necessità che avvengano modifiche strutturali della personalità[2]. Ma ancora nel 1950, Rickmann, riprendendo le osservazioni (e preoccupazioni) già espresse da Freud in *Analisi Terminabile ed interminabile* e in *Costruzioni nell'analisi,* fissa un **punto di irreversibilità** della riuscita analitica, inteso come una sintesi di diversi criteri - la cui intuizione spetta all'analista - al di là del quale l'individuo dovrebbe essere in grado di tollerare gli eventi della vita senza che avvengano rilevanti regressioni; egli pone ancora l'accento su modificazioni **strutturali** della personalità, quali l'eliminazione dell'amnesia infantile e l'elaborazione del conflitto edipico; il raggiungimento della

soddisfazione genitale eterosessuale; la capacità di tollerare la frustrazione e la propria aggressività senza troppi sentimenti di colpa e senza distruggere l'amore per l'oggetto; infine la capacità di elaborare il lutto.

Sempre nel 1950, la Klein, ne *I criteri di fine analisi* insiste sulla elaborazione delle posizioni schizo-paranoide e depressiva, sottolineando tuttavia la plasticità assoluta delle configurazioni emergenti e la caratteristica di una mai del tutto risolta integrazione dell'individuo; ma è del 1959 l'articolo - e non a caso, ultimo suo scritto, non propriamente terminato - *Sul senso di solitudine* in cui ella introduce numerosi temi che hanno in seguito influenzato molti autori che successivamente hanno scritto sul tema: tra gli altri Winnicott (1962), Bion (1963)[3], Meltzer (1977), Gaddini (1981), Quinodoz (1991), oltre ad un buon numero di italiani più recenti (Nissim 1992), De Simone (1994) ed altri. La Klein pone l'accento sul processo di integrazione e sullo sviluppo del senso di realtà *(reality has to be seen,* sarà poi la semplice ma profonda asserzione bioniana), insieme come meta analitica e come origine del dolore mentale. Dolore causato dal crollo della idealizzazione di un oggetto totalmente buono, dall'indebolimento dell'onnipotenza e quindi dalla consapevolezza della caducità umana, la propria e quella dell'oggetto, dalla paura della morte, che, mentre rende la vita un bene prezioso e da proteggere, insieme richiama l'angoscia depressiva. Per la Klein, infatti, la conclusione del trattamento riattiverà la memoria di tutti i lutti, a partire da quello dello svezzamento.

Mi sembra che, a partire dallo scrino kleiniano, si osserva sempre più netto un ribaltamento di prospettiva nel guardare al cammino analitico ed alle sue mete: da una originaria focalizzazione intorno alla risoluzione dei conflitti pulsionali del paziente, gli interrogativi della ricerca *sono* andati infatti evolvendo verso un vertice relazionale, ove predominano - accanto agli scopi che in senso lato utilizzano il modello terapeutico, della cura - nuove mete analitiche, quali la nascita di un sé coeso, l'avvio di un processo di separazione che sviluppa il senso mentale della corporeità, l'elaborazione dei sentimenti di perdita e di lutto, la trasformazione dell'angoscia di separazione in un sentimento di unicità e di differenziazione.

La celebre frase di Winnicott "Mi piace portare avanti un'analisi e ne attendo sempre la fine" suggerisce infatti che l'esperienza analitica è esperienza di inizio e termine e che il paziente deve proprio essere aiutato non solo a separarsi dagli oggetti reali, quanto piuttosro a sviluppare quella "capacità di essere solo in presenza della madre", ovvero quella separatezza dagli oggetti interni, quella distinzione così dolorosa ma così necessaria per il dipanarsi della vicenda umana. Gli scopi della terapia sono infatti collegati, secondo Winnicott (1962), alla integrazione di parti del sé, come

superamento della negazione onnipotente del senso del confine e dell'illusione allucinatoria autistica.

Similmente a ciò che accade negli stati primitivi della mente, il paziente, da una primitiva confusione, nel corso del processo psicoanalitico va incontro a trasformazioni che la realtà, interna ed esterna, gli propone; si tratta di un processo che tuttavia provoca un aumento della sofferenza, che lo accompagnerà lungo il faticoso cammino verso l'integrazione. La riappropriazione di parti scisse di sé, precedentemente espulse attraverso l'identificazione proiettiva, promuove un sentimento di separatezza, dolorosa, ma via via sempre più salda, che prelude ad un senso di identità e di definitezza, a un'elaborazione che conduce al riconoscimento dell'altro, all'introiezione di un oggetto modificato, sintesi tra le frustrazioni dell'assenza e l'esperienza fiduciosa del ritorno, ed alla gratitudine.

È fondamentale, a mio avviso, cogliere la comparsa del senso dello spazio, che identifica il *me* e lo distingue dal *non-me,* richiamando il senso della distanza e della separazione: non a caso il termine **solitudine** - il cui primo uso è fatto risalire a Brunetto Latini nel 1294 - indica "un luogo solitario, non frequentato", un luogo della mente, potremmo dire, prima ancora che un sentimento od uno stato. Afferma Ogden (1989): "La tristezza, l'esperienza di soffrire per la mancanza di qualcuno, la solitudine e la stessa capacità di elaborare il lutto diventano dimensioni dell'esperienza umana per effetto dell'intreccio di qualità di esperienze che caratterizzano la modalità depressiva".

Nel corso del trattamento, noi avvertiamo come critico il passaggio in cui, oltre all'esperienza dello spazio - che si oppone alla dimensione fusionale-claustrofilica - inizia a farsi strada l'esperienza del tempo; il sentimento di continuità e di contiguità si affievolisce di fronte a quello, nuovo, della discontinuità e della distanza, la **salienza**, di cui parla René Thom (1991), vale a dire il riconoscimento dell'esistenza di una temporalità, a dispetto delle fantasie circolari di immobilità e di immortalità.

Il tempo, la discontinuità che emerge dai sogni[4] e che scaturisce dall'esperienza tollerata ed introiettata del *setting,* con le sue pause e le sue scansioni, dal superamento della circolarità simbiotica, non esisteva in principio: esso viene, per così dire, scoperto.

"Ero nel letto e, nel girarmi su di un lato, mi sono accorta che c'era una sediolina per bambini, con una bambina che mi apparteneva. Mi sono *improvvisamente ricordata* che esisteva questa bambina e che me ne dovevo prendere cura. Una sensazione fortissima di amore. L'ho presa in braccio: era leggerissima, piccolissima, fragilissima... e ci siamo trovate lei (l'analista) ed io sedute ad un ta-

volo; io avevo la bambina in braccio e lei mi mostrava delle carte con degli appunti, che io facevo fatica a seguire..."

Così una paziente al suo settimo anno di analisi inizia a rappresentarsi il fluire del tempo e a rendermi partecipe del suo desiderio di introiettare una imago materna modificata, facendosi carico del proprio lavoro di ricerca di un'identità, ma nello stesso tempo segnalandomi le sue angosce primitive di perdita del sentimento primario di benessere fusionale e di atemporalità.

Insieme al senso del tempo, affiora infatti il dolore mentale per il distacco, i sentimenti di colpa per la propria ambivalenza, la nostalgia per l'esperienza fusionale, riconosciuta solo quando la si è perduta; il termine stesso **nostalgia** evoca infatti la perdita di un tempo e di un luogo idealizzati *(nostos* - *algos* - dolore del ritorno).

Questa esperienza del tramonto di un'era, che nella terapia si trasforma in consapevolezza, è responsabile del dolore mentale ed insieme forza propulsiva che può spingere tuttavia in senso contrario, alla regressione, a quella coazione a ripetere, come ripristino di una declinazione a-temporale di sé e dell'altro. Il sentimento penoso del ristagno si esprime come attacco al legame, e quindi al pensiero, legame di legami, come difesa dall'angoscia di separazione, con lo scopo di annichilire la possibilità di mentalizzare, di sperimentare percezioni e di conoscere l'altro.

In questa fase cruciale, in cui l'elaborazione delle angosce di separazione ha un ruolo centrale, il terapeuta è chiamato con tutto se stesso a confrontarsi coi temi della separazione e della morte connessa alla generatività, conservando una traccia profonda dell'esperienza di benessere fusionale, contenendo e trasformando dentro di sé la **sofferenza** intollerabile ed invivibile del paziente in un **dolore** che possa essere portato alla pensabilità ed alla condivisione. E qui mi viene in mente l'origine del termine **terapia**, da *therapon* "servo, scudiero" che, oltre ad essere colui che è al servizio (ed in tanti sogni di pazienti il terapeuta emerge proprio così), può assumere di volta in volta il significato di colui che osserva, che conserva e che protegge le intimità più preziose, e più sofferte, della relazione, prima che, per dirla con Meltzer (1977), sia "il paziente a contenere, e quindi a essere responsabile per la conservazione di qualsiasi cosa preziosa".

Spesso, nelle fasi terminali del trattamento, compaiono situazioni di compromissione della salute fisica e/o psichica, *acting out,* che possono configurarsi tanto come l'emergenza della parte narcisistica della personalità (impossibilità del paziente di riconoscere i suoi progressi e la sua dipendenza) quanto come emergenza di una sofferenza non elaborata della coppia; tali situazioni spingono l'analista a confrontarsi controtransferalmente con il proprio sentimento doloroso del distacco e con eventuali controidentificazioni proiettive riparative.

E non c'è da stupirsi se, proprio in questa fase così delicata e dolorosa, la coppia può soggiacere al fascino di una **perversione**, che si sostanzia attraverso la negazione delle leggi biologiche della finitezza e della mortalità: può nascere un ping-pong collusivo, responsabile sia di false conclusioni, che nascondono un trionfo narcisistico distruttivo, che, viceversa, di analisi interminabili, ove lo stallo ed il logoramento sono il prezzo pagato dalla coppia per non affrontare il lutto della perdita.

Afferma Quinodoz (1991): "Scopo dell'analisi non è far scomparire completamente l'angoscia, il che sarebbe la realizzazione di un desiderio onnipotente e maniacale, ma acquisire una migliore capacità di contenere l'angoscia, il dolore psichico ed il sentimento di solitudine". Chiedersi se è possibile addomesticare la solitudine, come ci propone Quinodoz, ha a che fare, evidentemente, anche con la possibilità di trasformare quella sensazione dolorosa e disperante di assenza di legami con gli oggetti interni e reali, in uno strumento di riflessione e di comunicazione con se stessi e con gli altri.

"A mare, nuotando, vedo una testa di un pesce grande. Provo impressione e cerco di allontanarmi; erano due teste di squalo che galleggiavano nel sangue. Una persona nell'acqua, mentre cercavo di allontanarmi, un ragazzo, le toccava senza problemi, poi le butta su di una barca... Mi sono svegliato molto triste e quasi non ne volevo parlare". Un giovane ex tossicodipendente, con una lunga, tragica storia di marginalità, condivisa con uno sciagurato fratello, può, dapprima solo attraverso un sogno, riprendere il contatto con la sua distruttività e con i suoi oggetti morti, lasciando tuttavia all'analista la funzione di contenere la violenza della rappresentazione, e rifiutando di riconoscere come sua la parte impegnata in questo lavoro.

E, per dirla con Bion, si può diventare contenitore di se stessi, non più essere contenuto, ma trasformarsi in un individuo separato, che pensa pensieri suoi e si porta da sé? La conclusione del trattamento psicoanalitico, vista anche alla luce della capacità raggiunta del paziente di farsi carico di sé, come contenitore della sua vicenda esistenziale, delle proprie zone d'ombra e dei suoi conflitti non risolti, è un tema che, se permette di allargare la riflessione sulla importanza della acquisizione dell'esperienza separativa interna lungo tutto l'arco della vita, nello stesso tempo rimanda al discorso introduttivo sugli obiettivi e sui limiti del trattamento psicoanalitico, e quindi della consapevole rinuncia alla onnipotenza curativa dell'analisi, sia da parte dell'analista che del paziente.

"Ho un fratello, e io sono una bambina. Soffriamo di una malattia contagiosa. La nostra vicinanza la fa progredire a uno stadio conclamato; consiste in una eruzione cutanea di fiorellini, batuffoli. Una malattia grave, anche se ci escono cose delicate e tenere. Mi pare di essere anche la madre di questi bambini e mi preoccupo di teneri i separati e di trovare un antidoto. Nella ricerca del medico spiego chi è il mio vecchio medico e dico che non ce l'ho più..." È l'ultimo sogno di una paziente, in trattamento psicoanalitico per dieci anni, con una storia personale e familiare caratterizzata da disturbi dell'identità di genere e modalità strutturali e relazionali perverse. Il sogno, e le associazioni che seguirono, mostrano la consapevolezza della paziente della esistenza del nucleo primitivo perverso, messo a nudo dal lavoro analitico, ed insieme la interiorizzazione, con funzioni auto analitiche, del messaggio terapeutico implicito, teso a preservare le difese scissionali primarie dal crollo psicotico.

Innumerevoli sono i segnali che indicano questa tensione nel fine-analisi, come prodotto di un lunghissimo lavoro nascosto, spesso inesprimibile quanto sofferto, che inizia nel primo incontro. Consonanti mi sono sembrate, a questo proposito, le parole di Pontalis (1988): "Separarsi, disgiungersi dall'oggetto e da sé, staccarsi, è lo stesso che misurare incessantemente lo scarto tra la cosa posseduta e la parola che la designa e che, designandola, dice innanzi tutto che non è lì".

È il lavoro della madre, che deve accettare che il figlio cammini da solo, cogliendo l'attimo in cui è necessario dare fiducia, accogliendo l'angoscia ed i sentimenti di colpa, e mostrando come **l'indipendenza** dall'oggetto non può scambiarsi con **l'indifferenza** per l'oggetto, per riprendere la terminologia di Quinodoz. Con pazienti che portano inscritte dentro di sé relazioni primarie caratterizzate da oggetti soverchianti, simbiotici, questo passaggio può essere particolarmente lungo e doloroso, proprio in quanto implica la possibilità di riconoscere ed accettare **come propri** gli spazi di consapevolezza e di separatezza acquisiti, senza che ciò implichi la morte della relazione ed il proprio annientamento, e, come afferma Gaddini (1981), tollerare l'angoscia che accompagna il riconoscimento di essere separati per sempre.

È il lavoro del figlio, che soltanto in seguito alla interiorizzazione di un oggetto saldo ma sensibile, capace ma limitato, buono ma criticabile, vivo ma caduco, sarà in grado di pensare la propria capacità di auto-sostenersi. E allora porrà scoprire di avere una propria mobilità psichica ed insieme un sentimento di unicità che spinge alla ricerca di equilibri relazionali sempre nuovi, una consapevolezza della instabilità e del movimento, giocandoci, come colui che, come dice Quinodoz, "si lascia portare dall'onda su di un *surf,* accettando la dipendenza matura e nello stesso tempo la voglia

di perdersi nell'altro per poi ritrovarsi, in un gioco del rocchetto senza fine. Il lavoro analitico, permettendo all'individuo di affrontare il dolore di viversi come soggetto separato, dispiega così i suoi effetti lungo tutto l'arco della vita, promuovendo la consapevolezza della creatività della solitudine e, nello stesso tempo, del valore inestimabile dei legami.

Note

1. Una prima versione di questo lavoro è stata presentata in un Seminario della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica del dicembre 1995, dal titolo "In tema di separazione". Alla versione attuale ho volutamente quindi lasciato il carattere di una sintetica *messa a punto,* senza tuttavia allontanarmi, anche nel lasciare un tono 'discorsivo', dal mio desiderio di discutere in gruppo di questo tema, anche nelle suggestioni fornite dalla esperienza clinica.
2. Rank ne *Il trauma della nascita* (1924) e Ferenczi (1927) in *Il problema del termine dell'analisi,* avevano già sottolineato la necessità che il paziente pervenga a riprodurre totalmente il rapporto edipico nell'esperienza analitica, accettandone le conseguenze sul piano della separazione e della consapevolezza. In particolare, secondo Ferenczi, la conclusione dell'analisi è anche legata alla possibilità che il paziente, disinvestendo lentamente l'analista, realizzi la possibilità di superare il lutto transferale e l'angoscia di separazione conseguente la perdita dell'oggetto.
3. È soprattutto Bion (1963) a sottolineare l'andamento oscillatorio tra le due posizioni, piuttosto che il passaggio dall'una all'altra come effetto del processo psicoanalitico. Ed è proprio questa oscillazione che rappresenta, più in generale, un modello di funzionamento vitale della mente, in cui sono possibili integrazioni ed investimenti, che alimentano costellazioni intrapsichiche e relazionali sempre nuove e diversificate.
4. Nello stesso Seminario, Fiore (1995) affermava: "Mi sembra possibile ipotizzare che ogni individuo, dell'esperienza di fusione, separazione ed individuazione, si sia strutturato un mito personale, al quale si rifà costantemente, e che nel lavoro analitico si manifesta in tanti momenti, a tanti livelli di comunicazione, in forme assai diverse, ma soprattutto, in forma più chiara ed esplicita, nella produzione onirica".

Bibliografia

BALINT, M. (1936) Il fine ultimo del trattamento psicoanalitico. In: *L'amore primario.* Guaraldi, Firenze, 1973.

BION, W.R. (1963) *Gli elementi della psicoanalisi.* Armando, Roma 1973.

DE SIMONE, G. (1994) *La conclusione dell'analisi.* Borla, Roma.

GADDINI, E. (198l) Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. In: *Scritti.* Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

FERENCZI, S. (1927) Il problema del termine dell'analisi. In: *Fondamenti di psicoanalisi.* Vol. III. Guaraldi, Rimini 1974.

FIORE, M. (1995) *Rappresentazione onirica delle fantasie inconsce di separazione: quattro casi clinici.* Lavoro letto al Seminario della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica "In tema di separazione". Roma.

FREUD, S. (1917) Introduzione alla psicoanalisi. *OSF,* 8, 195-616.

FREUD, S. (1937) Analisi terminabile ed interminabile. *OSF*. 2, 499-540.

KLEIN, M. (1950) Sui criteri per la conclusione di un trattamento psicoanalitico. In: *Scritti.* Boringhieri, Milano 1978.

KLEIN, M. (1959) *Sul senso di solitudine*. In: *II nostro mondo adulto.* Martinelli Firenze 1972.

MELTZER, D. (1977) Guarire dall'analisi. In: *La comprensione della bellezza.* Loescher, Torino, 1981.

NISSIM, L., ROBUTTI A. (a cura di) (1992) *L'esperienza condivisa. Saggi sulla relazione analitica.* Raffaello Cortina Editore, Milano.

OGDEN, T.H. (1989) *Il limite primigenio dell'esperienza.* Astrolabio, Roma 1992.

PONTALIS, J.-B. (1988) *Perdere di vista.* Borla, Roma 1993.

QUINODOZ, J.M. (1991) *La solitudine addomesticata.* Borla, Roma 1992.

RANK, O. (1924) *Il trauma della nascita.* Guaraldi, Rimini 1972.

THOM, R. (1991) Salienza e pregnanza. In: AA. VV. *L'inconscio e la scienza.* Borla, Roma 1996.

WINNICOTT, D.W. (1962) I fini del trattamento psicoanalitico. In: *Sviluppo affettivo ed ambiente.* Armando, Roma 1970.

Riassunto

Il lavoro affronta il tema della conclusione del processo psicoanalitico, mettendo in luce l'evoluzione del concetto dall'ambito teorico pulsionale a quello relazionale, fino ai più recenti contributi teorico-clinici che vedono il tema come profondamente legato alle vicissitudini separative dell'individuo ed alla riattivazione ed elaborazione del processo del lucro. Alcuni sogni di fine analisi sottolineano aspetti clinici del tema, rimandando alla riflessione incorno agli obiettivi e ai limiti del trattamento psicoanalitico.

Summary

The conclusion of psychoanalytic treatment is approached in this contribution, first pointing out the evolution of the concept from the pulsional theory to the relationship-centered one. Also the more recent theoretical and clinical contributions are approached, which focus on separative vicissitudes and reactivation and working-through on mourning process. Brief end-analylis dreams are reported, stressing some clinical aspects of the theme, strictly related to the one of objectives and limits of the psychoanalytic treatment itself

LUISA PERRONE
Viale Nicola Fornelli 14
80132 Napoli

Istituzioni

ANNA FERRUTA

Le opere e i giorni. La relazione terapeutica con i pazienti cronici

La cronicità si presenta come un territorio sconosciuto, che determina un arresto del pensiero in chi si avvicina. I generosi sforzi di rinnovamento cresciuti dopo la Legge 180 sembrano impallidire di fronte al profilarsi dell'ombra purtuttavia presente della cronicità. Spesso anche le esperienze di cura di psicotici condotte con un orientamento psicoanalitico (pensando in termini psicoanalitici e parlando in termini quotidiani, come suggerisce Racamier) sembrano trovare nel contatto con la cronicità un fattore di caduta di una pur generosa illusione.

Talvolta, tuttavia, vengono descritte esperienze (Ferro-Gaddini-Riefolo, 1994) che indicano nella cronicità, invece di uno stato di non vita psichica, una forma di relazione, che mette in una difficoltà particolare i terapeuti.

Vorrei cercare di approfondire di che natura sia la relazione che si stabilisce tra pazienti cronicizzati e terapeuti a rischio di cronicizzazione.

Il gruppo dei terapeuti e il "transfert di esistenza"

I pazienti cronici manifestano un bisogno di sicurezza che si esprime nella tendenza alla stasi e all'immobilità; la risposta controtransferale dei terapeuti è di fuga da questa condizione mortifera e di ricerca di risposte concrete, di "soluzioni", che spesso hanno l'intenzione di alleviare un senso di chiusura intollerabile. Tuttavia i terapeuti rischiano di chiudere i pazienti in cerchi sempre più limitativi, nell'illusione di trovare la risposta di vita pratica giusta per quel paziente. René Diatkine e Florence Quartier-Frings (I99 1) osservano: "Quando l'organizzazione psichiatrica non oppone un diniego sistematico alla ricerca fondamentale del paziente, che è quella comune a ogni essere umano, di essere riconosciuto, quando il lavoro delle équipes è organizzato in modo che la posizione di ciascuno possa essere modificata da quella degli altri, dei cambiamenti psichici possono avvenire. Sentendosi il paziente riconosciuto, lo scambio che si instaura tra lui e i terapeuti gli fa percepire i loro movimenti a suo riguardo" (p. 261-2).

La prima esigenza del paziente da salvaguardare è quella di essere riconosciuto, anche all'interno della condizione "a statuto speciale" della cronicità.

Uno strumento è la ricerca della possibilità di condividere provvisoriamente la dimensione cronica, atemporale, vuota, che il paziente sembra proiettare sui terapeuti, senza scrollarsela di dosso e ributtarla sul paziente sotto la forma di definitive soluzioni di vita. La parola "definitivo", "per sempre" dovrebbe essere momentaneamente messa tra parentesi, sospesa, nell'ipotesi che faccia parte di una massiccia proiezione del mondo interno del paziente, alla disperata ricerca di una stabilità del sé, ipotizzata possibile solo nell'irrigidimento di ogni movimento emotivo. Succede allora che proposte di stabilità (un appartamento proprio, una comunità) vengano percepite come terremoti destabilizzanti, e risoluzioni di accettazione della stasi (una gestione farmacologica di routine) come condanne alla morte psichica.

La possibilità di vivere con il paziente questo stato riguarda sia il rapporto terapeutico individuale che il gruppo dei terapeuti stessi.

Nella dimensione individuale può essere difficilmente sopportabile interrogarsi con il paziente sulla sua vita senza puntare a soluzioni precise, vivere questa dimensione di temporalità sospesa che non ricerca la risposta evacuativa, ma che riconosce un bisogno di mobilità infinitesimale, che non determini uno squilibrio nel fragile sistema di sopravvivenza.

Nel corso di una psicoterapia individuale a frequenza settimanale con un paziente cronico, la mia condizione di pensare al paziente in modo continuo e variabile, senza puntare a evoluzioni o soluzioni, ma in uno stato di attesa, viene sottoposta a una tensione particolare. Si tratta di un paziente che vive da solo ma va a mangiare dai genitori, ha un suo delirio di cui preferisce non parlare, ma, nonostante l'apparente adattamento, non può inserirsi nella società. Ha quasi quarant'anni, ha avuto diciotto ricoveri ed è seguito da diciassette anni. L'interesse continuativo che sente ho per lui si scontra con la discontinuità degli incontri, che gli appare intollerabile, un terremoto, che sollecita in me il desiderio di fornirgli risposte concrete a corto circuito (che cosa posso fare? Ricovero, trattamento solo farmacologico, rinuncia al rapporto?). Mi chiedo se è possibile, di fronte all'atemporalità e impenetrabilità del paziente, che si sente sicuro se esiste solo lui e che avverte ogni esperienza altra da sé come minacciosa, fare posto a un'esperienza diversa, interlocutoria, come quella dei colloqui a scansione regolare, in una temporalità non annichilente la sua esile consistenza. Mentre cerco di sopravvivere nel colloquio, il paziente, furibondo, mi dice: "Quando starà per morire, si ricordi di stringere i denti". Nell'esperienza della seduta, tenuta in sospeso tra la vita e la morte, egli introduce un pensiero sulla mia morte, per farmi fuori come altro da sé che lo destabi-

lizza perché non lo pensa sempre, ma insieme pronuncia una frase che temo mi resterà impressa nella memoria. Penso "per sempre", e mi angoscio all'idea che la cura di questo paziente cronico abbia fatto insinuare nella mia mente qualcosa che vi resterà "per sempre", penso che mi sono presa dentro qualcosa di indelebile che gli appartiene e che nel momento della mia morte mi ingombrerà, invece di altre immagini, più affettive o più dolorose. Poi, nel redigere questo lavoro, la sequenza mi viene in mente, e, forse, raccontandola, la potrò dimenticare e non portarmela cronicamente appresso al momento della mia morte.

Ecco, questa situazione clinica mi sembra descriva la difficoltà del prendersi cura della cronicità: si è stretti tra la consapevolezza di dovere dare al paziente riconoscimento e stabilità, e insieme un certo movimento psichico sopportabile, che non provochi una reazione di distruzione dell'altro perché minaccioso e inaffidabile. Mi chiedo se è sostenibile questo lavoro di piccole variazioni, di una temporalità che si misura su battiti del cuore, sul transfert di esistenza. Nel trattare con i cronici, la pressione con cui chiedono il riconoscimento di esistenza può essere modulata con una scansione temporale minima, con un "battito" della relazione che conservi alla vita mentale un minimo di mobilità, talvolta costituito solo dallo scambio che avviene in seduta.

Uno strumento possibile è costituito dall'interrogarsi sul paziente nel gruppo di tutti i terapeuti e gli operatori: spesso si pensa che valga la pena discutere di un caso quando presenta prospettive evolutive, mentre, quando lo si ritiene cronico, ci si orienta verso la ricerca di soluzioni pratiche, di "cose", allo scopo di risolvere qualche problema di vita del paziente, "per sempre" (un domicilio, un inserimento sociale, un sussidio, ecc.). All'interno di questo discorso, per "cose" intendo risposte concrete a richieste precise e manifeste, risposte di cui non si valorizza il significato all'interno di un rapporto relazionale, in una sorta di voluta collusione con l'esasperata richiesta di stabilità del paziente, per il quale il mondo dei significati relazionali, di per sé mutevole, nella vitale risignificazione retro attiva del corso della vita, è sentito come troppo destabilizzante.

Si tratta invece di far vivere il paziente nel gruppo degli operatori, in un'apertura minima della temporalità e mobilità, valutando sulla base delle reazioni controtransferali del gruppo l'oscillazione tra esigenze di stabilità e di riconoscimento da un lato, ma di solitudine e sospensione del rapporto con le persone, a favore di quello con le "cose", dall'altro. È un modo di lavorare che esprime la difficoltà della vita mentale del paziente, che si trova continuativamente in questa condizione. Si oscilla tra morte e vita che si confrontano quasi senza mediazioni: quanto resistiamo senza una vitalità di gruppo, che ci permetta di non intrudere nella mente del paziente e insieme di non essere sopraffatti dalla noia e dalla condizione inanimata del pensiero? Occorre creare un'esperienza

discorsiva nel gruppo a proposito del paziente, per capire se e come farsi avanti come terapeuti o lasciare andare avanti le cose. Il bisogno di riconoscimento è così forte, che, quando si realizza ad opera dell'altro, quasi contestualmente il soggetto, appena riconosciuto e ritornato vitale, collassa di fronte al salvatore (come nel film *Il coraggio* con Totò, salvato da un suicidio nelle acque del Tevere da Gino Cervi, che impone al salvatore di mantenere lui e la sua famiglia perché la decisione di essere salvato non è stata sua). Si può qualificare questa come una temporalità minima, invece che cronicità immobile e senza vita. Molto dipende dallo sguardo del terapeuta che mantiene vivo il mondo mentale del paziente, che si è lasciato salvare.

Quale temporalità: quella della rianimazione

Un esempio clinico può essere utile per approfondire l'argomento. Si tratta di un paziente in analisi da quattro anni, che funziona un po' come un automa: lavora, vive per conto suo, si lamenta di non avere amici e una ragazza. Le sedute spesso sono faticose: non ha nulla da dire, se non qualche accenno alla stentata routine quotidiana e ai lamenti di non riuscire ad avere emozioni e iniziative. A lungo nel controtransfert mi sembra di fare un lavoro di rianimazione, come un soffiare dentro al paziente una vita affettiva e una mobilità mentale. Tuttavia i miei interventi, sia pure condotti con grande cautela, non producono animazione, ma spesso al contrario irrigidimenti. È evidente che si ripete la relazione con il padre, che il paziente stesso accusa di sostituirsi a lui, comprandogli le cose al suo posto o curandosi dei suoi oggetti. La reazione è talvolta di rabbia (per la sua bicicletta che il padre lega con una catena perché i ladri non la portino via), talvolta di accusa rivendicativa (il padre non gli ha mai presentato una ragazza da frequentare, il che gli avrebbe risparmiato la fatica del cercarla). Con sorpresa, dopo quattro anni, lo ascolto raccontarmi che ha deciso di frequentare un corso di volontariato per le ambulanze nel quale affronta le prove pratiche di rianimazione, con respirazione bocca a bocca e massaggio cardiaco. Questo mi sembra confermare il fantasma presente nel nostro rapporto: poche cose sono accadute in questi quattro anni, il senso di una relazione viva è stato continuamente minacciato di collasso. La scena della respirazione artificiale descrive bene la condizione relazionale e mentale di questi rapporti tra la vita e la morte psichica: sono persone che, senza l'intervento di un oggetto fuori di loro non riescono a funzionare, a mettere in moto il respiro della mente, ma appena questo funzionamento mentale si è riattivato, pensano di saper funzionare autonomamente e l'intervento dell'altro è percepito come oppressivo, soffocante, minaccioso. Il tempo che trascorre tra l'intervento necessario di rianimazione e la sospensione di questo, il ritrarsi, il non pretendere, da parte del terapeuta, riconoscimento e gratitudine, è breve, ma è pure un

tempo, difficile da pensare e da riconoscere. L'intervento del rianimatore rapidamente trascolora in un tentativo di furto della vita e del pensiero (la bicicletta), in un'immobilizzazione, in una sostituzione diretta e traumatica.

L'esempio clinico mi è di aiuto a pensare a questa forma di rapporto impossibile, in cui la cronicità si insinua tra la vita e la morte: ad essa occorre fare tempo, creando un intervallo, in cui l'intensità dell'approccio sappia unirsi alla brevità del tempo condiviso.

Modell (1990), parlando di pazienti schizoidi, approfondisce questa modalità di relazione: "La vicinanza agli altri minaccia l'esistenza e la continuità del Sé, ma il ritiro può condurre a un senso di morte del Sé che, se non viene alleviato, può minacciare l'attaccamento dell'individuo alla realtà... Per questi pazienti, l'interezza e l'integrità del loro senso del Sé è minacciata dall'esposizione, dalla condivisione e dalla comunicazione di un sentimento genuino. È come se il nucleo del loro essere fosse preso in ostaggio dalla risposta dell'altro. [...] Da adulti, questi pazienti credono che la condivisione di sentimenti intensi provochi l'annichilimento del Sé (118-120)".

Queste situazioni mettono i terapeuti in una particolare contraddizione: i pazienti fanno capire che da soli non possono sopravvivere, specie mentalmente, e quindi segnalano un intensissimo bisogno dell'oggetto, ma quasi contemporaneamente sentono nell'oggetto la principale minaccia alla propria sopravvivenza psichica: l'oggetto ruba i pensieri, pretende di penetrare nella mente e di sostituirsi al soggetto, e di insediarvisi per sempre. Sono pazienti che pretendono di installarsi nella nostra mente, come il primo caso di cui ho parlato, e che quindi ci inducono a sbarazzarcene, a scrollarceli di dosso, confinandoli nel mondo delle soluzioni pratiche, liberate da uno specifico significato relazionale. Al terapeuta viene richiesto un ruolo di grande responsabilità. Racamier (1992) parla di un lavoro che non consiste solo nel rinnovare: *"Encore fautil insuffler une vie, et que tout le monde, à sa place, y participe"* (p. 35). "Occorre ancora soffiarvi dentro una vita, e che tutti vi partecipino al suo posto" e poi di assentarsi dalla mente del paziente, di sparire, di assecondare la sua difesa che consiste nel cancellare la traccia dell'altro nell'altro da sé. Si tratta di un compito che solo un gruppo può svolgere, per fornire continuità umanamente possibile e insieme mantenere una propria capacità di sopravvivenza psichica.

Che tipo di sostituzione si opera? Che tipo di trasformazione - da oggetti relazionali in cose - possiamo realizzare? Che qualità temporale utilizzare?

La difficile autonomia dell'oggetto

La sostituzione del respiro mentale del paziente penso comporti una faticosa elaborazione controtransferale: c'è un bisogno che l'oggetto esista indipendentemente dalla conferma gratificante del soggetto, perché questi possa raggiungere quel punto di massima distruttività di cui parla Winnicott (1968), quando viene verificata l'autonomia dell'oggetto rispetto non solo alla distruttività, ma anche al desiderio, all'indifferenza, al ritiro. L'affermazione dell'esistenza della realtà esterna e della sua separatezza ha un valore terapeutico. Di fronte a una pressante esigenza di rianimazione, il muoversi del terapeuta, che non necessita di una condivisione emotiva a valore relazionale, sulla base di una propria convinzione, è di grande difficoltà: anima angosce non solo di intrusione, ma fantasie di trasmettere la morte invece della vita. È una condizione limite: quanto più il terapeuta è chiamato a intervenire per rianimare il paziente, a sostituirsi a lui nelle funzioni più vitali quali il respiro della mente, tanto più egli deve sentirsi autonomo rispetto al suo personale bisogno che il paziente gli rimandi segni di riconoscimento e di rapporto condiviso. Questo tipo di relazione richiede un alto grado di separatezza da parte dell'oggetto, una vitalità interiore che non venga alimentata dal bambino-paziente, ma da altre fonti, forse di tipo sessuale-coniugale. Al contrario, la cura dei pazienti cronici spesso viene sollecitata proprio nei terapeuti più portati a condividere, a convivere col paziente, che diventa a sua volta per loro l'oggetto che ha un'esistenza autonoma e indipendente dai loro sforzi terapeutici, l'oggetto indistruttibile, autonomo, di cui hanno bisogno.

Questa modalità di rianimare il soggetto credo richieda all'oggetto una capacità di respirare, che può essere fornita solo dalla presenza di un gruppo di lavoro che alimenti questa capacità di vita mentale e di unione intima e condivisione con qualcuno che non sia il paziente. Diversamente, si finirà per usare il paziente come ossigeno.

Si apre qui una riflessione su un dibattito che è ben lontano dall'esaurirsi, relativo all'incontro tra il bambino e l'ambiente: è il problema della qualità della risposta da offrire, basata su riconoscimento, rispetto dell'esistente come altro da sé e quindi anche come soggetto di desiderio e di incontro potenziale. La domanda che possiamo porci è sempre relativa alla necessità di fare scelte continue, insopportabile per i pazienti cronici, ma alla lunga anche per i terapeuti che ne stanno a stretto contatto e che vengono contagiati da questa fatica di fare scelte minime, che non compromettano la stabilità dell'essere ma che ne garantiscano un minimo di respiro.

Le "Cose" utilizzate come oggetti transnarcisistici

Spesso i pazienti cronici preferiscono ricevere risposte concrete, slegate da un rapporto interpersonale, piuttosto che avere relazioni con persone che li aiutano a fruire di cose, perché l'elemento che viene ricercato è quello della continuità del soggetto, che aspira al possesso di un oggetto che non gli sfugga, che gli appartenga veramente. Le risposte che ricevono i pazienti credo che non appartengano allo statuto delle cose inanimate di cui fruiamo per soddisfare le necessità della vita quotidiana (il pane, il tram, ecc.), tutte importanti, talvolta colorate di un alone affettivo, ma da consumare. Altro ancora sono gli oggetti transizionali, reali ma con un significato creato dal soggetto, inseriti in un percorso di separazione dalla madre verso l'individuazione. Se i pazienti cronici riescono a prendere delle cose concrete, credo che il discorso da fare sia diverso: talvolta osserviamo che le stesse risposte pratiche sono state da loro più e più volte rifiutate e a un certo punto prese.

Penso che la capacità di offrire "cose" che i pazienti possono prendere richieda una cura artigianale, e che ci sia qualche analogia con la funzione psichica svolta per ciascuno di noi dagli oggetti artistici. Sono anch'essi cose fisiche: tele, colori, marmi, suoni. Ciascuno è convinto tuttavia che non siano solo costituiti dalla concretezza dei materiali e dell'esperienza sensoriale che offrono, ma che posseggano, incluso nella loro materialità, un potenziale comunicativo umano che viene da un altro. Ma l'altro è assente, e l'oggetto artistico ne è svincolato: ha una sua esistenza che può essere posseduta da una persona che non ha mai conosciuto l'artista, che non è al corrente della sua vita e del suo pensiero. È di un altro, ma è come se fosse suo: può essere posseduto, controllato a piacere, non solo sul piano della proprietà, ma anche su quello emotivo (ad esempio: "la Nona è mia"). Queste cose possono essere possedute e controllate come proprie anche perché sono di un altro che è assente e che le crea proprio per essere assente. Green (1992) parla dell'opera d'arte come di un oggetto transnarcisistico: presuppone il rifiuto del mondo e insieme ha bisogno del mondo; l'opera d'arte fa del destinatario la sua condizione di esistenza, lo sguardo sull'opera è il vero padre di essa, il suo motore immobile. Il transfert è quello non dall'artista al fruitore, ma quello del narcisismo del creatore su un oggetto che gli permette di unirsi al narcisismo di un altro e che per questo può essere designato come transnarcisistico.

Green, commentando *Gioco e realtà,* osserva che Winnicott (1966) postula il concetto di un elemento femminile puro, non mitigato da quello maschile: "Egli ne deduce che la madre è quella che "insuffla" al bambino il desiderio di vivere, con un processo analogo a quello che io descrivo come transfert di esistenza nella creazione artistica l'opposizione classica, che la psicoanalisi riprende al seguito della filosofia, tra essere e avere, diviene, secondo Winnicott, antagonismo tra es-

sere e fare, senza tuttavia che si possano assimilare fare e avere, anche se avremmo più di una ragione per sostenerlo. Un aforisma di Winnicott lo riassume: *"After being - doing and being done to. But first, being"*.

Il tipo di rapporto richiesto a chi offre ai pazienti "cose" può avere con questo qualche analogia, può rappresentare un investimento narcisistico sulla cosa offerta come cosa artigianalmente prodotta dall'operatore per riunirsi al narcisismo di un altro. Invece succede che il disinteresse del paziente nei confronti del terapeuta, la mancanza di un transfert oggettuale, faccia da ostacolo a identificare la possibilità di questo incontro. In questo senso Green descrive l'oggetto artistico come un oggetto transnarcisistico, che crea un incontro in assenza dell'altro. Questo territorio degli oggetti dell'arte è chiamato da Green *no man's land,* una terra di nessuno, una terra senza esseri umani, nella quale tuttavia possiamo sostare senza sentirci del tutto isolati.

È troppo azzardato pensare che le "cose" offerte ai pazienti cronici possano svolgere una funzione analoga a quella degli oggetti artistici in quanto concrete e create dai terapeuti per il loro destinatario ma predisposte a essere in assenza del creatore? Che appartengano alla dimensione dell'essere piuttosto che a quella dell'avere e del fare, anche se appaiono come avere una casa, fare un'attività? Nel nostro caso l'attenzione può essere rivolta a ricercare la cosa adatta a quel paziente in quel dato momento, rassegnandoci a non essere presenti nel suo mondo, che è costituto da quella *no man's land* in cui le cose non si muovono, ma possono essere dotate di un minimo battito vitale. Forse il paziente prende le cose quando si sente, attraverso di esse, riconosciuto come esistente. Del resto mai abbiamo detto che le opere d'arte sono croniche, ma classiche, fornite di entrambi i requisiti di continuità e di vita, di solidità e insieme di ispirazione, di un respiro fornito alla mente del soggetto umano.

Questo ci rimanda al carattere etico della comunicazione a ispirazione psicoanalitica: non proiettiva, non ingiuntiva, non colonizzatrice, ma di riconoscimento e di espansione delle emozioni e dei pensieri, costruttiva.

La scissione tra il tempo e le "cose"

L'approfondimento fatto da Modell (1990), nel suo libro, che non a caso in inglese si intitola *Other times, other realities,* intorno ai meccanismi della coazione a ripetere, del transfert e della continua ritrascrizione nel transfert, ci dice qualcosa in proposito. Egli ritiene che le due esperienze del tempo, quella del tempo lineare che scorre inevitabilmente *(cronos)*, e quella del tempo ciclico umano, relativo alle intenzioni personali *(kairos)* siano due modi di affrontare l'esperienza simulta-

neamente presenti. L'Io è una struttura impegnata nella elaborazione e riorganizzazione continua del tempo. Con Winnicott (1935), individua nella difesa maniacale una fuga dalla realtà interna: i ricordi, specie dolorosi, vengono negati e l'individuo si taglia fuori dai ricordi del passato e dagli interessi per il futuro, attestandosi nel mondo dell'eterno presente: "C'è un'enfasi sulla 'cosalità' delle cose, recise dalle loro associazioni affettive" (p. 91). Ogni esperienza transferale tiene conto di questi livelli di tempi e di realtà diversi, non è mai ripetizione statica, ma è anche ritrascrizione delle categorie del passato nel presente del rapporto terapeutico in atto. Con i pazienti cronici appare in evidenza la ripetizione e meno la ritrascrizione come forma di azione simbolica, che non dovrebbe solo ripetere il passato ma padroneggiare la situazione attuale ricorrendo alle categorie affettive del passato che così vengono rilette e percepite in modo in parte nuovo. Con questi pazienti è particolarmente difficile cogliere livelli multipli di temporalità e ritrascrizioni, per l'intensità dei meccanismi proiettivi che espellono il movimento e l'instabilità nei terapeuti. D'altra parte, mentre per predisporre le condizioni per fruire di uno spazio mentale (Ferruta-Galli-Loiacono, 1994) siamo aiutati dagli ambienti fisici (un Centro Diurno), per favorire l'esperienza di una temporalità vivibile abbiamo più difficoltà a trovare strumenti utili. Il tempo è una dimensione solo psichica e relazionale e spetta ai terapeuti crearla e tenerla viva nella loro mente, aprendole una strada nell'intrico delle proiezioni "per sempre". I terapeuti, interrogandosi sul paziente in gruppo, introducono una dimensione temporale che sospende momentaneamente la necessità della risposta immediata che chiude ogni tempo di vita. Riescono a occuparsi del paziente, ma anche a non essere unicamente occupati dalle proiezioni che egli colloca in loro, come avviene quando si è invasi da violente minacce suicidarie. La musica che vive della temporalità aiuta a comprendere il problema. In alcune sequenze musicali il passaggio tra i sentimenti di vita e di morte è subitaneo: questi calano nella mente dell'ascoltatore come dei rapaci che lo sottraggono a ogni mediazione temporale. Il passaggio, per quanto rapido, richiede tuttavia un tempo di sequenza musicale che ci risveglia violentemente dall'idillio atemporale. Ci ritroviamo nell'ambito della rianimazione: i tempi istantanei dell'intervento necessario, seguiti da un cambiamento che sembra avvenuto fuori del tempo e che ci ripropone la permanenza delle cose. Sembra di nuovo che il tempo non esista e che tutto sia "per sempre".

Un esempio clinico: un paziente cronico ben compensato, da dieci anni ospite di una struttura psichiatrica residenziale, ha la "ventura" di vedersi assegnata la casa popolare. Alcuni operatori ritengono necessario il passaggio immediato per non perderla, altri non vorrebbero disturbare il tranquillo rifugio del paziente, che invece afferma di volere andare nella casa. Il transito dalla "villa se-

rena" alla "casa popolare" sembra impensabile, non ammette elementi di mediazione. Oltre a predisporre utili provvedimenti pedagogici (accompagnamenti, gradualità, ecc.) gli operatori sono cimentati a confrontarsi con il mondo interno del paziente, un mondo delirante, in cui egli è un mago venuto da altri pianeti, governati da una divinità solo buona. Forse occorre fornirgli un passaggio dal suo mondo al suo mondo: per lui non si tratta di realizzare un migliore contatto con la realtà esterna andando a vivere nella casa popolare (vive benino: ha una pensione, un lavoretto, è abbastanza autonomo), ma di accedere a gradi minimi di temporalità. Il suo mondo delirante è immune rispetto al flusso del tempo e il passaggio deve avvenire non tanto da una reggia a un tugurio, perché la sua reggia interna è sempre a sua disposizione, ma dall'eterno presente a una ritrascrizione della sua esperienza in una certa temporalità. Il problema non è quello di uno spazio intermedio, ma quello di riuscire a mantenere una condizione sospesa tra la realtà interna ed esterna, che possiamo descrivere come un certo tempo, come quello che intercorre tra due sequenze musicali "assolute".

Come fare a rendere esperibile un tempo tra un mondo interno assoluto e le cose concrete della vita isolate rispetto a un contesto relazionale? L'attimo fuggente del passaggio penso sia vivibile nella mente dei terapeuti, che parlando in gruppo del paziente lo dilatano e gli offrono una possibilità di esistenza. Certo, questo avviene attraverso una scissione tra le opere e i giorni, come recita il poema di Esiodo, relativo alle prime esperienze dell'umanità. Nonostante i necessari provvedimenti di scansione temporale che occorre introdurre nella cura dei cronici (accompagnamenti, intervalli, attese, controlli, ecc.) credo che la scissione tra l'esperienza del tempo, fatta dagli operatori, e l'esperienza delle cose, fatta dai pazienti, sia utile, per non intaccare le esigenze di stabilità e integrità del Sé e per offrirgli una possibilità sopportabile di cambiamento. Ma dobbiamo chiederci quanto resistiamo noi terapeuti a vivere in questa condizione mentale: il lavoro con i cronici richiede anche una alternanza frequente tra gli operatori. Diatkine (1991) osserva che rispetto alla staticità delle esperienze psicotiche, tese verso l'oggetto narcisistico assoluto che non si troverà mai, esperienze psichiche successive potranno forse dare agli oggetti un posto in uno svolgimento temporale, come anche una capacità di trasformarsi e generare altri oggetti, ma si rende conto che questa modalità di descrivere i fenomeni psichici, attenta alle esperienze che si organizzano nel tempo, non è congruente con la concezione di differenti parti della personalità che possono trasformarsi (infantile-adulta, sana-malata). Ma anche "nell'attività psichica più evoluta, più creativa, la parte allucinatoria primitiva è presente. È lei che permette sia l'apparizione delle formulazioni estetiche del mondo, come l'artista le crea, sia le più sottili scommesse scientifiche. È lei che dà sapore alla vita quotidiana" (p. 282). Non è facile pensare che alcuni cambiamenti (dalla villa serena alla casa popolare)

abbiano il significato di vivere un'esperienza di temporalità, piuttosto che costituire un cambiamento del rapporto con l'oggetto narcisistico assoluto, che il paziente può continuare a mantenere, sia pure in modi rinnovati.

Bibliografia

DIATKINE, R, QUARTIER FRINGS, F., ANDREOLL, A. (199) *Psychose et changement.* PUF, Paris.

FERRO, F.M., GADDLNI, A., RIEFOLO, G. (1994) Del buon uso delle *Cose* nella terapia della cronicità. In: *Atti del Congresso della Società di Psicoterapia Medica.* Lucca.

FERRUTA, A., GALLI, T., LOIACONO, N. (1994) *Uno spazio condiviso.* Borla, Roma.

GREEN, A. (1992) *Slegare.* Borla, Roma, 1993.

MODELL, A.H. (1990) *Per una teoria del trattamento psicoanalitico.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.

RACAMIER, P.C. (1992) Un foyer de cure psychothérapique. In: Vidon, G., Goutal, M. (a cura di) *L'hébergement thérapeutique.* Erès.

Winnicott, D.W. (1935) La difesa maniacale. In: (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi.* Martinelli, Firenze, 1975.

WINNICOTT, D.W. (1966) Gli elementi scissi maschili e femminili che si possono trovare negli uomini e nelle donne. In: (1971) *Gioco e realtà.* Armando, Roma, 1974.

WINNICOTT, D.W. 1968) L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso le identificazioni. In: (1971). *Gioco e realtà.* Armando, Roma, 1974.

WINNICOTT, D.W. (1971) La creatività e le sue origini. In: *Gioco e realtà.* Armando, Roma, 1974.

Riassunto

Il lavoro affronta il tema della cronicità del funzionamento psichico mettendone in luce il carattere di modo di entrare in relazione. Si tratta di una modalità che mette al primo posto esigenze di stabilità e di riconoscimento del soggetto, a scapito dei movimenti relazionali, sentiti come minacciosi e destabilizzanti.

Vengono illustrati due esempi clinici, uno di psicoterapia psicoanalitica in ambito istituzionale, l'altro di analisi classica, nei quali l'esigenza "cronica" di stabilità viene affrontata con tecniche temporali che temano di attivare una embrionale vita psichica.

La modalità relazionale attivata è descritta come "transfert di esistenza" e il bisogno di possedere oggetti concreti, cose, è rappresentato come ricerca di oggetti transnarcisistici.

Summary

The paper deals with the topic of chronicity in psychic life: the hypothesis is that it can be a particular way of relating to other people. Chronicity places the subjects need of stability and acknowledgement in the first place, instead of the movement of relationships, which is felt as threatening and dangerous.

Two clincal cases are shown, one in psychotherapy, another one in classical analysis: the need of stability is reached through the management of temporality, producing a native psychic life.

This particular way of relating is called "transfert of existence"; the need of being in possession of concrete objects is named "search for transnarcissistic objects".

ANNA FERRUTA
viale Bianca Maria 5
20122 Milano

FRONTIERE

ALBA GASPARINO

L'Androgino: un meccanismo di difesa in Salvador Dalì*

> *"Le forze mitopoietiche dell'umanità non sono esaurite, ma ancor oggi generano, nelle nevrosi, gli stessi prodotti psichici del più antico passato".* (Freud, 1911, p. 406).

I miti racchiudono un'inesauribile ricchezza e permettono alla psiche sia di esplorarla che di mobilitarla. In questo senso, nella vita e nell'opera figurativa e letteraria di Salvador Dalì vi sarebbe un delirio latente in relazione con il mito dell'androgino. Delirio di "completezza", che l'artista utilizzerà come potente meccanismo di difesa di fronte all'angoscia di castrazione. Dalì costruirà da solo o insieme con Garcia Lorca o con Gala, sua moglie, un delirio megalomanico: avere un corpo unificato nel quale la "castrazione" non possa esercitare nessun effetto. Una tale completezza avrebbe evitato ogni possibilità di distruzione e gli avrebbe inoltre assicurato l'immortalità. Il pittore catalano confermerà il grande valore che per lui avevano il mito e l'immaginazione fin dalla sua infanzia, dicendo "... in seguito mi è stato impossibile capire quando inizia la realtà e finisce l'immaginario" (Salvador Dalì, 1949 p. 43).

Nel *Dialogo sull'amore "Simposio"* di Platone, Aristofane ha il compito di fornire nuove prove sull'universalità dell'amore. Il filosofo immagina una strana mitologia: "Dapprincipio vi erano tre generi di uomini [... oltre] il maschio e la femmina... ce n'era, poi un terzo che partecipava di entrambi i precedenti: l'androgino [...] l'aspetto di ogni uomo era in tutto tondeggiante, con dorso e fianchi circolari, quattro mani e altrettante gambe e su un collo rotondo, due volti in tutto simili; e con una sola testa per entrambi i volti rivolti in senso opposto, e quattro orecchi e due organi genita-

* Il presente articolo è una versione ridotta di una ricerca più ampia sul tema del narcisismo. Alba Gasparino è Medico psicoterapeura psicoanalista. Membro ordinario della Società Spagnola di Psicoterapia di Gruppo e di Psicoanalisi (EGPA). Membro ordinario FEAP: Federazione Spagnola Associazioni di Psicoterapia e Federazione Europea. Membro ordinario dell'Associazione Europea di Neuropsichiatria. La traduzione dallo spagnolo è di Maria Mosca.

li..." (p. 69). Quando si amavano non potevano generare, ma lasciavano cadere un seme dal quale poteva nascere un figlio[1]. Questa razza d'uomini, aveva "forza e vigore terribili e avevano un atteggiamento altero, tanto da assalire gli dèi [e ...] tentarono di scalare il cielo". Allora Zeus, sentendosi minacciato dal loro potere, decide di punirli tagliandoli a metà[2].

Il terribile dio cercò di umiliare i colpevoli, collocando le loro facce dalla parte del taglio. Così guardandosi non avrebbero dimenticato la causa della loro punizione. Non avrebbero neppure potuto mai procreare, erano destinaci all'estinzione. Così da allora in poi ogni parte cercò la sua metà, e incontrandosi si abbracciavano con tanta ardente passione che si lasciavano morire. Finalmente Giove, impietosito dagli androgini, gli spostò nella parte anteriore gli organi genitali per rendere possibile la riproduzione. Da allora in poi, si sono potuti unire soltanto gli individui di sesso diverso. Quelli dello stesso sesso, la società tenta di separarli, ma ciò nonostante l'amore nato tra loro dalla precedente unione, restò vivo per sempre.

È evidente che qui Platone trasforma i valori reali in simbolici e nel contempo permette agli umani di condividere con gli dei la condizione dell'androgino. Il mito suggerisce che il primato dell'amore nell'essere umano, nasce dall'armonia tra i contrari o dall'unione dei simili, sotto la spinta del desiderio di unità. La caratteristica essenziale degli esseri perfetti sarà l'armonia tra gli opposti, cioè senza tagli, formula mitica della totalità.

Mircea Eliade (1993) spiega che l'androginia è una forma arcaica di doppia unità divina e che è stato il pensiero magico religioso a spostarlo sul biologico prima che nel teologico o nel metafisico. Per spiegare il fenomeno della coincidenza degli opposti e della ricerca di un'unità, l'autore propone lo studio dei simboli, teorie, credenze e cosmogonie che aiuteranno a spiegare la creazione, dalla frammentazione di un universo primordiale. In conclusione, ritiene che i riti dell'androgino come quelli d'androginizzazione, oltrepasserebbero la comprensione razionale, riguardando, piuttosto, i sentimenti religiosi[3].

Freud, in *Il problema economico del masochismo* (1924, p. 6, 14), ha scritto che il principio del Nirvana è espressione della pulsione di morte. E per spiegare l'istinto sessuale, ci porta alle origini della creazione, al bisogno di "tornare allo stato anteriore", cioè a quello della bisessualità come stato da ristabilire. Curiosamente, per fare un esempio di questa condizione imprescindibile della sessualità, utilizza il mito cosmologico di "Atman"[4] (Freud 1920, p. 243): "Era in realtà grande come un uomo e una donna abbracciati. Il (Brahma) divise questo Atman in due parti; da essi nacquero marito e moglie" perciò la coppia umana "simbolicamente rappresenta sempre la tensione verso la unione di due parti separate di fatto" (Cirlot, 1996 p. 67).

Va poi ricordata, una lettera di Freud al suo amico Fliess (1411-1897, Freud 1887-1904, p. 313): "Era il 12 novembre 1897, il sole si trovava esattamente nel quarto orientale, e Mercurio e Venere erano in congiunzione (...) No, gli annunci di nascita oggi non iniziano più così". Dadoun (1997) mette l'accento su alcuni particolari della lettera, come ad esempio che quel giorno Freud soffrì d'emicrania (del lato sinistro) e uno dei suoi figli perse un dente[5]. In queste parole Dadoun avverte nell'organizzazione teorica freudiana fantasie di "nascita" del concetto di bisessualità. Sappiamo, inoltre, che Mercurio e Venere sono gli equivalenti latini di Ermes e Afrodite: dall'unione dei loro nomi nasce quello di Ermafrodito considerato simbolicamente, in questo caso, come il rappresentante della bisessualità.

È opinione comune che dal punto di vista costituzionale gli esseri umani avrebbero disposizioni sessuali sia femminili che maschili. Per Freud (1929), questo concetto pone dei dubbi perché non si può mettere in relazione con la teoria delle pulsioni. Per spiegare ciò sarebbe necessario distinguere le differenze nel binomio femminile/maschile secondo il punto di vista dell'osservatore: biologico, psicologico o sociologico. Vi è inoltre il concetto che in ciascun individuo qualunque sia il sesso, esistono pulsioni maschili e femminili e che sia l'una che l'altra possono diventare inconsce attraverso la rimozione. In studi posteriori, Freud (1937) segnalerà l'importanza del "complesso di castrazione" e il primato del "fallo" sia per gli uomini sia per le donne, cosa molto difficile da armonizzare con la bisessualità biologica (Laplanche, Pontalis 1967).

Per migliorare i nostri propositi dobbiamo forse definire i caratteri differenziati dell'Androgino e dell'Ermafrodito: il primo conterrebbe tutte le polarità; la letteratura e l'iconografia lo raffigurano composto da due metà longitudinali che corrispondono rispettivamente all'uomo e alla donna. In lui si è dato più risalto alla forza del desiderio -impossibile - rispetto alla forza del piacere. O'Flaherty (1980), spiega che l'androgino non possiede qualità erotiche. L'ermafrodito, invece, mostra gli attributi fisici, ed è sempre rappresentato nudo: una metà superiore femminile (con il seno) e una metà inferiore maschile (con il pene). Rara è l'immagine dell'ermafrodito con vagina, perché la visione dei genitali femminili suscita il timore di castrazione (Freud 1919).

De Diego (1992) ritiene che l'Ermafrodito sia presenza e l'Androgino assenza, assimilando il primo al maschile e il secondo al femminile. Questa considerazione ci riporta alla castrazione come destino anatomico che definisce la donna, nella sua mancanza di fallo come un essere inferiore (Gasparino 1994), cosa che giustificherebbe quel "certo grado di disprezzo per il maschio" (Freud 1931) .

La comprensione del simbolo dell'androgino è stato, di solito, confuso con quello dell'ermafrodito. Pensiamo che le ragioni siano varie: la più importante, forse, è quella della molteplicità di possibilità erotiche che offre l'essere ermafrodito. Salvador Dalì, invece, non cade in alcuna confusione quando descrive un irresistibile personaggio "... delicato, con fiocchi e seni da donna..." e con grande pene e prominenti testicoli, (Dalì, 1975) considerato che, come afferma egli stesso, si è arruolato nella pratica sessuale perversa del polimorfismo ermafrodito[6].

Nel film di Figueras, sul Museo Teatro di Dalì, è costantemente presente sulla scena una figura giovanile dorata, di forme sessuali ambigue, efebica. La somiglianza con il giovane Narciso di "La metamorfosi di Narciso"[7] è evidente. Come segnaliamo in un altro lavoro (Gasparino, Villanova 1994a) questo personaggio rappresenterebbe con grande fedeltà, il "figlio d'oro" degli alchimisti, l'archetipo del "figlio divino", sul quale Jung (1911) si sofferma lungamente. Da questo "essere favoloso", rappresentazione del maschile, della superiorità e del conscio, Jung (1944) affermerà la discendenza del femminile, dell'inferiorità, dell'inconscio. Insieme concepiranno un figlio, archetipo dell'unità: l'androgino. Il pittore si assimilerà alla figura aurea con queste parole: "... Per me, mistico quale sono, l'uomo è una materia alchemica predestinata all'aurificazione..." (Pauwels 1968).

Nel quadro "Il grande masturbatore", del 1929[8] (Tav. I), una delle opere pittoriche più significative di Dalì, si può osservare, sotto l'enorme testa cerulea del masturbatore, al centro nella parte inferiore del quadro, una coppia confusa in uno stretto abbraccio (Tav. II). La donna assomiglia, per il disegno delle sue forme, ad una roccia viva. Uomo e donna si proiettano sul suolo come un'unica ombra composta come nelle rappresentazioni dell'androgino, da due metà di sesso diverso unite longitudinalmente. Si vede un torso con due gambe, con un lato femminile ed uno maschile. Diceva un poeta: "la tua ombra e la mia ombra come una sola ombra, dai raggi della luna proiettata ...".

Potremmo anche associare l'immagine androgina ad un rito nuziale della antica Persia, che consisteva nel lavare le gambe agli sposi, la destra della sposa e la sinistra dello sposo, mentre venivano tenute unite l'una all'altra. L'obiettivo era quello di distrarre i temuti "spiriti maligni", mentre i due sposi formavano un corpo solo (Welter, 1977). Il tentativo di questa coppia, nell'opinione di Mircea Eliade (1984) sarebbe quello di tornare alla pienezza iniziale goduta nella androginia. Totalità e pienezza irraggiungibili, come la soddisfazione del desiderio.

In Dalì parliamo dell'esistenza di un delirio, con il suo significato di ripetere, riattualizzare e ritualizzare il pensiero magico infantile, l'idealizzazione animistica che si oppone alla realtà quotidiana. Si potrebbe uscire dal delirio unicamente dopo la caduta dell'Io Ideale, con l'accettazione dell'impossibilità di recuperare il "paradiso perduto".

Per Platone, vi erano deliri di origine celeste e divini, che erano una caratteristica dei profeti e dei poeti ispirati dalle museo Tale è stata la convinzione di molti surrealisti e dei loro precursori.

Il Conte di Lautréamont, (1974) ad esempio, considerava l'Ermafrodito come "l'essenza d'ogni bellezza". In seguito saranno i surrealisti a convertire l'androgino (De Diego 1992) in un ermafrodito manifesto, forse perché con la donna amata mantenevano un vincolo d'amore narcisista.

Anche il tema del doppio, si avvicina alle idee che stiamo esponendo, perché rappresenta la comparsa di una figura uguale all'altra, con l'esaltazione dei caratteri identici. È quel che accade nella realtà con i gemelli. Si tratta di un fenomeno dove è presente il costante ritorno del simile, perciò è associato al sinistro, al minaccioso (Freud, 1920). I doppi sarebbero stati considerati in origine (Rank 1914) figure protettrici in quanto diniego della morte; "l'anima immortale" sarebbe il primo doppio del nostro corpo. Forse è per questo che il Conte di Lautréamont (1974) esprime il desiderio d'avere fratelli gemelli, come procuratori d'immortalità.

Dal tempo dei greci, a Leonardo da Vinci, ai pittori manieristi italiani, agli scrittori e pittori surrealisti, il mito platonico è quello che più ha influenzato il pittore catalano. Santos Torroella R. (1984) esprime quanto il tema dell'androgino sia presente in numerose opere del pittore "con i suoi inquietanti e distanti echi", evidentemente echi narcisisti.

Se delirare significa etimologicamente uscire dal solco, il poeta -l'artista in genere - lo fa. E poiché la realtà dà origine a delusione e frustrazione, non tutte le psiche hanno la capacità di tollerarlo; da qui la presenza di regressioni e incapacità di contenere e trasformare le pulsioni. Ciò si può osservare in alcuni episodi della vita affettiva di Dalì, da lui stesso considerati come una patologia con tratti paranoici.

Freud (1911a) ci dice che il paranoico possiede la particolarità di far trasparire in maniera alterata ciò che il nevrotico nasconde come segreto e quanto sia lecito prendere in considerazione le informazioni scritte come un sostituto dell'osservazione personale. Vi è in Dalì un abbondante materiale, sia nella forma del diario che di altri stili letterari, come anche nell'opera pittorica, dove sono costantemente presenti indizi autobiografici che l'autore produce incessantemente; per ciò ci sentiamo esonerati Freud compreso - dal voler penetrare in lui con animo di scopritori della sua complessità e profondità (Dalì 1996) .

Quando Federico Garcia Lorca (1972) conosce Dalì, lo vede da un'ottica mistica: "[Dalì ha] la stessa espressione pura - Nostro Signore mi perdoni - del Bambin Gesù nel Portico di Betelem con tutto il germe della crocifissione...". La domanda che si pone è se il poeta abbia incorporato un con-

cetto para-religioso: quello dell'androgino in relazione al processo cristiano di salvezza, provocato dalla maschera d'ambiguità del giovane pittore.

In un lavoro antropologico, Allen (1976) spiega come egli consideri il poeta come uno che sta "... andando verso un mondo nel quale i miti non sono estranei né immaginari, ma significativi, reali, e vissuti che cercano una vita completa, che evitano il solipsismo della limitata coscienza irrazionale e che includono tutte le possibilità dell'amore, delle meraviglie e dell'integrazione...".

Il poeta pensava che Dalì fosse il mistero. "Solo il mistero ci fa vivere..." aveva scritto sotto un disegno, "... solo il mistero". Il pittore, però, non era più il mistero, ma la simulazione e il paradigma di un ritiro narcisistico. La prova della regressione della sua libido si fa evidente nella svariata serie di perversioni che egli stesso vanterà in numerosissime occasioni. Sarà un personaggio "segreto" che cercherà di mostrare e simultaneamente celarsi dietro seduttive maschere di fragilità. "Sono blando, debole e respingente..." diceva Dalì (1949) , "quando Garcia Lorca tentava di possedermi io rifiutavo con orrore...". Contraddizione nella quale la percezione dei suoi sentimenti viene sostituita da una percezione esterna (Freud 1911b). "Io rifiuto" si sposterebbe, per proiezioni, in "lui mi danneggia", cosa che giustificherebbe il proprio odio. Il persecutore era prima l'amato. Così forse possiamo anche capire il suo "Olè" gioioso alla tragica morte di Lorca.

La storia tra Salvador e Federico ("non sapremo mai quello che successe veramente tra i due giovani", Descharnes 1993) è stata piena di trasgressioni e rischi e si è sviluppata all'interno di una cornice relazionale fortemente narcisista. Intimorito, il pittore fuggì da questo vincolo per evitare la propria distruzione. Come se si fosse trovato davanti ad uno specchio, captò le ambiguità della sua identità e della sua virilità, magari come una rivelazione del proprio impero degli istinti parziali. Il rapporto diventa allora insostenibile ed esplode. L'impossibilità di farsi carico dei propri desideri omosessuali repressi provoca in Dalì una crisi paranoica. Lorca partirà verso un mondo diverso e nuovo, l'America, in uno stato di grande depressione e angoscia. Dopo qualche mese dirà "... il due non è stato mai un numero perché è un'angoscia e la sua ombra..." (Garcia Lorca,1940 p.160). Allude forse, questo due, alla nostra ipotesi sul delirio androgino di Dalì, condiviso da Lorca finché è durata la loro appassionata amicizia? Etimologicamente, androginia è l'Uno che contiene il Due. Quel proposito di dualità integrata cadrà in maniera strepitosa. Ci arrischiamo a dire, con Allen J. (1976) che "a New York il Poeta [sarà] ... il risultato di un'acuta e brutale visione di un futuro senza dio e senza miti..." i miti di completezza ed eternità persi nel fallimento del rapporto. Allo stesso modo ci possiamo spiegare, più avanti, un altro fallimento del delirio androgino nella fine del rapporto del pittore catalano con sua moglie.

In una delle versioni del mito di Narciso, l'amante arrogante era un altro giovane. Narciso, innamorato di se stesso, orgoglioso e autosufficiente, rifiuterà i corteggiatori per rifrangere su di sé i propri desideri. Solitario, andrà dietro quello "... che non c'è da nessuna parte..." (Ovidio 1983). Questa ricerca sarà la causa dell'eccessivo investimento che Dalì farà su Gala, una donna che ebbe l'ambizione di fare un patto d'immortalità attraverso gli uomini che la amarono: Eluard, Ernst, Dalì. Una donna "inventata"[10], creata, anzitutto per riparare le ferite d'amore inflitte dal poeta di Granada. Salvador si confida in lei nell'attesa che sia lei ad offrirgli il sostegno o la promessa di appagamento pulsionale tanto agognato; per questo deciderà di conoscere per la prima volta sessualmente una donna. Fino allora, nelle sue scelte di amori narcisisti, aveva evitato d'essere "vampirizzato" nella libido del suo Io. Aveva venticinque anni e la sua avversione per il rapporto sessuale era paralizzante. D'altronde non dipinse mai nei suoi quadri alcun tema che raffigurasse il coito.

Si affiderà a Gala, ma con certe riserve: crede di amarla, ma come con sua madre, subito cominciò a temere quell'"enigma del desiderio"[11] (Tav. III). Il giovane voleva assicurarsi che la donna avrebbe accettato i suoi limiti e l'impossibilità di rispondere a tutti i suoi desideri, anzi sperava che lei colmasse questi limiti. Il sostegno narcisista che egli ottenne, funzionò in un primo momento e gli permise di comunicare apertamente e senza indugi la propria attività autoerotica e la propria impotenza.

Nell'espressione pittorica, opere come "Il grande masturbatore" e "Il gioco lugubre"[12] esprimono l'intenzionalità esagerata della complessa conflittualità sessuale. Possiamo ora leggere un brano letterario dell'autore, che consideriamo esemplare, riferito in particolare alla masturbazione e a fantasie concomitanti: "Con la mano libera carezzavo e graffiavo la pelle calcinata del mio corpo, ed avrei voluto potermi toccare contemporaneamente dovunque, ed inchiodavo gli occhi ad una nuvola spaccata che lasciava sfuggire in raggi obliqui la scatologica pioggia d'oro di Danae […]. Una volta svanito il piacere, si accentuò in me con un sentimento ancora intensificato di desolazione, l'intollerabile realtà di quanto mi accadeva. Stavolta il mio impulsivo rancore fu interamente diretto contro di me, e per punirmi di aver commesso "la cosa", guardai la mano, recentissimo strumento del mio peccato, la strinsi a pugno, me ne percossi senza pietà la faccia: battei e battei, fino a sentire il gusto del sangue in bocca; lo sputai la dove, un istante prima, avevo versato il tesoro della mia voluttà. Mi ero tolto un altro dente di latte. Era scritto: dente per dente!" (Dalì 1949, p. 252).

L'opera "Il grande masturbatore" (Tav. I) appartiene a questo periodo: è indubbio che Dalì cercasse di uscire dalla trappola dell'immaginario che impone la masturbazione e in questo senso credeva di farcela ad affrontare la realtà. Non vi riuscirà, perché la masturbazione è soltanto una scari-

ca d'eccitazione sessuale relativa al complesso edipico, non raggiunto nel caso del nostro personaggio. Per evitare le conseguenze, quindi l'angoscia di castrazione, rinuncerà dinanzi alla moglie, al piacere d'organo. Il narcisismo riesce sempre a sottrarre la catarsi sugli oggetti.

Come nel caso della Gradiva (Freud 1907), Dalì imporrà a Gala di riuscire nella "cura psichica dell'eroe", per "prevenire e realizzare la cura delle perverse aberrazioni dello spirito" (Dalì 1949, p.222). Alla grandezza narcisista del pittore doveva corrispondere una figura dotata di grandiosità. Era la dea della Vittoria, che con i suoi poteri soprannaturali avrebbe potuto decifrare il significato del riso in Salvador: "non un riso gioviale - come in tutti - non era di scetticismo o frivolezza, ma era fanatismo, cataclisma, abisso, terrore". Il riso sopraggiungeva al posto dell'orgasmo, era uno spasmo al posto di un altro spasmo (Freud 1938). Ella si unirà al suo terrore in una promessa: "Piccolo bambino mio, non ci lasceremo mai" (Dalì 1949, p.212). Ed in quell'istante Dalì avrà ricostruito insieme a Gala la fantasia megalomanica dell'androgino.

La sua "donna - fata", "la sposa dell'eroe" (come la chiama Mircea Eliade 1960) lo accompagnerà nella leggenda e lo assisterà nelle sue prove (Gala, collaborò intensamente all'ingresso di Dalì nel gruppo surrealista di Parigi, cfr. Gasparino, Villanova 1994b). Il lavoro fondamentale di Gala sarà quello di rivelargli i mezzi per possedere i simboli dell'immortalità: lei ha accettato di essere il suo Io Ideale e di fondersi con lui nello stesso delirio. Il mito riferisce poi come, alla fine, la "donna - fata" si sia trasformata più in un ostacolo che in un aiuto, proprio come avvenne per la vita coniugale di Salvador e Gala.

La coppia si identificherà con i "Dioscuri", i gemelli cosmici che rappresentano la notte e il giorno, elementi opposti e complementari. Secondo Roumerguère (Gérard 1974) Dalì aveva una nostalgia platonica di recupero della propria immagine perduta, del suo "doppio femminile", incarnato in sua moglie fin dal 1929. Il mito dei "Dioscuri" è diadico, perciò pensiamo che la pretesa del giovane pittore non corrisponda a quella dei gemelli cosmici, poiché il suo desiderio era quello di riuscire ad ottenere la fusionalità, un'unione che lo proteggesse dalla minaccia di castrazione. L'androginia non rappresenta simbolicamente la dualità sessuale, ma la perfezione di uno stato che significa autosufficienza, onnipotenza, forza e sentimento di totalità.

Gala, più avanti negli anni, verrà paragonata e dipinta ripetutamente, come la mirica "Leda"' che, fecondata dal cigno, si trasforma nella madre dei Dioscuri (nella simbologia occidentale, il cigno che accompagna Leda è una figura ermafrodita, cfr. Cirlot 1996). Intorno agli anni Quaranta, possiamo dedurre dalla abbondante iconografia relativa a questo tema ("Estudio para Leda Atomica" 1947, "Leda Atomica" 1949, ecc.), che il delirio androgino cominciava a declinare e al suo po-

sto si andava collocando definitivamente, la fantasia di incarnare l'ermafrodito, parallelamente alla sempre più intensa e complessa attività perversa.

"La metamorfosi di Narciso", quadro che Dalì dipinge nel 1937, dopo il suo allontanamento dal gruppo surrealista parigino, mostra sintomi di delirio megalomanico. La tela, come anche il poema che la accompagna (Dalì 1937) sono pieni di simboli di trasformazione (alchemici) e riflettono le continue metamorfosi della vita - come se si trattasse di una ripetizione circolare - attraverso tutti gli stati della natura, ma senza una fine, per evitare un dato di realtà fondamentale: la fine della vita, cioè la morte.

Il carattere ciclico del mito unisce la vita con la morte. È ciò che Dalì vuole superare; Mircea Eliade lo chiama "l'elemento supra-paradisiaco" consistente nella perdita dell'immortalità originata dalla "perdita del paradiso" tutto a partire della separazione dei sessi. Nella "Metamorfosi di Narciso", Dalì sarà al centro di una sintesi drammatica del mito, che lo porta al rango degli eroi e degli dei, o almeno disporrà, come tutti gli artisti, di elementi per eternizzare "l'apparenza umana" (Kris 1952), la propria apparenza.

Da piccolo aveva sofferto per la costante "presenza" familiare del fratello maggiore morto: tra i due vi era stata una grande somiglianza fisica, "al punto di sembrare gemelli ... ci assomigliavamo come due gocce d'acqua" (Dalì 1949, p. 11). Racconta anche, delle sofferenze e del terrore quando vedeva la fotografia del fratello rivale nella camera da letto dei genitori. Tutte le sere si "rappresentava" immaginariamente al fratello "ideale" in uno stato di "putrefazione totale". Perché nella morte del bambino, poteva tornare se stesso, quindi avere una identità propria: e non essere un semplice "riflesso" di suo fratello.

Suo nonno, suo padre, suo fratello morto e lui stesso si chiamavano Salvador, evidente "ritorno del simile". (Curiosamente il nonno paterno veniva chiamato Gala, nome rarissimo in Catalogna). Persecutorietà sinistra, che parla del pigmalionico narcisismo dei genitori. E della struttura narcisistica del bambino. L'Io dei Dalì bambino non poteva esistere non riuscendo a concretizzarsi nel suo corpo, poiché per i genitori non vi era un limite preciso tra i corpi dei fratelli. Li consideravano uno solo, confondendo le differenze, assegnando così un posto negativo al nostro personaggio. L'Io è in principio un'istanza corporale e biologica. Più avanti il narcisismo sarà strutturante di un corpo organizzato libidicamente (Freud 1914). Due momenti, colorati senza dubbio dal desiderio e dal conflitto dei genitori. È da queste circostanze che Dalì patirà un trauma narcisista molto precoce.

Nella sua *Vita segreta* l'autore racconta (Dalì 1949, p.33-37), una sequenza della sua infanzia che riteniamo molto pertinente. Il primo episodio accadde quando Salvador aveva cinque anni ed

era uscito a passeggio con tre bellissime donne. Una di loro "mi teneva per mano ed il suo enorme cappello, adorno di un gran velo bianco ricadente, me la rendeva particolarmente patetica". Ad un certo punto della passeggiata le giovani chiedono a Salvador di essere lasciate sole. Lui accetta, ma poi le spia e osserva come la "donna del velo" alzi impercettibilmente le gonne e dopo un minuto di "soffocante silenzio", sente che "un violento zampillo percosse sonoramente il terreno asciutto". Le altre due amiche scoppiano in una risata per l'incontinenza della ragazza. Il bambino capisce la situazione e commenta: "... il mio cuore batteva violentemente...". Al ritorno, continua a dire, le seguiva a breve distanza, "una mortale vergogna mi saliva al volto, con il flusso ed il riflusso del sangue;" e senza lasciarsi prendere per mano da nessuna di loro. Nel pugno chiuso il bambino aveva una lucciola. Ripetute volte apre la mano per vedere la luce dell'insetto, lo passa da una mano all'altra perché teme di bagnarlo. Ma quando una goccia di sudore"... cadendo in quella stessa polvere vi scavò un piccolo cratere, rabbrividì..."; la vista di ciò lo fa tremare, lo scuote. La scena è piena di simbolismi, che potrebbero appartenere al Piccolo Hans (Freud 1908).

Il secondo episodio, è il seguito della scena precedente. Al ritorno a casa un cugino maggiore gli regala un trofeo di caccia: un pipistrello ferito a un'ala. Il bambino depone il piccolo mammifero assieme alla lucciola e ad altre cose che colleziona. Il giorno dopo assiste ad un terribile spettacolo: gli insetti sono spariti e il pipistrello "per quanto ancora vivo, brulicante di formiche impazzite; nell'agonia, il musetto della bestia somigliava alla maschera di una vecchia donna, con tutti i fragili denti scoperti". In quel momento, la giovane del cappello gli si trova accanto, e lui senza pensarci le lancia una pietra in testa, come se fosse stata lei la causa della disgrazia. L'aggressione del bambino non compie il suo destino, la donna lo guarda con "... curiosità materna...". Improvvisamente Salvador prende il pipistrello e contrariamente al primo impulso di baciarlo, lo morde, poi lo lancia in un recipiente pieno d'acqua dove galleggiano dei fichi neri maturi. Egli non potè mai più avvicinare quel luogo, e ogni volta che vede "un gruppo di macchie nere" ricorda il suo pipistrello affogato nell'acqua dei fichi galleggianti e avverte "un brivido correrми il fil delle reni (Dalì 1949)".

Storie nelle quali emerge la figura inquietante ed enigmatica - velata - della donna, in cui il bambino colloca i sui dubbi. Dietro i veli e le gonne femminili, ci sarà o no un pene, un "fa pipì"? La risposta genera in lui un piacere narcisista, sapendosi possessore di un genitale maschile, ma ne sente anche la minaccia della perdita. Il pipistrello ferito dotato di "denti" (per compiere il vampirismo?) lo porta probabilmente alla fantasia della vagina dentata e castrata. Il timore è quello di essere divorato, affogato nel recipiente, tra i fichi neri, maturi.

Fissazione ad un universo simbolico dove il non-fallico viene vissuto come castrato. Per ciò si teme la vendetta della donna, dato che le si attribuisce l'invidia del pene. Corollario di questa visione del femminile sarà l'immagine surrealista, scritta o dipinta, della donna mascolinizzata o dalle sembianze mascoline femminilizzate, nella quale non si sospetta nessuna carenza, che pertanto non sarebbe temuta. Altre volte, quando l'angoscia di castrazione è più forte, si accusa la donna apertamente, come fa ad esempio P. Eluard (1929) "... Tu generi la caduta..."; della visione mascolina la donna rappresenta il difettoso, per essere incompleta, e la morte perché investe l'effimero.

Il rapporto che Dalì mantenne con le donne fu di un'ambivalenza affettiva assai eloquente. Aveva sempre affermato che esse erano "il peggiore pericolo per l'anima" (Dalì 1949). Gala si profila distante, ieratica, mai tenera, come "scudo" protettore (Gérard 1968) materno ma fallico. Questa immagine di donna malvagia, castratrice, sarà corroborata dalle descrizioni della sua personalità fatte dalla maggior parte dei critici.

Le due storie a forte carattere cannibalico ci suggeriscono, inoltre, una fantasia d'incorporazione, poiché il pipistrello rappresenta nella simbologia alchemica occidentale, assiduamente consultata da Dalì, l'ermafrodito. Di nuovo ci imbattiamo - come nel cigno ermafrodito di Leda - nel supremo desiderio di autogenerazione, evidente meccanismo di soppressione dei genitori per arrivare ad eludere la minaccia di castrazione.

In *Il mito tragico dell'"Angelus" di Millet,* (Dalì 1989) espone con grande lucidità il proprio complesso di castrazione. Il sentimento essenziale del quadro di Millet riportato da Dalì è quello del "grande tema mitico della morte del figlio" (Tavv. V e VI). Il dipinto, molto conosciuto, rappresenta una coppia di contadini, - marito e moglie - in preghiera, immobili, rigidi, davanti una supposta bara ai piedi della madre, con i resti del figlio. (È stato Dalì a scoprire, in una ricerca sollecitata al Louvre, che la bara era stata dipinta nel quadro originale e omessa in quello definitivo). L'ora della scena è quella del tramonto. Questi ed altri elementi porteranno Dalì a esprimere che quest'opera sarà "la più perturbante, enigmatica e piena di contenuti inconsci mai esistiti...". Da essa emergerà per Dalì un nuovo "dramma delirante".

Utilizzando delle associazioni, ricordi "reali o falsi", sogni e fantasie, egli fa un esame che potremmo definire paranoico del famoso quadro.

L'ambientazione crepuscolare, la flora e la fauna del terziario, alludono all'origine o alla nascita. Ricordi infantili, pre-crepuscolari e crepuscolari, parlano di situazioni regressive, che l'autore con grande nostalgia associa all'infanzia. La sua osservazione cade subito sulla figura in attesa della donna, che, secondo la sua analisi, si mette in mostra in una particolare posizione pronta ad aggredi-

re. Proprio come avviene alla mantide religiosa che divora il maschio dopo l'accoppiamento. L'autore ha assimilato gli insetti ai personaggi dell'uomo e della donna del quadro, e il panorama ai fossili, alle rocce del Cap Creus. Stabilisce anche delle differenze: mentre la donna è più grande, l'uomo è più piccolo coperto di buchi, rovinato, in estinzione, sfigurato, informe e la sagoma è "terribile e particolarmente angosciante".

Dalì, associa le proprie fantasie geologiche (arcaiche) ad un sogno nel quale sodomizza la moglie all'interno di un Museo di Storia Naturale, all'ora del crepuscolo. Dopo avere ammirato con timore una scultura dell'"Angelus'', di colossali dimensioni, terrorizzato, proietta su Gala le sue "teorie erotiche infantili" che danno all'"atto d'amore, conseguenze quasi mortali".

Queste fantasie incestuose ci rivelano l'erotismo originario, nella forma di "falso ricordo" di una fellatio della madre seduttrice[13] e poi la punizione patita per la trasgressione: essere assorbito, annientato e alla fine morto. Egli pensa che l'*Angelus* sia la rappresentazione di un accoppiamento smisurato e brutale tra madre e figlio. La figura maschile, apparente condensazione padre/figlio sarebbe, nella sua versione, minacciata da una variante materna del mito "atroce di Saturno, di Abramo, del Padre Eterno e Gesù Cristo e dello stesso Guglielmo Tell, divoratori dei propri figli...".

A proposito di una fantasia nella quale immerge un quadro in un cubo di latte, Dalì parla del sentimento ambivalente che questa gli provoca. Da una patte pensa che sia collegata ai desideri erotici che vanno a stimolare le fissazioni edipiche: Dall'altra, dice che il latte, "nasconde un sentimento molto chiaro di pericolo e di morte", in relazione "all'orrore dell'incesto" (Dalì 1989). Più oltre nel testo, richiama la nostra attenzione sul racconto di un divieto materno: quello di avvicinarsi ad una pianta particolare le cui foglie emanavano latte, col pretesto che "era velenosa al semplice contatto". In quello stesso periodo infantile, i compagni di scuola gli avevano detto che, strofinandosi il pene con la stessa pianta, il genitale diventava enorme però provocava la morte del suo possessore.

La minaccia che deriva dalle fantasie edipiche è terrificante. Svezzamento imposto come castrazione primaria? (Starcke 1921, in Laplanche e Pontalis). La madre diventa il precursore della castrazione pre-fallica, che danneggia il narcisismo del bambino poiché è vissuta come una perdita corporale. Un altro fatto particolare è che pur essendo le donne a minacciare la castrazione (Freud 1924b), esse non sono vissute come esecutrici, se non nel complesso edipico invertito, quando sono un ostacolo per il soggetto con una problematica omosessuale.

Il padre del pittore, "autoritario e appassionato" (Descharnes 1990) criticherà severamente l'unione di suo figlio con Gala. Ciò per vari motivi: era una donna divorziata e con una figlia, straniera, e di almeno dieci anni maggiore del giovane. Questa differenza di età connota edipicamente

la relazione. Vorremmo fare l'ipotesi che Salvador avverta nel complesso rapporto con suo padre un ennesimo divieto all'incesto con la "madre". Il figlio si difende utilizzando dei proverbi di Eluard e Péret (Eluard, Péret 1925): "la madre bisogna picchiarla finché è giovane". E su una stampa del Sacro Cuore scrisse: "A volte per gusto sputo sul ritratto di mia madre". Il padre, che non lo capisce, lo caccia improvvisamente dalla famiglia.

Dalì si vendicherà con un'opera, "L'enigma di Guglielmo Tell" (Tav. IV), sapendo che comunque anche quello del padre è un tipo di possesso narcisista. Contemporaneamente attaccherà il padre del surrealismo, Breton, e con dispetto per i comunisti, dipingerà Guglielmo Tell col volto di Lenin.

Padre/i, e figlio si muovono con i miti. I loro rapporti sono complicati. Il mito, con la sua struttura paranoica, apre un ventaglio di proiezioni. In questo caso, il padre lancerà profezie per squalificare Salvador: "Tra una settimana tornerai a Figueras (suo paese natale) coperto di pidocchi a chiedermi perdono". Invece suo figlio tornerà "... coperto di allori, vincitore di suo padre e convertito in eroe" (Descharnes 1990).

Questo episodio farà ripetere a Dalì una frase di Freud (1934-38, p. 341): "Eroe è colui che coraggiosamente si leva contro il padre e alla fine lo supera vittoriosamente". Tuttavia in questa lotta non si hanno indizi di elaborazione e dominio del complesso edipico. La strada dell'identificazione col padre era ostacolata fin dall'infanzia, la scelta di Gala come oggetto di amore non aveva mai implicato una rinuncia all'oggetto incestuoso e la minaccia paterna non aveva funzionato in maniera determinante. In Dalì, non vi è un'assunzione del complesso di castrazione ma una forte negazione circa la possibilità di raggiungerlo. Perché il raggiungimento della "completezza" narcisistica nell'inconscio è confusa col ritorno del seno materno, vale a dire, con la fantasia d'incesto con la madre rappresentata in Gala. Ricordiamo Grumberger (1979) quando considera che la realizzazione del complesso edipico sia impossibile nel bambino quindi è anche naturale che egli viva trasformando il suo fallo interno come castrazione che viene dall'esterno, di conseguenza trasforma la propria debolezza e inadeguatezza in divieto e punizione esterna.

Dalì dovrà lottare per superare quella che sembra una condanna: la duplicità, l'incompletezza, e la limitazione umana. Dal suo caleidoscopio di fantasie emergono deliri, sogni, e arte. Di ciò riempirà, nonostante le tante limitazioni, i propri spazi d'amore vuoti. Il cammino della salvezza lo tracciò a partire dai suoi sei anni, quando dipinse la sua prima tela: una misura d'emergenza che gli servì ripetutamente per il dominio del suo mondo interno.

Nel periodo della maturità, il pittore dichiarò: "Soltanto grazie all'esaltazione orgogliosa di me stesso potei salvarmi dall'annichilimento dovuto al dubbio sistematico". "Essere solo Salvador Dalì

e nessun'altra cosa" (Dalì, 1949). Il dominio del proprio Io, dalla trappola di tante e ripetute identificazioni con l'assente: il fratello morto, l'amico poeta, i genitori pigmalione, la donna fata, non è riuscito a ottenerlo, ma crediamo che ne fu consapevole, nonostante la seria patologia patita durante tutta la sua esistenza.

Dopo la sua uscita-espulsione dal gruppo surrealista parigino, l'enigmatica espulsione dal seno familiare e la perdita dell'Europa rasa al suolo dalla guerra, la spontaneità e la creatività di Dalì diminuiranno. Breton dirà che dal punto di vista artistico la sua opera diventerà monotona e aneddotica dell'era di Hiroshima ("L'apoteosi di Omero", "Leda Atomica", "La Madonna di Part Ligat", quest'ultimo un olio che regalerà al papa nel 1949, tutte opere della fase atomista). L'adesione alla tradizione e al classicismo fini per favorire un avvicinamento alla religione e al franchismo (nel 1951, in Spagna dipingerà il suo famoso Cristo). In seguito egli produrrà la sua pittura storica, "La scoperta dell'America" (1960, Tav. VII), "La battaglia di Teuan", (1962), sono i quadri più rappresentativi del momento, grandiosi nelle misure e nella tematica, ma sprovvisti di forza e originalità.

Non conseguì né la completezza né l'eternità, rimpianto della vita fetale, ma fu consapevole delle umane limitazioni manifestate, nel suo caso, dalla seria patologia che patì durante tutta la sua esistenza e dalla lotta per la sopravvivenza.

Note

1. "Nell'alchimia, l'androgino svolge un ruolo importante, come Mercurio; è rappresentato come un personaggio con due teste e porta spesso la scritta *Rebis* (cosa doppia)", Cirlot, J. E., 1996 (p. 77).
2. Freud scrisse a Fliess il 4-1-1898, una lettera nella quale ammette il concetto di bisessualità, ma non la Sua coincidenza con la bilateralità. Freud non ammette la distribuzione del maschile/femminile a sinistra e a destra.
3. Il tema androgino di maggiori proporzioni è quello di Gesù Cristo padre-madre e della sua nascita virginale (De Maio, 1988).
4. Le *Upanisad* sono testi della tradizione dell'India orientale di carattere metafisico. Raccolgono gli insegnamenti impartiti dai maestri ai discepoli dal VI sec. a.c. intorno ai remi fondamentali dell'origine e del destino umano, e dei suoi rapporti con l'essere supremo. Identificano l'essenza individuale *(Atman)* con quella universale *(Brahman);* dalla conoscenza di

questa identità procedono la liberazione dal ciclo delle esistenze. Le *Upanisad* influenzarono anche il pensiero occidentale, soprattutto dopo l'apprezzamento di A. Schopenhauer.

5. Ferenczi (l913) assocerà la caduta dei denti alla minaccia di castrazione.
6. In questo articolo tratteremo il delirio androgino di Dalì. Il polimorfismo perverso sarà oggetto di un altro lavoro.
7. "La metamorfosi di Narciso", 1936, Tate Gallery, Londra.
8. "II grande masturbatore", 1929, Galeria Reina Sofia, Madrid (vedi Tav. I).
9. Manuel Gutierrez Nàjera (1859-1895) poeta simbolista messicano.
10. Ipotesi sostenuta da Santos Toroella. Op. cit. 1984.
11. "L'enigma del desiderio *(ma mère, ma mère, ma mère)",* 1929, olio su tela, Staatsgalerie Moderner Kunst, Munich.
12. "II gioco lugubre", 1929, olio e collage su carta, Museo Reina Sofia, Madrid.
13. In "II grande masturbatore" (Tav. I), nell'angolo superiore destro, si osserva questa immagine.

Bibliografia

ALLEN, J. (1976) Lorca's Anglo-Saxon Apocalypse. In: *Garcia Lorca Rewieu,* N. 4.

CIRLOT, J.E. (1996) *Dizionario dei simboli.* Eco, Milano.

DADOUN, R. (1992) *Freud.* Spirali srl, Milano, 1997.

DALÌ, S. (1949) *Vita segreta di Salvador Dalì.* Longanesi & C. Milano.

DALÌ, S. (1975) *Las confesiones inconfesables.* Ed Bruguera, Barcelona.

DALÌ, S. (1964) *Diario di un Genio.* SE, Milano 1996.

DALÌ, S. *La metamorphose de Narcisse.* Ed. Surréalistes. Paris 1937.

DALÌ, S. *El mito tràgico del "Angelus" de Millet* Ed. Tusquets, Barcelona, 1989.

DE MAIO, R. (1989) *Donne e Rinascimento.* Il Saggiatore, Milano 1988.

DE DIEGO, E. (1992) *El Androgino sexuado.* Ed. Visor, Madrid.

DESCHARNES, R. (1990) *Salvador Dalì.* Benedikt Taschen Verlag, Köln.

ELIADE, M. (1962) *Mefistofele e l'Androgino.* Ed. Mediterranee, Roma. rist. 1995.

ELIADE, M. (1990) *Miti, sogni e misteri.* Rusconi, Milano.

ELIADE, M. (1993) *Immagini e simboli.* TEA, Milano.

ELUARD, P. (1929) *L 'amour et la poésie.* N.R.F. Paris.

ELUARD, P., PERET, B. (1925) 152 *proverbes mis au goût du jour.* Ed. Surréalistes, Paris.

FERENCZI, S. (1913-1919) *Opere, II,* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.

FREUD, S. (1907) Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen. *OSF,* 5.

FREUD, S. (1908) Analisi della fobia di un bambino di cinque anni. (caso clinico del piccolo Hans). *OSF,* 5.

FREUD, S. (1911) Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber). *OSF,* 6.

FREUD, S. (1912) Totem e tabù. *OSF,* 7.

FREUD, S. (1914) Introduzione al narcisismo, *OSF,* 7.

FREUD, S. (1919) II perturbante. *OSF,* 9.

FREUD, S. (1920) Al di là del principio di piacere, *OSF,* 9.

FREUD, S. (1924a) II problema economico del masochismo. *OSF,* 10.

FREUD, S. (1924b) Il tramonto del complesso edipico. *OSF,* 10.

FREUD, S. (1930) II disagio della civiltà. *OSF,* 1O.

FREUD, S. *(1931)* Tipi libidici. *OSF,* 11.

FREUD, S. (1934-38) L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi. *OSF,* 11.

FREUD, S. (1937) Analisi terminabile interminabile. *OSF,* 11.

FREUD, S. (1941) Risultati, idee, problemi. *OSF,* 11.

FREUD, S. (1887-1904) *Lettere a Wilhem Fliess.* Boringhieri, Torino 1986.

GASPARINO, A., GARCIA VILLANOVA, F. (1994a) La entrevista entre Freud y Dalì: Analisis de una relacion controvertida, *Revista Clinica y Analisis Grupal*, N. 67, Madrid, Set/Dic.

GASPARINO, A., GARCIA VILLANOVA, F. (1994b) *Dalì un modelo narcisista de ingreso y salida de los grupos.* Quipù, Madrid.

GASPARLNO, A. (1997) *La identidad femenina hoy.* Universidad de Cadiz, n.p.

GERARD, M. (1974) *Dalì, Dalì, Dalì. Introduzione di Roumerguère.* Ed. Galaxis, Barcelona.

GARCIA LORCA, F. (1992) *Obras Completas.* Ed. Aguilar, Madrid.

GARCIA LORCA, F. (1940) *Poeta en Nueva York.* Ed. Espada Calpe, Madrid 1993.

GRUMBERGER, B. (1971) *Il narcisismo.* Laterza, Bari, 1977.

JUNG, C.G. (1911) *Simboli della trasformazione (analisi dei prodromi di un caso di schizofrenia).* Boringhieri, Torino 1970, Opere, vol. 5.

JUNG, C.G. (1944) *Psicologia e alchimia.* Boringhieri, Torino 1981. Opere, vol. 12.

KRIS, E. (1952) *Ricerche psicoanalitiche sull'arte.* Einaudi, Torino 1988.

LAUTREAMONT, CONTE DE (1869) *Las cantos de Maldoror.* Ed. Labor Barcelona 1974.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1967) *Enciclopedia della Psicoanalisi.* Laterza, Bari.

O'FLAHERTY, W.D. (1980) *Women. Androgynes and Other Mythical Beats.* Univ. Press, Chicago.

OVIDIO. *Metamoifosi, Libro III.* Sansoni, Firenze 1983.

PAUWELS, L. (1968) *Les passions selon Dalì.* Denëol, Paris.

PLATONE. *Simposio o sull'amore.* (Trad. di F. Zanatta, introd. di V. Galimberti). Feltrinelli, Milano 1995.

RANK, O. (1914) *Il doppio.* Sugarco, Milano 1979.

SANTOS TORROELLA, R. (1984) *La miel es mas dulce que la sangre.* Ed. Seix Barrai, Barcelona.

WELTER, G. (1977) *El amor entre los primitivos.* Ed. Caralt, Barcelona.

Riassunto

I miti racchiudono in sé un'inesauribile ricchezza e permettono alla psiche sia di esplorarla che di mobilitarla. In questo senso, nella vita e nell'opera figurativa e letteraria di Salvador Dalì ci sarebbe un delirio latente in relazione con il mito dell'androgino. Delirio di "completezza", che l'artista utilizzerà come potente meccanismo di difesa di fronte all'angoscia di castrazione. Dalì costruirà da solo o insieme con Garcia Lorca o con Gala, sua moglie, un delirio megalomanico: avere un corpo unificato nel quale la castrazione non possa esercitare alcun effetto. Una tale completezza avrebbe evitato ogni possibilità di distruzione e gli avrebbe inoltre assicurato la propria immortalità.

In questo articolo l'A. considera le differenze fra l'androgino, l'ermafrodito, e il doppio; nel pittore catalano le radici di tali differenze affondano nelle circostanze della propria vita. Per confrontare tali idee vengono utilizzate alcune delle sue pitture e dei suoi lavori letterari.

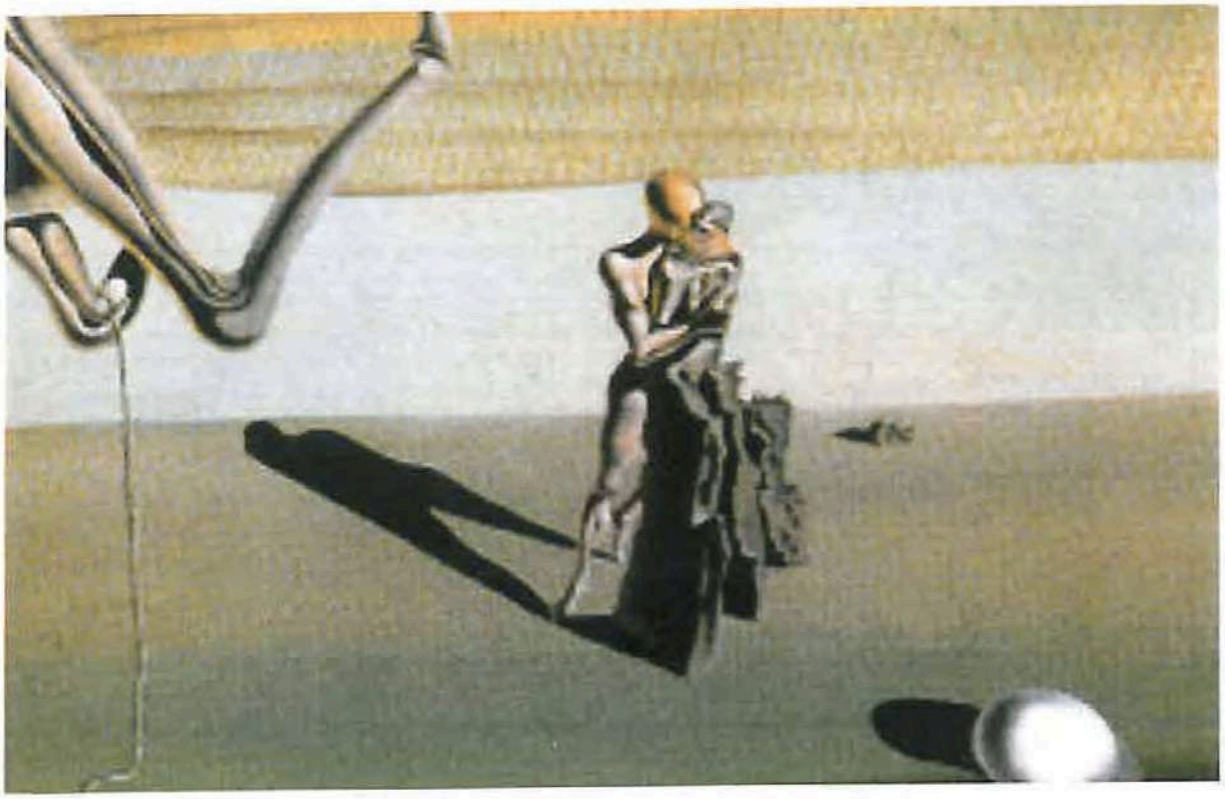
Summary

The myths enclose unending riches to explore and to move the psychism: In this sense, a latent delirium related to the myth of The Androgynous can be found in Salvador Dalì's life as well as in his painting and literary work. The artist uses this delirium of "completeness" as an omnipotent mechanism of defence against the treath of castration. Dalì creates alone or in company of Federico Garcia Lorca or his wife Gala, a megalomaniac delirium: to have a unified body where the castration will have absolutely no effect. This "completeness" cancels all possibility of destrucion and assures your immortality.

The Author comments the difference between the Androgynous, the Hermafrodite and the Double, moreover in the painter it has the roots based in his own different vital circumstances. To confirm these ideas, some of his paintings and literary works will be analysed in this article.

ALBA GASPARINO
Paseo Imperial, 81, 1° H
28.005 Madrid

TAV. I - ***Il grande masturbatore***, 1929



TAV. II - ***Il grande masturbatore***, 1929 (Particolare).

TAV. III - *L'enigma del desiderio - Mia madre, mia madre, mia madre,* 1929.

TAV. IV - *L'enigma di Guglielmo Tell,* 1934.

TAV. V - ***Atavismo del crepuscolo (fenomeno ossessivo)***,1933-34.

TAV. VI - ***Reminiscenza archeologica dell' «Angelus» di Millet***, 1935

TAV. VII - ***La scoperta dell'America di Cristoforo Colombo (Il sogno di Cristoforo Colombo)***, 1958-59.

Note

EMILIA FERRUZZA, STEFANIA MAGGIONO

L’isteria tra la mente e il corpo. Una revisione della letteratura

“Fra i tratti essenziali del suo carattere erano la bontà e la simpatia umana... I suoi stati d’animo avevano sempre una leggera tendenza all’esagerazione, sia nell’allegria che nella tristezza; ne derivava anche una certa lunaticità. L’elemento sessuale era sorprendentemente poco sviluppato... Questa giovane dalla esuberante vitalità intellettuale conduceva, nella sua famiglia di mentalità puritana, un’esistenza estremamente monotona, che essa tuttavia si abbelliva in una maniera che è stata probabilmente decisiva per la sua malattia. Coltivava sistematicamente i sogni ad occhi aperti, che essa chiamava il suo “teatro privato”. Mentre tutti la credevano presente, alimentava la sua mente di fiabe...”. Così Breuer descrive la signorina Anna O. in *Studi sull’isteria* (1892-1895,189) scritto con Freud.

Egli era stato affascinato a tal punto dal “carattere” di Anna O. che, incapace di fronteggiare gli aspetti transferali e controtransferali della relazione, aveva deciso di interrompere bruscamente la cura.

Anna O. era affetta, inoltre, da numerosissimi e invalidanti sintomi somatici (tosse nervosa, strabismo convergente, paresi dei muscoli anteriori del collo, contrattura e anestesia dell’arto superiore destro), che coesistevano con quella che lo stesso Breuer definiva “una grave alterazione psichica”.

Il caso clinico di Anna O. riassume in sé i due aspetti dell’isteria che nell’ambito della teoria psicoanalitica ne fanno la patologia più enigmatica, ma anche la più trascurata: da una parte la peculiarità del carattere isterico, seduttivo e respingente allo stesso tempo, dall’altra la presenza dei sintomi somatici che pongono la questione dell’“innegabile rapporto tra corpo e psiche” (Freud, 1890, 94).

Freud, che era partito dall’isteria di conversione per fondare la teoria e la tecnica psicoanalitica, aveva successivamente tralasciato di occuparsene a favore di altre sindromi in cui l’aspetto della sofferenza somatica è meno rilevante.

Tuttavia anch'egli era stato colpito dal carattere di Dora (1901) la quale, interrompendo il trattamento, gli permetterà di porre le basi per la comprensione dei fenomeni di transfert.

Le successive teorizzazioni psicoanalitiche a proposito di isteria percorreranno due strade differenti: da un lato quella di definire l'isteria in relazione alle fasi di fissazioni per valutarne la "gravità" nell'ambito della psicopatologia e, più recentemente, coglierne identità e differenze con la patologia borderline, dall'altro quella di valutare il significato dei sintomi somatici dell'isteria alla luce degli apporti teorici della medicina psicosomatica.

Dalla revisione della letteratura emerge come queste due strade raramente si incontrino. È come se, per comprendere "il leggendario polimorfismo" (Green 1997, 2) dell'isteria sia necessario scomporre i suoi aspetti "mentali" e "corporei", nella difficoltà di coglierne appieno la peculiare poliedricità.

Anche il percorso di questo lavoro presenta due strade; la. prima, che ripercorre la letteratura sul carattere isterico, rispecchia l'interesse prevalentemente metapsicologico degli Autori, mentre la seconda, riguardante la letteratura sulla relazione tra isteria di conversione e patologia psicosomatica, che mostra una maggiore attenzione per gli aspetti genetici dei sintomi somatici, mostra un maggior legame con la clinica.

Il carattere isterico

"È difficile evitare di esprimersi dicendo che l'ammalata si era scissa in due personalità, delle quali una psichicamente normale e l'altra pazza" (Breuer e Freud, 1892-95, 189).

È proprio intorno al tentativo di definire l'entità della "pazzia" delle pazienti isteriche che si è sviluppato da alcuni decenni il dibattito sull'isteria.

Le pazienti che furono curate da Freud (Emmy von N., Elisabeth von R, Lucy R., Katharina e la stessa Dora) non presentavano la stessa "grave alterazione psichica" di Anna O. e Freud, abbandonando l'ipotesi iniziale di una isteria ipnoide, che aveva origine da un traumi subiti in un particolare stato patologico delle pazienti (la "condition seconde") e non abreagiti, giunge, attraverso la teorizzazione di una isteria da ritenzione, alla formulazione dello specifico meccanismo all'origine dell'isteria da difesa, per cui i sintomi di conversione sarebbero la manifestazione di un "rapporto di incompatibilità tra l'Io ed una rappresentazione che ad esso si presenti" (Breuer e Freud 1892-1895, 277) nell'ambito della conflittualità edipica.

Successivamente, a partire dal Caso di Dora (1901) e nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905), Freud abbandonava definitivamente la teoria della seduzione e del trauma come evento reale nella storia delle pazienti a favore di una teoria della fantasia nevrotica della seduzione.

Tuttavia è proprio nel caso di Dora (1901) che Freud riprendendo la concezione, mutuata da Fliess e già espressa nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905), di una originaria bisessualità dell'essere umano ed in particolare della donna[1] evidenzia come l'amore di Dora per il sig. K e la sua gelosia occultavano in realtà l'innamoramento per la sig. K e i profondi sentimenti di delusione e vendetta nel vedere non ricambiato il proprio amore. Dora inoltre viene descritta da Freud come una "ciucciatrice", rivelando così delle importanti fissazioni orali, accanto alle preminenti fissazioni falliche, alla base dei suoi peculiari sintomi isterici (la tosse nervosa, la nausea, l'afonia).

Dopo il caso di Dora (1901), a parte brevi riferimenti all'interno delle sue opere, Freud non ha sviluppato una ulteriore coerente teoria sull'isteria. *Studi sull'isteria* (Breuer, Freud 18921895) resta quindi il lavoro fondamentale per comprendere il funzionamento psichico dell'isteria.

Tra gli Autori post-freudiani a partire da Ferenczi (1928) e Reich (1933), viene esaminata la questione se l'isteria sia l'espressione di una fissazione alla fase fallico-genitale dello sviluppo o se, piuttosto, non siano importanti, per i pazienti isterici, le fissazioni pregenitali di sviluppo ed in particolare la fissazione alla fase orale (Moser 1997).

Tra gli altri Grumberger (1952) e Marmor (1953) sviluppano il concetto di "isteria orale", mentre Rangell (1959) propone di distinguere isteria e conversione.

Il quesito teorico è, quindi, se è possibile definire diverse forme di isteria ed, eventualmente, cogliere tra loro un denominatore comune.

Il successivo dibattito sull'isteria, nell'ambito del pensiero psicoanalitico ha riguardato, allora, i criteri per i quali si possa distinguere "buone isteriche" e "cattive isteriche", "isteria benigna" e "isteria maligna".

Easser e Lesser (1965) distinguevano, in base alle fasi di fissazione libidica, alla struttura difensiva e al grado di integrazione dell'Io, una "personalità isterica", che si collocherebbe nell'ambito delle nevrosi, da una "personalità isteroide", da porsi nell'ambito delle psicosi o delle patologie borderline.

Zetzel (1968) descriveva, invece, quattro tipi di isterica (la "vera buona isterica", l'"isterica potenzialmente buona", la "cosiddetta buona isterica" e la "cosiddetta buona isterica" più tipica ed estrema) sulla base di molti criteri fra cui la capacità di distinguere tra realtà interna e realtà esterna,

la possibilità di stabilire autentici rapporti uno a uno, la modalità delle manifestazioni transferali (transfert erotico o erotizzato), criteri alla base del giudizio di analizzabilità.

Sebbene tutti gli Autori fossero concordi nel sottolineare, al di là delle differenze diagnostiche, un continuum tra le forme descritte, tali distinzioni sembravano togliere qualsiasi specificità all'originaria diagnosi di isteria.

Nel tentativo di rispondere alla domanda "che cos'è l'isteria" e, soprattutto, se davvero le isteriche dei tempi di Freud fossero diverse dalle isteriche di oggi, nell'ambito del 28° Congresso di Psicoanalisi tenutosi a Parigi nel luglio 1973 venne organizzato un *Panel* sul tema "*On Hysteria Today"* riportato da J. Laplanche sull'*Int. J. Of Psycho-Anal. (1974).*

Beres e Namnum (1974), vicini alla teoria freudiana dell'isteria come nevrosi, sostennero che ciò che caratterizza l'isteria è la relazione tra la rimozione e l'organizzazione genitale della libido.

Secondo Namnum (1974) quello che viene definito carattere o personalità isterica ha spesso poco a che fare con il tradizionale concetto di isteria perché descrive un carattere istintuale, impulsivo, esibizionistico, vicino alla "controparte perversa dell'isteria", mentre l'essenza dell'isteria è la difesa contro l'espressione degli istinti. L'obiettivo primario delle pazienti isteriche è quello di evitare la sessualità genitale, per cui spesso al posto di sintomi di conversione si possono osservare meccanismi fobici, che talvolta hanno l'apparenza di tratti di personalità. Anche quando sembra che l'isterica abbia raggiunto formalmente la maturità sessuale mette in atto molte strategie, (conflitti coniugali, continue gravidanze) per evitare la sessualità genitale e l'oggetto sessuale "disgustoso", come difesa dalla sottostante fantasia sessuale edipica infantile.

Questa modalità è espressione della adattabilità dell'isterica alle attese di coloro di cui cerca l'attenzione - medici, psicoterapeuti - per cui ai sintomi somatici spesso sostituisce l'esibizione di drammatiche crisi "esistenziali".

Secondo Brenman (1974) (che riprenderà queste teorizzazioni in un lavoro del 1985) l'isteria, invece, in tutte le sue manifestazioni, sia somatiche che di carattere, sotto il conflitto tra istinto sessuale e rimozione, nasconde da un lato un conflitto, alla base della patologia psicotica, fra sopravvivenza e catastrofe e, dall'altro lato il diniego di queste angosce. La difficoltà nel trattamento delle isteriche, in relazione alla difficoltà di instaurare una alleanza terapeutica, nasce allora da processi interni volti ad evitare la temuta catastrofe, quali la negazione della verità psichica, l'identificazione con un oggetto fantasticato, una sterile dipendenza dall'oggetto. L'isterica, nel complesso, è incapace di autentiche introiezioni e di una positiva relazione oggettuale. Questi meccanismi rispecchiano, secondo Brenman, l'incapacità della madre di fronteggiare le angosce della figlia, persuasa incon-

sciamente che le angosce infantili siano realmente catastrofiche. La modalità relazionale materna è stata quella di proporre alla figlia un modello irreale di identificazione, il prototipo dell'"isterica di successo", attraverso l'erotizzazione della relazione ed il diniego della verità interna. Egli parla quindi di madre isterogenica, mentre il padre spesso rinforzerebbe questa modalità relazionale materna.

Con Brenman (1974) l'attenzione si è quindi spostata dalla relazione fantasmatica con il padre edipico alla relazione reale ed insoddisfacente con la madre preedipica.

Green (1974), nel tentativo di definire da un punto di vista metapsicologico la struttura di quella che viene chiamata isteria, matrice di varie espressioni sintomatologiche (sintomi di conversione, fobie, depressioni nevrotiche, sentimenti di depersonalizzazione) coglie, invece, la peculiare funzione della attività fantastica nella patologia isterica (il "teatro privato" di Anna O.). Egli sottolinea, infatti, la funzione delle fantasie come difesa non soltanto dall'angoscia o dall'aggressività, ma anche dalla disperazione, dall'estrema solitudine, dal vuoto, da tutto quello che Freud intendeva con *hilflosigkeit.* Allora non è tanto importante il contenuto delle fantasie quanto la loro funzione di legare gli affetti per proteggere i confini dell'Io, come una sorta di contenitore (nel senso in cui ne parla Bion, 1962). In questo modo la fantasia protegge dalla dipendenza dall'oggetto attraverso una sorta di eccitamento maniacale. Il fallimento di questa specifica difesa dell'isteria si trasforma in *belle indifference,* nel momento in cui entra in campo la difesa della conversione. Questo è allora per Green (1974) il nucleo dell'isteria, il cui scopo è quello di una estrema difesa dalla depressione. Quando intervengono nella storia di questi pazienti delle importanti perdite, sentite come ferite narcisistiche, si hanno temporanei *breakdown,* con angosce persecutorie. Si ha in genere una rapida e spontanea remissione di queste situazioni acute mentre il timore della depressione è sempre presente.

Questo importante tema della relazione tra isteria e depressione sarà ripreso successivamente soprattutto da Autori francesi (Fain 1985; Ody 1986) per i quali il nucleo dell'isteria consisterebbe allora nel diniego della depressione.

Più recentemente Halberstadt-Freud (1996), in occasione del centenario degli *Studi sull'isteria* (Freud-Breuer, 1892-95), riprende alcuni dei concetti di Freud, rivedendoli alla luce delle più recenti teorizzazioni psicoanalitiche, come quello della realtà del trauma della seduzione. Secondo l'Autrice, Freud (1920) era nel vero quando considerava che per un bambino può essere traumatico un prematuro eccitamento del desiderio sessuale che ha più a che fare con i bisogni dell'adulto che con quello del bambino, anche se solo alla fine della sua vita, nel contesto delle riflessioni sulla ses-

sualità femminile (Freud 1931) egli colse l'importanza del comportamento materno nel determinare una situazione traumatica.

Le fantasie di bisessualità, che Freud aveva rivelate come e caratteristiche delle pazienti isteriche, oltre che una funzione difensiva nei confronti della temuta realizzazione dei desideri edipici, possono avere anche la funzione, vicina alla modalità perversa, di diniego delle differenze tra sessi e generazioni.

Anche l'identificazione isterica con aspetti superficiali e inesistenti dell'oggetto è vista oggi come vicina al più primitivo meccanismo della identificazione proiettiva. La personalità isterica tenta di padroneggiare le proprie angosce proiettandole nell'oggetto e identificandosi con esse a distanza. Riprendendo un concetto di Fain e Begoin (1984) l'Autrice nota che le identificazioni proiettive possono essere considerate pseudo-identificazioni "rapidamente reversibili".

Anche il concetto di scissione dell'Io, secondo Freud e Breuer (1892-1895) all'origine della personalità multipla di molte pazienti isteriche, è rilevante nelle teorizzazioni psicoanalitiche attuali e viene messo in relazione, insieme alla scissione dell'oggetto, con la necessità difensiva di tenere distinti nel mondo interno e nel mondo esterno oggetti buoni e cattivi, secondo le teorizzazioni kleiniane.

È evidente, da quanto si è detto, che, secondo tale teorizzazione, la modalità isterica di difesa è molto vicina alle caratteristiche conflittuali e difensive della patologia borderline e casi-limite.

Nel tentativo di porre punti fermi a questa dibattuta questione il tema della 12° Conferenza della Federazione Europea di Psicoanalisi, svoltasi a Ginevra nel marzo 1997, è stato appunto la relazione tra l'isteria e la patologia casi limite.

Il lavoro più significativo è senz'altro quello di Green (1997, 1), che ha proposto una importante elaborazione teorica su questo tema, cercando di cogliere, attraverso una accurata analisi metapsicologica le differenze e le convergenze tra queste due patologie. Egli si chiede intanto "se oggi i casi-limite non giochino nella psicopatologia contemporanea, un ruolo simile a quello che giocavano le isteriche nel momento in cui Freud fu indotto ad interessarsene", per cui queste patologie che, all'inizio, sembravano interessare una frangia limitata di pazienti divennero nel tempo una parte importante della popolazione analitica e quindi di stimolo allo sviluppo del pensiero psicoanalitico. Così oggi tale ruolo è svolto dalla patologia borderline, lo studio della quale sta conducendo ad importanti acquisizioni nell'ambito delle teorizzazioni psicoanalitiche, sia da un punto di vista strutturale che genetico.

Green (1997) nel suo lavoro prende nettamente posizione contro quegli Autori che, numerosi, nel passato, hanno messa in dubbio la diagnosi di isteria per cui le pazienti di Freud sarebbero di fatto delle pazienti per cui sarebbe corretta al diagnosi di pazienti casi-limite, né condivide la miriade di diagnosi che suddividono le isteriche in "buone" e "cattive", che distinguono una isteria maligna da una benigna, una isteria vera e propria da una patologia isteroide.

Egli propone, a proposito della poliedricità delle manifestazioni psicopatologiche dell'isteria e della patologia borderline, la figura del chiasma, una sorta di incrocio, che, come figura retorica, sottintende "uno scambio in opposte direzioni, mentre a priori si potrebbe pensare in termini di parallele"(Green 1997, 1).

Egli nella prima parte del lavoro cerca di definire le differenze tra isteria e patologia borderline in relazione ai conflitti, ai traumi, alle difese, all'Es, all'inconscio, al corpo, agli affetti, alle rappresentazioni, all'Io, al narcisismo, alle identificazioni, agli oggetti, al SuperIo.

Da questo meticoloso raffronto tra le due patologie emerge, con chiarezza, come l'isteria abbia una sua specificità strutturale e metapsicologica che la differenzia nettamente dalla patologia borderline.

Per Green l'isteria, nonostante le sue varianti e le sue transitorie e circoscritte invasioni del campo delle psicosi, rimane essenzialmente una nevrosi. In questo senso la relazione tra amore e sessualità è della massima importanza, come è importante la questione del desiderio, della scelta oggettuale, delle identificazioni come pure la fantasia e la vita emozionale, la relazione con il corpo, la sensibilità depressiva.

La patologia borderline, pur avendo alcune di queste caratteristiche, riguarda altri diversi aspetti della vita psichica come la distruttività, il masochismo, il narcisismo. Egli scrive: "... potremmo dire che nell'isteria i conflitti legati ad aspetti erotici della mente sono dominanti, mentre nei borderline è la distruttività che occupa la prima linea e tende a snaturare o a nascondere l'organizzazione erotica" (Green 1997, 4). Anche la questione del trauma è differente nelle due patologie; infatti mentre nell'isteria si ha a che fare, direttamente o simbolicamente, con la seduzione incestuosa nelle patologie borderline i traumi sono legati essenzialmente ad una carenza materna.

Per quanto riguarda le difese Green sottolinea che la rimozione è la più importante difesa nell'isteria e che l'aspetto traumatico consiste nel "ritorno del rimosso". Come scrivevano Freud e Breuer (1892-1895,179) "le isteriche soffrono di reminiscenze".

Egli nota che oggi, spesso, non si considera che, anche se nell'isteria si trovano talvolta delle difese più arcaiche (diniego, scissione, negazione, che Green (1993) ha messo insieme nel concetto di "lavoro del negativo"), la rimozione rimane di gran lungo la difesa più importante.

Per l'isterica, poi, l'oggetto della pulsione e del desiderio è variabile e sostituibile, in quanto prende il posto, in modo simbolico, dell'oggetto edipico, mentre nella patologia borderline l'oggetto è necessario, insostituibile, indispensabile per la sopravvivenza dell'individuo.

In relazione agli affetti Green (1997) evidenzia, poi, come nella patologia borderline sia nota l'importanza dell'invidia e della rabbia distruttiva che determinano le angosce catastrofiche (Bion 1962) di aver distrutto l'oggetto mentre per l'isteria, nelle forme più lievi, l'angoscia prevalente è l'angoscia-segnale.

Egli riprende poi il tema del rapporto tra isteria e depressione e, come aveva già rilevato (Green 1974), nota che nelle situazioni che si collocano tra l'isteria e le patologie borderline, la depressione è una minaccia permanente.

La relazione tra depressione ed isteria potrebbe, scrive Green (1997) portare a difendere l'idea di un *continuum* tra isteria e patologia borderline. Egli tuttavia sottolinea come tale *continuum* non vada inteso nel senso di un passaggio tra profondo e superficiale, fra forme gravi e forme meno gravi, ma che l'idea del chiasma suggerisce l'immagine di un movimento oscillatorio, che può spiegare la complessità della espressione sintomatologica delle singole patologie. È come se, infatti, l'isteria presentasse una tendenza regressiva per cui, vicino ad aspetti più fallici e genitali, possono presentarsi tratti propri dell'oralità, così come le patologie borderline, sebbene vicine a stati più regressivi, come le psicosi, la grave depressione o strutture perverse e narcisistiche, possono anche avere una tendenza ad esprimere modalità relazionali più mature, di cui l'isteria può essere una delle espressioni.

Nel suo lavoro Green, pur facendovi spesso riferimento, non tratta in modo specifico il problema genetico dell'isteria, la relazione cioè tra questa patologia e definite fasi di fissazione con le conseguenti modalità relazionali nell'infanzia.

Tale problema era stato invece affrontato in modo efficace nel lavoro di Rupprecht-Schampera (1995), che, alla luce delle teorie che sottolineano l'importanza, nella genesi della psicopatologia, di distorsioni nel processo di separazione-individuazione (Malher, Pine, Bergman, 1975), propone un modello unificato che rende conto, in termini evolutivi, dello sfaccettato fenomeno dell'isteria sia nelle donne che negli uomini. Secondo l'Autrice la differenza tra le varie forme dell'isteria, la diversa gravità delle espressioni sintomatologiche e della struttura di personalità dei pazienti isterici è

determinata da fattori qualitativi e quantitativi (specifiche costellazioni relazionali, specifiche forme di trauma, particolari condizioni evolutive del bambino), che gli hanno permesso o meno di affrontare con successo, attraverso la "prima triangolazione" (Rupprecht-Schampera 1995, 458), il processo di separazione-individuazione.

Secondo questa ipotesi, nel processo di separazione del bambino dalla madre, il padre ha una funzione molto importante, anche nel periodo preedipico, nel far sì che il bambino affronti in modo adeguato questo compito evolutivo. Secondo alcuni studi (Lichtenberg 1983; Stern 1985), infatti, per il bambino, anche nei primi mesi di vita, il "terzo elemento" è fondamentale per distinguere il "me" dal "non-me".

Nei futuri pazienti isterici il padre reale non avrebbe assolto in modo sufficiente tale compito, per cui il bambino, sulla spinta delle tendenze evolutive, è stato spinto ad accedere precocemente alla triangolazione edipica per "sopravvivere psichicamente a qualsiasi prezzo" (Rupprecht-Schampera 1995, 459).

La specificità dello sviluppo sessuale maschile e femminile renderebbe allora conto della diversità e della diversa frequenza delle forme dell'isteria nei maschi e nelle femmine. Per quanto riguarda la bambina le diverse possibili risposte paterne alle richieste edipiche della figlia determineranno uno sviluppo normale o patologico. Se la bambina sentirà come fallimentare il tentativo di corteggiamento o se sentirà il padre come minaccioso aggressore non si avrà isteria, ma una regressione alla pericolosa primitiva relazione diadica con la madre, alla base di più gravi patologie.

Se la bambina riuscirà ad ottenere l'interesse del padre che le mancava e costui risponderà in modo non sessualizzato, assumendo, sebbene in ritardo, il suo ruolo di terzo, la bambina potrà riprendere il suo cammino evolutivo.

Solo se la reazione paterna sarà erotizzata, se il padre porta i propri desideri o conflitti sessuali frustrati o irrisolti nella relazione con la bambina, si avrà una situazione traumatica. La diversità e la forza dei meccanismi di difesa messi in atto determinerà le differenti espressioni dell'isteria.

Per il bambino, alle prese con un analogo percorso evolutivo, l'assenza del padre come terzo nella primitiva relazione con la madre può indurlo, nel tentativo di differenziarsi, ad una precoce erotizzazione della relazione, con un "idoleggiamento" del pene, come un oggetto che tenta di avere una funzione di triangolarizzazione che sostituisca il padre assente. In questo caso la risposta materna determinerà il destino dell'evoluzione del bambino da forme più o meno gravi di isteria fino ad una chiara patologia perversa.

L'isteria e il corpo

La ripresa dell'interesse in ambito psicoanalitico per l'isteria ha riguardato, come si è visto, prevalentemente gli aspetti del carattere isterico, mentre i sintomi di conversione che per Freud (1901) costituivano il nucleo dell'isteria non sono considerati oggi significativi ai fini della diagnosi, anche perché dalla clinica sembrano essere scomparse quasi del tutto le imponenti manifestazioni sintomatologiche da cui erano affette le pazienti trattate da Breuer e Freud (1892-1895).

Nel suo recente lavoro Green (1997) pone, tuttavia, ancora una volta, la questione della relazione tra isteria di conversione e patologia psicosomatica.

Per l'Autore anche se oggi i sintomi di conversione non sono cosi frequenti nella clinica come una volta e spesso coesistono con sintomi psicosomatici, non è corretto separare la conversione dall'isteria. In molti casi i sintomi di conversione (come il dolore alla guancia che rappresenta una umiliazione, come risultato di un immaginario schiaffo sul viso) possono essere considerati come una sorta di "demetaforizzazione simbolica". Secondo l'Autore i corpi delle pazienti isteriche, anche se sono poco predisposti ad un eccitamento sessuale e appaiono come corpi sofferenti, soggetti a molti disturbi, che hanno la loro origine nella vita emozionale e nella sessualità, sono corpi sopravvissuti al "lavoro del negativo" (Green, 1993), per il quale si sarebbe dovuta negare la domanda ed il desiderio del piacere.

Spesso il ricorso a cibo, droghe, alcool esprime un desiderio più facilmente esprimibile che quello legato alla sfera della sessualità.

Tuttavia Green (1997) conclude che "rimane la questione del rapporto con la psicosomatica" che richiede una nuova "riconsiderazione".

Questa proposta di Green si inserisce in un ampio dibattito che già da molti anni riguarda la relazione tra i sintomi di conversione e la patologia psicosomatica, che ha evidenziato come per la maggior parte degli Autori vi sia un forte legame tra le due espressioni somatiche della psicopatologia.

Per Freud (1901, 333) perché il corpo diventasse strumento simbolico per drammatizzare un conflitto, occorreva l'intervento del fenomeno della "compiacenza somatica". Quello che caratterizzava l'isteria, distinguendola da altre forme nevrotiche, era, infatti, una sorta di "insufficienza psichica" che non permetteva ai contenuti conflittuali inconsci di pervenire al lavoro mentale.

La stessa relazione fra lo psichico e il somatico era riscontrabile nella nevrosi d'angoscia e nella nevrastenia (Freud, 1893), anche se, tuttavia, in queste ultime il sintomo fisico non aveva alcun legame simbolico con la rappresentazione, ma costituiva soltanto uno sfogo organico dell'eccitazione somatica.

La medicina psicosomatica, successivamente, con il contributo di Autori come Alexander (1950), gli psicoanalisti della Scuola di Boston negli Stati Uniti e dell'Istituto di Psicosomatica di Parigi, Eugenio Gaddini (1968, 1980), Renata De Benedetti Gaddini (1980), J. McDougall (1989) e molti altri ha approfondito lo studio delle "nevrosi attuali", giungendo alle importanti teorizzazioni sul significato intrapsichico e relazionale dei sintomi psicosomatici come espressione di precoci deficit nei processi di mentalizzazione nell'ambito della primitiva relazione madre-bambino.

Sulla base di tali studi e di osservazioni cliniche, in anni relativamente recenti, molti Autori hanno cercato di dare una lettura genetica e relazionale alla predisposizione comune all'isteria e alla patologia psicosomatica di esprimere con il corpo gli affetti.

Freud (1910) aveva notato come i disturbi somatici dell'isteria fossero espressioni caricaturali della rappresentazione sessuale rimossa che poteva, però, essere espressa attraverso il sintomo, grazie ad una sorta di naturale erogeneità del corpo per cui ogni organo o funzione era in grado di diventare oggetto del travestimento simbolico dell'organo genitale. Quest'ultimo concetto è esemplificato dal caso di Dora (Freud 1901) la cui funzione respiratoria era particolarmente sessualizzata ed utilizzata come veicolo dell'eccitazione inconscia nell'identificazione con le partners del padre (la madre e la Sig. K.).

Una rilettura del caso clinico di Dora, alla luce delle teorizzazioni psicoanalitiche sulla primitiva relazione madre-bambino, è stata fatta da molti Autori (Deutsch, 1957; Lopez 1967; Marty et al.,1968; Sperling 1971; Hanus e Strauss 1988) per i quali il caso di Dora è emblematico della possibile coesistenza, accanto ad una interpretazione dei sintomi della ragazza come espressione di una conflittualità edipica, di una interpretazione che rimandi a problematiche e conflitti preedipici.

Per Lopez (1967) alle radici del fallimento dell'analisi della paziente (Dora aveva interrotto il trattamento dopo circa tre mesi) vi era un'impostazione analitica che, compatibilmente con le prospettive teorico-interpretative dell'epoca, era limitata alla ricostruzione della storia edipica. Tale impostazione non aveva permesso a Freud di cogliere le possibili motivazioni, intime e segrete, che avevano guidato la paziente alla scelta di intraprendere un'analisi, motivazioni che, non comprese, avevano portato alla precoce interruzione del trattamento.

Secondo Lopez (1967), infatti, il fondamentale bisogno di Dora era quello di rivendicare la propria identità, continuamente ricercata mediante le diverse identificazioni espresse con i sintomi somatici.

Marty et al. (1968) raggruppano i sintomi di Dora in due categorie: della prima fanno parte la tosse e l'afonia, frutto di un meccanismo di identificazione isterica con la madre sofferente di "catarro genitale" e con il padre affetto da infezione alle vie respiratorie. Nel secondo gruppo rientrano invece l'asma e la cefalea, che egli situa nell'ambito dei fenomeni allergici, espressione della regressione somatica dell'Io.

Sperling (1971) cogliendo importanti analogie tra Dora ed una sua paziente, individua nello stesso sintomo, la tosse, l'espressione di un meccanismo isterico di identificazione di tipo edipico, ma anche una modalità preedipica per somatizzare ansie ed angosce aggressive sorte a causa dell'abbandono materno. Nella rilettura interpretativa del caso Dora, Sperling pone in luce, al di là del desiderio edipico incestuoso, il legame più antico della paziente con la madre, un forte amore rimosso descritto dall'autrice come sentimento omosessuale che già Freud (1901) aveva intuito individuandolo in forma traslata, nell'innamoramento per la sig. K. e, in forma sublimata, nell'estatica ammirazione della Madonna nella cappella di Dresden, affermando, nel *Poscritto,* che, in tale impulso omosessuale risiedeva la più forte delle correnti libidiche rimosse da Dora.

In Dora sarebbero quindi presenti due meccanismi di identificazione: uno edipico e l'altro narcisistico.

Si tratta di ciò che Hanus e Strauss (1988) interpretano come fissazione ad un'immagine materna idealizzata, sottratta al lavoro del lutto, in cui i sentimenti di ostilità nei confronti della madre reale sono profondamente rimossi. Nella rilettura postfreudiana del caso, tali autori ipotizzano che la nevrosi di Dora fosse organizzata attorno ad un primitivo nucleo narcisistico, mentre Freud si era limitato a portare alla luce il nucleo fallico-edipico. La lotta edipica che Dora conduceva era probabilmente motivata, rilevano i due autori, dai profondi desideri di vedere vendicata la propria esigenza di essere amata ed accettata dalla madre, la quale, descritta come una donna fredda e distante, aveva probabilmente inflitto dolorose frustrazioni ai bisogni narcisistici della figlia. L'identificazione regressiva di Dora con la madre sofferente di "psicosi della casalinga" (Freud 1901, 316), espressione di tematiche anali, avrebbe determinato la somatizzazione intestinale per cui la morte di Dora per cancro al colon (di cui da notizia Deutsch, 1957) viene vista da Lopez (1967, 259) come una "interessante, ma speculativa" ipotesi di "cancerizzazione sulla base di somatizzazione cronica".

L'ipotesi comune a tali Autori è quindi che ciascun sintomo somatico può essere espressione di problematiche e conflitti propri di diverse fasi evolutive per cui in tali pazienti il corpo sembra essere il veicolo privilegiato per esprimere gli affetti.

Il sintomo somatico diventa allora reminiscenza di un'esperienza traumatica, registra quelle impressioni traumatiche inconsce (Freud 1920) vissute nel corso dell'interazione primitiva con la madre, quando quest'ultima abbia fallito nella funzione di "scudo para-eccitatorio" (Freud 1920,216).

Sperling (1949) ridefinisce la compiacenza somatica una sorta di predisposizione difensiva acquisita nel corso di una relazione primaria "psicosomatica", l'inclinazione, cioè ad utilizzare un registro primitivo, pre-simbolico per esprimere tutto ciò che non può essere integrato nella mentalizzazione, realizzando nel corpo sia desideri e fantasie di fusione con l'ambiente materno, che affetti aggressivi, conseguenti alla rabbia per un abbandono sentito come intollerabile.

L'accento è posto su un tipo di relazione in cui la madre, a causa di propri bisogni patologici, frena l'espressione dell'aggressività del bambino, rinforzando, invece, atteggiamenti di dipendenza e sottomissione.

Secondo l'Autrice quindi nei pazienti che manifestano sintomi di conversione le fantasie e i desideri di natura edipica hanno spesso una funzione difensiva nei confronti della possibile regressione a livelli preedipici. In questa prospettiva quindi, per l'Autrice, i sintomi di conversione rimandano in ogni caso ad un primitivo irrisolto rapporto simbiotico con la madre.

Nell'analisi di un caso clinico d'isteria, Sperling (1971) ha rilevato come fenomeni di conversione somatica si determinavano non soltanto in quelle situazioni di tentazione sessuale in grado di rimobilitare una problematica edipica irrisolta, ma altresì in risposta ad episodi di distacco e separazione, che, riattivando un'antica ferita narcisistica, conducevano la paziente a risomatizzare, per mezzo della compiacenza somatica, angosce di abbandono ed ansie primitive sperimentate alla soglia della prima fase di separazione dalla madre.

Il sintomo asmatico della paziente costituiva, secondo l'analisi di Sperling, non solo la conversione somatica di eccitamento sessuale, ma anche l'espressione di istinti aggressivi rivolti alla madre (che l'aveva abbandonata per occuparsi del fratello), che, per il non raggiungimento della posizione depressiva, non erano stati "metabolizzati" risultando scissi dalle pulsioni libidiche, con il conseguente aumento del loro potenziale distruttivo. La tendenza dell'ambiente a domare le forze aggressive del lattante, enfatizzando invece le forze libidiche mediante un'iperstimolazione erotica del corpo infantile, sembra svolgere un contributo di primaria importanza, per Sperling, nel deter-

minare la scelta somatica. I sintomi si svilupperanno, allora, quando la maturazione puberale, riaprendo il problema relativo alla separazione-individuazione, fornirà la spinta necessaria al manifestarsi dell'aggressività e del senso di colpa da essa derivato, associato alla paura: di aver ucciso l'oggetto materno.

L'Autrice propone allora, come già altri Autori che si erano occupati dell'isteria in una prospettiva più globale, una stretta relazione tra l'isteria e la depressione.

Il sintomo della cefalea della paziente assume pertanto per Sperling (1971) una funzione economica di difesa dal suicidio, modalità somatica per eludere tendenze autodistruttive, e gli stessi problemi respiratori una modalità per soffocare la rabbia primaria.

La stessa Dora soffriva di frequenti cefalee e di sintomi depressivi (il *taedium vitae)* e nella sua storia vi era stata una intenzione suicida (espressa nello scritto trovato dai genitori).

Per Sperling (1949, 1971) quindi il fenomeno della compiacenza somatica sottende, come per Freud (1901), una sorta di "insufficienza psichica", che rende il corpo predisposto ad esprimere somaticamente gli affetti.

Tali considerazioni di Sperling richiamano gli studi più recenti che interpretano la particolare "vulnerabilità psicosomatica" di alcuni pazienti come espressione della mancata integrazione mente-corpo, di una carenza nei processi di "insediamento della mente nel corpo", di "collusione psicosomatica" ed in definitiva nella formazione del Sé (Winnicott 1965; 1974, 103). Quando non è avvenuto quel processo di "desomatizzazione della psiche" (McDougall 1989, 38) che permette la capacità di distinguere fra ciò che è somatico e ciò che è psichico, l'individuo si servirà di fenomeni di espressione somatica in risposta agli eventi stressanti della vita.

Anche secondo McDougall (1989) fenomeni psicosomatici possono nascondersi anche dietro sintomi classicamente considerati isterici per cui, dietro un quadro edipico apparentemente nevrotico, che impedisce la piena realizzazione degli impulsi genitali, può nascondersi un conflitto ancora più arcaico, fra sopravvivenza e catastrofe (Brenman 1985) che, immediatamente evacuato nel corpo, non giunge mai alla mentalizzazione.

L'autrice propone allora l'esistenza di un'isteria arcaica che si instaura in alcuni pazienti i cui sintomi ad espressione somatica rivelano un irrisolvibile conflitto fra la tendenza evolutiva verso la separazione dall'oggetto primario e la spinta regressiva verso l'unione simbiotica.

Ogni tentativo di individuazione rispetto al sistema simbiotico di relazione è in questi pazienti minacciato dal timore del disinvestimento narcisistico della madre, la quale, carente nell'offrire un modello d'identificazione che sia d'appoggio alla formazione dell'identità, espone il lattante al ri-

schio di angosce di annichilimento del Sé, qualora egli tenti di conquistare una propria autonomia all'interno della relazione duale. McDougall (1989) ritiene che in alcuni casi nell'individuo permanga l'inconscia proibizione ad appropriarsi del proprio corpo, vissuto di proprietà della madre arcaica. La funzione del sintomo somatico resta allora quella di garantire la continuità simbiotica con l'ambiente materno, perpetuando l'omeostasi narcisistica, attraverso la richiesta di cure fisiche e, nello stesso tempo, quella di affermare il diritto ad una esistenza separata, saggiando, attraverso i sintomi somatici, i limiti del proprio corpo. Il corpo investito narcisisticamente non può allora essere utilizzato come veicolo per l'apertura a modalità di relazione svincolate dal modello primario ed il vissuto che caratterizza i rapporti intimi è pertanto contrassegnato da un'irrisolvibile ambivalenza fra la spinta libidica verso l'oggetto, sperimentata come profonda esigenza di fusione, e la spinta distruttiva di cui è espressione l'angoscia persecutoria dell'annullamento psichico ereditata nella relazione primaria.

La presenza dell'elemento paterno, inserendosi a questo punto nella diade primitiva, infrange l'illusione fusionale, favorendo la rinuncia alla cosiddetta fantasia di un corpo per due.

Nell'isteria arcaica la triangolazione sembra prendere le mosse da un'edipizzazione precoce (secondo un concetto poi ripreso da Rupprecht-Schampera 1995) in cui la madre, rivelatasi carente nella fantasmatizzazione del terzo, ha utilizzato il bambino come strumento di auto-soddisfacimento erotico e di compensazione fallica, squalificando pertanto il ruolo paterno e facendosi detentrice del potere maschile.

Le fantasie di bisessualità, che emergono con frequenza dal materiale clinico delle pazienti isteriche e che si esprimono talora nei sintomi somatici dell'isteria, appaiono quindi nel loro significato difensivo nei confronti della temuta consapevolezza di una differenza tra i sessi.

Jaffe (1971) descrive il caso di una paziente isterica che fra i sintomi lamentati presentava palpitazioni, un senso di pressione al petto e di costrizione alla gola, legati alla paura che un coltello potesse penetrarle nel petto qualora si fosse concessa la libertà di respirare. Gli attacchi di palpitazione, in cui il cuore rappresentava il pene nell'atto di dilatarsi, rivelano, per l'autore, l'identificazione maschile della paziente, oltre alla quale appare l'identificazione femminile, espressa dalla paura che, se avesse rilassato i polmoni, il suo cuore sarebbe stato trafitto da un coltello.

Inoltre, come emerge da altre associazioni della paziente, l'equazione simbolica (Segal, 1957) pene - seno la proteggeva dal sentirsi vuota e disperata contro il mondo; munendosi dell'attributo fallico si difendeva da dolorosi sentimenti di vulnerabilità, impotenza e senso di inferiorità. Come afferma Micati (1988), infatti, la percezione di possedere un organo genitale cavo, aperto verso

l'esterno, in cui i contenuti interni possono defluire e quelli esterni penetrare, può tradursi in certi casi in un'esperienza angosciante. L'acquisizione della separazione fra i sessi costituisce quel normale esito evolutivo che consente di pervenire ad una relazione sessuale fra partner in cui la differenza riunisce e l'unione differenzia, un rapporto in cui, secondo Micati, è possibile dar spazio alla nostalgia di fusione, cioè al desiderio di perdere i confini del Sé insieme ad un altro, per ridivenire una persona intera e separata. Nell'individuo in cui la primitiva esperienza di fusione con il corpo materno è stata accompagnata da forti timori di perdere i propri limiti, la fantasia di bisessualità costituisce un tentativo di soluzione all'angoscia di perdita del Sé che segue al momento della separazione dalla madre. Jeanneau (1985) interpreta la fantasia bisessuale come ciò che permette di trascendere le barriere anatomiche, intese come limiti differenziativi che uniscono i genitori separandoli dal bambino, il riconoscimento dei quali riaprirebbe l'antica ferita narcisistica, intollerabile all'isterico, dell'esclusione dalla scena primaria.

Allora, alla luce del significato dinamico delle fantasie di bisessualità delle pazienti isteriche, l'invidia del pene sembra non costituire più, come afferma Micati (1988), quella roccia basilare oltre a cui Freud ritenne impossibile indagare, ma può essere elaborata all'interno del lavoro analitico.

Da quanto emerso finora appare evidente che gli Autori che hanno studiato i sintomi di conversione dell'isteria alla luce del concetto di "compiacenza somatica" sono concordi nel ritenere che non sia possibile nella clinica una distinzione fra sintomo psicosomatico e di conversione, secondo cui il primo è la difesa da angosce regressive, di tipo psicotico legate al pericolo della frammentazione e della dispersione dei limiti del Sé e il secondo segue invece alla rimozione di angosce più evolute, di tipo nevrotico, legate alla sessualità. Questo è quanto osserva McDougall (1989), la quale avanza l'ipotesi secondo cui, un sintomo somatico come, ad esempio, l'impotenza sessuale, quando si configura come la soluzione nevrotica ad un conflitto fallico-edipico, può essere considerato anche come una formazione protettiva da angosce ed ansie profonde inerenti a quel nucleo psicotico che, secondo l'autrice, costituirebbe la base a partire dalla quale si organizza la nevrosi, anche se, con il progredire dello sviluppo psichico il sintomo somatico può essere riedificato a nuovi, più maturi livelli di significazione.

Nel caso clinico della paziente Georgette che, fra i vari sintomi somatici, presentava un edema allergico ai crostacei (le era proibito mangiare i frutti di mare, equivalenti simbolici nel loro significato di "frutti di madre" (Segal 1957) dell'organo genitale femminile, perché mangiarli recava il significato non simbolizzabile di possedere il sesso materno, espressione del bisogno di fusione erotica con la madre, vissuto come pericoloso*)* McDougall mostra come la paziente, attraverso

l'elaborazione in analisi della primitiva relazione con la madre poté associare ai pesci il significato (veicolato ancora dal significante pre-verbale contenuto nell'odore), dell'unione dei due sessi, avvicinandosi, attraverso la fantasia dei genitori combinati, all'accettazione delle differenze sessuali, nel cammino verso la triangolazione edipica.

Secondo queste teorizzazioni allora diventa evidente l'impossibilità dell'individuo isterico di accedere al progetto sessuale adulto. Per De Martis e Petrella (1991, 29), infatti, la sessualità non può essere sperimentata liberamente non soltanto perché rimane inscritta nella conflittualità edipica, ma anche perché "l'investimento amoroso e l'adempimento pulsionale entrano in conflitto con il timore dell'abbandono e della perdita degli oggetti parentali", abbandono che, a causa della persistente dipendenza dagli oggetti, è origine di angosce di annientamento e di perdita nel momento in cui "il paziente isterico si senta costretto ad affrontare senza appoggi le esigenze pulsionali". Per questi Autori quindi, molte manifestazioni isteriche rappresentano una risposta difensiva da ansie arcaiche, vissute come ripetizione di angosce catastrofiche infantili, mentre l'aspetto depressivo dell'isteria rimanda agli aspetti aggressivi delle relazioni con le figure parentali.

Tutti gli Autori considerati sembrano allora concordi nel ritenere che isteria e patologia ad espressione somatica condividano una preistoria comune, una sorta di storia pre-nevrotica che affonda le radici in una disfunzione precoce del dialogo fisico-affettivo con la madre nel periodo postnatale, responsabile della scissione mente-corpo, dove l'immaturità dello sviluppo corporeo è si lega ad una difficoltà della madre a fornire un codice di senso ai primitivi affetti dell'Io.

Sotto questa luce la sessualità diventa fonte di conflitto e rappresenta, come indicano De Martis e Petrella (1991), il momento di massima specificità con cui l'isteria si manifesta, dal momento che può diventare evocatrice di un legame irrisolto con gli oggetti parentali infantili.

Alla fine di questo percorso ci sembra di poter concludere che, oggi, al di là della poliedricità dei sintomi somatici dell'isteria di conversione e dell'apparente inafferrabilità del carattere isterico, quello che emerge dalla letteratura più recente (Rupprecht-Schampera 1995, Green 1997) è che l'isteria possa essere considerata un'entità autonoma nell'ambito della nosologia psicoanalitica.

Tuttavia le differenti forme cliniche in cui l'isteria può manifestarsi, a seconda della specificità delle difese messe in atto, fanno sì che, come rileva Green (1997), talvolta l'isteria, nelle sue superficiali manifestazioni cliniche, possa essere confusa con la patologia borderline per cui solo una attenta valutazione metapsicologica può portare a scoprire la specificità del quadro isterico.

L'originale lavoro di Rupprecht-Schampera (1995), che affronta il problema dell'isteria da un punto di vista genetico, nell'ambito della teoria delle relazioni oggettuali, offre una prospettiva unitaria per cui le differenti forme dell'isteria ricevono una interpretazione nella dinamica delle primitive relazioni della bambina e del bambino con le figure genitoriali.

In questa prospettiva diventa più chiaro il legame tra isteria e depressione (problema con il quale molti Autori si sono misurati) se si legge il problema dell'isteria all'interno del processo di separazione-individuazione.

Infatti, soprattutto fra gli Autori che si sono occupati della relazione tra sin tomi di conversione e patologia psicosomatica, più vicini ad una visione relazionale della patologia, molti rilevano che la depressione sembra essere l'affetto più temuto dalle pazienti isteriche[2]. Infatti è proprio per difendersi dalla depressione che esse metterebbero in atto sia difese più mentalizzate, espresse nel carattere isterico (fantasie di bisessualità, diniego delle differenze tra sessi e generazioni) che sintomi somatici spesso sovradeterminati.

L'isteria rappresenterebbe, quindi, nelle sue diverse manifestazioni, una peculiare difesa dalla depressione, nel cammino evolutivo che, da una situazione fusionale con la madre, porta, attraverso la funzione separante del padre, ad una esistenza, anche corporea, separata.

Note

1. Per la specificità anatomica femminile i due organi sessuali la clitoride e la vagina, comportano uno sviluppo sessuale bifasico con la necessità per la bambina di mutare oggetto di investimento libidico dalla madre al padre.
2. Il problema della "scelta" della nevrosi ha occupato Freud in tutta la sua opera ed è, in ambito psicoanalitico, un argomento vasto e complesso che esula dagli scopi del presente lavoro. Per quanto riguarda l'isteria Freud (1925,1931) vede nella difficoltà delle donne di superare il complesso edipico, difficoltà insita nella differenza anatomica e nella peculiarità dello sviluppo psicosessuale, la predisposizione delle donne a diventare isteriche. Tra gli Autori successivi, come si è visto, solo Rupprecht-Schampera (1995) offre un'ipotesi esplicativa della diversa genesi e dell'espressione dell'isteria maschile e femminile.

Bibliografia

ALEXANDER, F. (1950) *Medicina psicosomatica.* Giunti Barbera Firenze, 1951.

BERES, D. (1974) In: Panel on "Hysteria today". *Int. J. Of PsychoAnal.,* 55, 459-469.

BION, W.R. (1962) *Gli elementi della psicoanalisi.* Armando Editore, Roma 1979.

BRENMAN, E. (1974) In: Panel on "Hysteria today". *Int. J. Of PsychoAnal.,* 55, 459-469

Brenman, E. (1985) Hysceria. *Int. J. of Psicho-Anal.,* 66, 423-432.

DE BENEDETTI GADDINI, R. (1980) Patologia psicosomacica come difetto maturativo. *Riv. Psicoanal.,* 3, 381-388.

DE MARTIS, D., PETRELLA, F. (1991) L'isteria oggi. *Gli argonauti,* 48, 25-32.

DEUTSCH, F. (1957) A footnote to Freud's "Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria". *Psychoanal. Quart.* 26, 159-167.

EASSER, B.R., LESSER, S.R. Hysterical personality: a re-valuation. *Psycoanal. Q.*, 34, 390-405.

FAIN, M., BEGOIN-GUIGNARD, F. (1984) Identification hystérique ec identification projective. *Rev. Franc. Psycanal.,* 48, 515-527.

FAIN, M. (1985) Communication. *Rev. Franç. Psycanal.,* 49, 1 citato in Ody (1986)

FERENCZI, S. (1928): La terapia analitica del carattere. In: *Fondamenti di psicoanalisi.* vol. 3. Guaraldi, Rimini, 1974.

FREUD, S. (1890) Trattamento psichico (trattamento dell'anima). *O.S.F.,* 1.

FREUD, S. (1892-1895) Studi sull'isteria. (In collaborazione con J. Breuer). *O.S.F.,* 1.

FREUD, S. (1893) Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi noto come "nevrosi d'angoscia". *O.S.F.,* 2.

FREUD, S. (1901) Frammento di un'analisi d'isteria. (Caso clinico di Dora). *O.S.F.,* 4.

FREUD, S. (1905) Tre saggi sulla teoria sessuale. *O.S.F.,* 4.

FREUD, S. (1910) I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica. *O.S.F,* 6.

FREUD, S. (1920) Al di la' del principio di piacere. *O.S.F.,* 9.

FREUD, S. (1925) Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi. *O.S.F.,* 10.

FREUD, S. (1931) Sessualità femminile. *O.S.F.,* 11.

GADDINI, E. (1968). Sulla imitazione. In: *Scritti, 1953-1985*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

GADDINI, E. (1980) Note sul problema mente-corpo. *ibidem.*

GREEN, A. (1974) In: Panel on "Hysteria roday". *Int. J. of Psycho-Anal.,* 55, 459-469.

GREEN, A. (1993) *Il lavoro del negativo.* Borla, Roma, 1996.

GREEN, A. (1997) Chiasmus: prospective - borderlines viewed after hysteria; retrospective - hysreria viewed after borderlines. *12° Congress of The European Psychoanalytic Federation.* Geneve 21 March 1997 (in press).

GRUMBERGER, B. (1952) Conflict orale et hystérie. *Rev. Franç. de Psycanal.,* 17, 250-271.

HALBERSTADT-FREUD, H.C. (1996) Studies on hysteria one hundred years on: a century of psychoanalysis. *Int. J. Of Psycho-Anal., 77, 983-996.*

HANUS, M., STRAUSS, M. (1988) Traumatismes sexuels et traumatismes narcissiques. *Rev. franç. Psychanal.,* 6, 1305-1319.

JAFFE, S.D. (1971) The role of ego modification and me task of structural change in the analysis of a case of hysteria. *Int. J. Psycho-Anal.,* 52, 375-393.

JEANNEAU, A. (1985) L'hystérie. Unité et diversité. *Rev. Franç. Psycanal.,* 49*,* 107 -321.

LAPLANCHE, J. (1974) In: Panel on "Hysteria today". *Int. J. of Psycho-Anal.,* 55, 459-469.

LICHTENBERG, J.D. (1983) *Psychoanalysis and Infant Research.* The Analytic Press, Hillsdale N.J. & London.

LOPEZ, D. (1967) Rileggendo il caso Dora. *Riv. Psicoanal.,* 13, 3, 215-262.

MAHLER, M., PINE, BERGMAN, A. (1975) *La nascita psicologica del bambino.* Boringhieri, Torino, 1978

MARMOR (1953) Orality in hysterical personality. *J. of Am. Psycoanal. Ass.,* l, 656-671.

MARTY, P., FAIN, M., DE M'UZAN, M., DAVID, E. (1968) Le cas Dora et le point de vue psychosomatique. *Rev. Franç. Psychanal.,* 32, 669-714.

MCDOUGALL, J. (1989) *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici.* Raffaello Cortina Editore, Milano 1991.

MICATI, L. (1988) Sulla sessualità femminile: osservazioni sulle forze che ne ostacolano lo sviluppo e la loro risoluzione. *Riv. Psicoanal.,* 34, l, 11-49.

MOSER, A. (1997) *Une ou plus psychanalyses pour comprendre l'hystérie et les états-limites.* 12° Congress european of psychoanalysis. Geneve 21 march 1997.

NAMNUM, A. (1974) Panel on "Hysteria today". *Int. J. Psycho-Anal.,* 55, 459-469.

ODY, M. (1986) De l'opposition entre hystérie et dépression. *Rev. Franç. Psichanal.,* 3, 905-921.

RANGELL, L. (1959) The nature of conversion. *J. Amer. Psychoanal Assn. 7,* 632-662.

REICH, W. (1933) *Analisi del carattere.* Sugar, Milano 1983.

RUPPRECHT-SCHAMPERA, U. (1995) The concept of "early triangulation" as a key to unified model of hysteria. *Int. J. Of Psycho-Anal., 76, 457-473.*

SEGAL, H. (1957) Notes on Symbol Formation. *Int. J. Psycho-Anal.,* 38*,* pp. 391.

SPERLLNG, M. (1949) The role of the mother in psychosomatic disorders in children. *Psychosom. Med.,* 11, 377-385.

SPERLLNG, M. (1971) Conversion hysteria and conversion symproms: a revision of classification and concepts. *J. Amer. Psychoanal. Assn.,* 5, 745-771.
STERN, D. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino.* Boringhieri, Torino, 1987.
WINNICOTT, D.W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente.* Armando, Roma 1970.
WINNICOTT, D.W. (1974) Fear of breakdown. *Int. Rev. Psychoanal.* l, p. 103-107.
ZETZEL, E.R. (1968) The so-called good hysteric. *Int. J. Psychoanal.,* 49, p. 256-260.

Riassunto

Nel presente lavoro le Autrici ripercorrono la letteratura psicoanalitica sull'isteria. Tale percorso evidenzia come, nel tentativo di rispondere al quesito "che cos'è l'isteria oggi", i diversi Autori colgano analogie e differenze sia con la patologia borderline che con la patologia psicosomatica, nell'intento di verificare se sia possibile porre diagnosi di isteria come entità autonoma nell'ambito della nosologia psicoanalitica. Dalla revisione della letteratura è emerso che la maggior parte degli Autori interpretano la poliedricità delle manifestazioni isteriche come tentativo di difesa dalla depressione.

Summary

The Aulhors revise the psychoanalytic literature on hysteria and find that, in attempt to answer the question "what is hysteria today", different Authors point out convergencies and divergencies both with borderline and with psychosomatic pathology.

The Author's aim to give a definition of hysteria, as a clinical entity inside the psychoanalytic nosology.

It seems clear that most of recent Authors consider tbe multifaced phenomenon of hysteria as a defence against depression.

EMILIA FERRUZZA
Via D. Campagnola, 14
35137 Padova

STEFANIA MAGGIOTTO
Via Giacomo Agnese, 39
18100 Imperia

LETTURE

M.L. ALGINI (A CURA DI)

Tra ascolto e interpretazione.

Quaderni di psicoterapia infantile n. 38, nuova serie.

Borla, Roma 1998, pagg. 244. Lire 40.000.

Qesto libro è una raccolta di articoli che osservano da molti vertici quello spazio perturbante e misterioso he è lo spazio analitico.

Gli scritti accompagnano il lettore dalle relazioni *inconoscibili* dell'inconscio attraverso le elaborazioni della coppia analitica, ed affondano nel preconscio fino alla consapevolezza mediata dall'ambiguità della parola.

La parola, utilizzata alle origini della psicoanalisi come portatrice della verità alla coscienza, viene vissuta sempre più nella sua realtà di limite. La parola è perfino fraintendimento, ma è a volte illuminazione nel percorso che si svolge in quella fatidica stanza d'analisi. Si può manifestare come lo strumento che in qualche modo consente di proseguire la strada.

Mi accorgo di avere quasi il desiderio di aggiungere all'affresco formato da questi scritti i miei pensieri stimolati dalla lettura. Forse perché trovo difficile rendere in modo adeguato i contenuti dei moltissimi articoli dei quali è composto questo libro, e sarei tentata, come via più facile, di non scrivere una recensione, nel significato e nell'ambito del termine (ossia di svolgere una operazione di informazione e di segnalazione di un testo ad altri possibili lettori), ma di fare qualche cosa di diverso e più personale, di aggiungere addirittura un altro scritto! Sarebbe paradossale.

Dato che i lavori che compongono il libro sono così numerosi e data la pregnanza di ciascun lavoro, mi manterrò "sul confine" senza farmi prendere la mano.

La prima parte del libro è composta da articoli di diversi autori che, a partire dall'analisi infantile fino all'analisi dell'adolescente, colgono con perizia i contenuti teorico-clinici ed i vissuti spesso indicibili che tracciano il percorso analitico. Debbo sottolineare che il lettore riceve un notevole arricchimento dal senso armonico risultante dal buon lavoro di gruppo svolto dagli autori.

Il primo scritto è quello di Pia De Silvestris, il cui significato profondo trascende il pregnante esempio clinico riferito ed investe la qualità della possibile comunicazione tra "due persone in una stanza".

Focalizza il significato creativo del silenzio come attesa filtrata dal controtransfert, che può consentire di aprire lo spazio interiore affinché la coppia analitica possa creare l'elemento trasformativo. A volte questa "attesa" epifanica viene bruciata dall'intervento verbale dell'analista che offusca e impedisce il ritrovamento ed il cambiamento, sovrapponendo un modello precostituito nella sua mente.

È anche molto interessante come la De Silvestris porti visivamente nel campo analitico il lavoro inconscio delle identificazioni crociate, proponendo l'immagine del quadro di Magritte *L'ésprit de géometrie.*

Il pensiero della De Silvestris si congiunge armonicamente con il successivo lavoro di M. Luisa Algini, nel quale si evidenzia tutto il mistero inconoscibile della espressione verbale che nasce nell'analista, ma che è il prodotto dell'incontro inconscio-inconscio, in quanto area di comunicazione trasversale tra i componenti la coppia analitica.

Il lavoro della Algini si trova anche in contatto con uno scritto successivo di Cristina Ricciardi e Marina Sapio, quando si occupa del sogno come lavoro autointerpretativo del soggetto, che è anche espressione dell'inconoscibile e dell'ignoto del soggetto stesso.

Con profonda sensibilità psicoanalitica M. Luisa Algini pone l'accento sul limite e sul relativo insito nella possibilità di comprensione dell'altro e come questo sia un continuo gioco di rimando reciproco tra paziente ed analista: ciascuno attribuisce un proprio senso a ciò che ascolta dall'altro.

I tre lavori successivi, di Carla Farina, Gabriella Carnesecchi e Lika Costis, si avventurano nello spazio di ambiguità determinato dalla insopprimibile diversità tra mente adulta e mente infantile.

Questa diversità può intrudere massicciamente nella potenzialità creativa della coppia terapeutica al lavoro, che cerca invece un terzo vertice: quello che apre a nuova e più ampia pensabilità.

Gabriella Carnesecchi si sofferma sulla funzione anaclitica svolta dalla mente adulta per il bambino malato. La mente adulta contiene la possibilità di pensare e di trascendere le carenze simboliche.

Lika Costis getta un ponte tra questa prima parte del libro: "Tra ascolto e interpretazione", e la seconda parte: "Metafora e rappresentazione".

Nella seconda parte sono pubblicati scritti di noti psicoanalisti, ma ora, in relazione al pensiero della Costis, menzionerò soltanto lo scritto di Raymod Cahn sulla articolazione tra rappresentazione ed affetti.

L'asse di collegamento di cui parla Cahn nel crocevia narcisistico-oggettuale, è anche il tema proposto dalla Costis che afferma che una interpretazione condivisa può nascere soltanto dagli affetti attivi nella coppia. Per la Costis, soltanto in questi casi si può avere un effetto trasformativo.

Lo scritto a sei mani della A.M. Chagas Bovet, A.M. Lanza e S. Picece Bucci ha un carattere più teorico.

È una chiara e coerente esposizione di come un fatto traumatico, o meglio un trauma cumulativo, possa incidere sull'organizzazione potenziale infantile, confondendola e disorganizzandola. Prosegue poi evidenziando come lo spazio terapeutico possa fornire le condizioni per la riformulazione di un'area mentale condivisa, necessaria premessa perché il bambino possa esistere come persona.

Daniela Lucarelli torna a focalizzare l'attenzione su quello spazio misterioso che costituisce l'ascolto e su ciò che avviene dopo un intervento verbale dell'analista, che è in sé un limite dividente. Il processo psicoanalitico può proseguire soltanto se l'analista è attento a come è stato recepito, "ascoltato" dal paziente l'intervento stesso.

Viene anche sottolineata la "evoluzione naturale del transfert" come fenomeno che non va disturbato da interventi prematuri e che, seguendo il pensiero di Winnicott, porta gradatamente a far uscire l'analista dall'area dei fenomeni soggettivi del paziente, per entrare nell'area del gioco creativo, della quale fanno parte anche le interpretazioni.

Il lavoro di Rosa D'Agostino affranca le difficoltà tecniche specifiche per le patologie psicosomatiche e borderline.

Il processo terapeutico con questi pazienti è necessariamente molto lento, in particolare con i pazienti psicosomatici. L'interpretazione attiva induce i pazienti ad una regressione "maligna", per usare il concetto di Balint. Di conseguenza l'interpretazione deve invece "stazionare" nella mente dell'analista mentre è importante la partecipazione emotiva e non verbale che accompagna i pazienti verso una pensabilità che supera le barriere della negazione.

Secondo la D'Agostino il processo terapeutico con i pazienti psicosomatici e borderline, può essere suddiviso in tre fasi: 1) bozzolo; 2) rabbia narcisistica; 3) nevrosi di transfert.

Queste fasi sono necessarie ai pazienti per emergere dalle difese massicce poste in essere per la propria sopravvivenza.

Con il lavoro di Cristina Ricciardi e Marina Sapio, nonché il successivo di Adriana Maltese e Gianluigi Monniello, entriamo in un'altra zona peculiare delle relazioni terapeutiche: quella dell'adolescenza.

Passiamo dalla concretezza del gioco infantile, espressione e strumento di comunicazione condivisa tra paziente e analista, alle difficoltà tecniche che pone all'analista la relazione dialettica con lo specifico funzionamento psichico dell'adolescente.

La saggezza popolare dice che l'adolescente "non è né carne né pesce". È proprio in questa sua indefinitezza, il potenziale creativo per la riformulazione di quanto nella sua psiche si era organizzato nell'infanzia.

L'adolescente si sente oggetto di eventi che lo trascendono, ai quali non sa ed a volte teme di dare un senso. Le trasformazioni corporee e le spinte pulsionali incongrue ed incontenibili lo pongono nella necessità di scaricare in azioni ed evacuare nel concreto ciò che lo sovrasta.

È molto interessante come Ricciardi e Sapio collocano il sogno in questa attività di legamento dell'eccitazione, simile all'azione.

Questa modalità di vivere il proprio mondo onirico è per l'adolescente un sistema protettivo rispetto al mondo interno che lo spaventa.

Le autrici ipotizzano questo come un primo approccio al sogno. È un modo che va rispettato e non toccato, in attesa che l'adolescente possa adoperare la "figurabilità rappresentativa" del suo sogno, come qualche cosa su cui riflettere. Il secondo passaggio nel processo terapeutico è quello dato dalla funzione dell'analista che rimane "testimone" del sogno e della capacità riflessiva, testimone quindi del mondo interno dell'adolescente. Dopo questa tappa evolutiva, l'adolescente può avvicinare in modo ludico la raffigurabilità onirica del proprio mondo interno ed avviarsi ad usarlo in modo creativo.

Questo lavoro di Ricciardi e Sapio e il successivo di Adriana Maltese e Gianluigi Monniello in modo anche più esplicito, introducono poi un focus di attenzione spesso trascurato: il lavoro del preconscio.

Questa località psichica, così importante per l'equilibrio del funzionamento globale, è attualmente sempre più valorizzata e presa in considerazione dal pensiero psicoanalitico francese.

Infatti troviamo un interessante ponte con gli scritti dell'ultima parte del libro, che si soffermano sulla funzione del preconscio per la rappresentabilità.

Maltese e Monniello suggeriscono nel trattamento degli adolescenti, di lavorare usando la "figurazione" quale intermediario mentale attraverso il quale comunicare lo stato dell'essere e del sentire del terapeuta. Ciò significa comunicare al paziente adolescente ciò che la mente del terapeuta attraverso il controtransfert, ha immaginato della vita e del comportamento del paziente, restituendo

al paziente una immagine di sé quale "rappresentazione" fruibile dal preconscio, altrimenti ingorgato dai derivati inconsci.

Last but not least il lavoro di Andreas Giannakoulas ci conduce con perizia nella storia psicoanalitica dell'interpretazione e tocca spesso l'aspetto metaforico che la sustanzia, fornendo un ulteriore collegamento con l'ultima parte del libro.

La panoramica espressa nel testo di Giannakoulas si allarga al pensiero della psicoanalisi francese, comprendendo anche il lavoro scientifico "continentale" e non soltanto quello delle diverse correnti inglesi.

"Recuperare il passato nel presente" è l'essenza del lavoro *hic et nunc.* Il quadro concettuale nonché la personalità dello psicoanalista determinano il modo in cui il paziente giunge alla comprensione di sé.

Per quanto mi riguarda Giannakoulas sfonda una porta aperta quando afferma, citando M. Milner, che "piuttosto che rifiutare il paziente, i cui disturbi psichici non possono adattarsi al setting, il setting deve essere modificato o addirittura inventato, costruito, creato per adattarsi al paziente".

Un altro passaggio interessante che collega il lavoro di Giannakoulas ai precedenti scritti, soprattutto a quello di Ricciardi e Sapio, è che per il paziente è importante la sua capacità di sognare, non l'interpretazione del sogno. In proposito cita M. Khan: "I processi onirici sono presenti, ciò che manca è lo spazio". "L'incapacità di un paziente di usare lo spazio del sogno come luogo dove attualizzare il suo vissuto dei processi onirici lo porta ad attualizzare i suoi sogni nello spazio sociale".

Sono ora giunta alla seconda parte del libro, quella intitolata: "Metafora e rappresentazione".

L'affermazione che si legge in quarta di copertina che questi scritti di psicoanalisti francesi "completano" il libro, non mi trova d'accordo.

Nella prima parte si respira una atmosfera di lavoro di gruppo che si conclude con il lavoro di Giannakoulas.

Forse la mia soglia di attenzione personale è particolarmente bassa, ma debbo riconoscere che ho fatto uno sforzo a proseguire la lettura di questa seconda parte che, secondo me, costituisce un altro libro o meglio un'altra raccolta di scritti importanti e pregevoli, ma che non sono frutto di un lavoro comune come la prima parte.

Il tema che li raccoglie: "Metafora e rappresentazione" ci pone di fronte a complessi sistemi di pensiero diversi l'uno dall'altro.

Francois Duyckaerts coglie appieno il senso della metafora, come creazione mentale che fa pensare e soprattutto riflettere, ossia ri-pensare in modo esplorativo, per creare un nuovo senso. E il nuovo senso trascende i due termini della similitudine ed apre a nuova esperienza. È una elaborazione di dati psichici. Sappiamo bene quanto la metafora faccia parte del lavoro dell'analista, ma anche faccia parte della possibilità del paziente di aiutarci mediante le sue rappresentazioni.

E delle rappresentazioni legate e mosse dagli affetti ci parla Raymond Cahn, come ho già precedentemente accennato parlando degli articoli della Costis e Maltese-Monniello.

Cahn ci propone una magistrale lezione di psicoanalisi, con percorso storico-evolutivo. Riprendendo la descrizione dell'organizzazione psichica secondo i tre fondamentali ed interdipendenti punti di vista freudiani: dinamico, topico ed economico, sottolinea come il linguaggio sia condizionato dalla rappresentazione.

La premessa per l'esistenza della rappresentabilità è costituita dall'esistenza di un periodo di sufficiente "illusione primaria" (con ampia citazione del pensiero winnicottiano) che apre alla creatività del sé.

In caso contrario le energie creative saranno completamente assorbite dal compito di colmare la mancanza e le sue conseguenze.

La rappresentazione è il legame tra sensazioni ed emozioni.

L'affetto, dice Cahn, può capitare tanto in presenza che in assenza dell'oggetto. È la parte energetica della pulsione.

L'affetto viene "lavorato nel gioco psichico dei numerosi investimenti e disinvestimenti", ma Cahn ci ricorda i casi più difficili, quando l'affetto rifiuta di lasciarsi legare e sommerge le capacità di legame e di controllo dell'Io.

Se le dighe della rimozione crollano, irrompono affetti come rappresentanti dell'inconscio allo stato puro, che tendono a indurre nell'analista affetti identici od opposti.

Cahn al riguardo cita Green che dice: "La risposta attraverso il controtransfert è quella che avrebbe dovuto aver luogo da parte degli oggetti".

Il successivo articolo di Florence Guignard, dopo un breve *excursus* sulle caratteristiche dell'inconscio, riprende il discorso sull'importanza del preconscio: anzi localizza l'attività di simbolizzazione come una attività del pensiero preconscio.

Introduce inoltre una suggestiva immagine della relazione e del processo psicoanalitico come di un "ritmo respiratorio" soggetto a rotture nella comunicazione transfero-controtransferale che si manifestano come carenze di rappresentazione. In questi momenti di "emorragia" libidica e ogget-

tuale, l'analista può essere tentato di adoperare strumenti tecnici che gli consentiranno di abbandonare i tormenti dell'incertezza.

Questi strumenti, che la Guignard chiama "<tic> favoriti dalla nostra corporazione", sono: 1) il ricorso alla storia personale, 2) il ricorso alla teoria psicoanalitica, 3) il ricorso all'accusa del paziente che rifiuta di accettare le nostre numerose interpretazioni.

Il penultimo scritto è di Claudine Geissmann-Chambon che espone con estrema chiarezza il percorso patologico infantile quando si arresta lo sviluppo della rappresentazione simbolica. Viene tratteggiato tutto il pensiero sia della Klein che della Segal per constatare come l'attività simbolica abbia anche una funzione riparatrice.

Alberto Eiguer infine si concentra sull'irrappresentabile che si manifesta sia nell'ignorare le leggi del funzionamento psichico che nella scissione che consente ad una parte dell'Io di ignorare l'altra.

Questo aspetto è al di fuori di qualsiasi possibile conoscenza, è il "vero sé".

Riferendo il pensiero di M. Khan cita: "II vero sé compare non appena c'è un accenno di organizzazione mentale e significa poco più della sommazione di dati sensoriali-motori".

Ne deduciamo l'inconoscibile essenza del vero sé.

Alcuni elementi di questo luogo segreto potranno attualizzarsi nell'esperienza del sogno, ma, dice Khan, "un certo tipo di esperienza psichica non diventa mai disponibile per l'articolazione mentale ordinaria".

Nella parte psicotica della personalità che è "forma allegorica più che topicamente stabilita, di un tipo di funzionamento massiccio, violento, retto dall'identificazione proiettiva espulsiva", sono contenuti i vissuti primitivi, inconsci, che sono *indicibili* (per divieto) e *impensabili* (per mancanza di collegamento tra rappresentazione di cosa e rappresentazione di parola) e che attendono un pensiero che sia capace di renderli pensabili. Quei vissuti che Aiguer chiama "le grida del silenzio".

Marysa Gino

CLAUDIO NERI

Gruppo

Borla, Roma 1995, pagg. Lire

Con uno stile semplice e piano, Claudio Neri riassume in questo libro le concezioni che è andato maturando sulla teoria e la tecnica del gruppo terapeutico psicoanalitico. Si tratta di una visione molto equilibrata, che cerca di tener conto dei numerosi fattori che nel tempo hanno portato all'evoluzione del concetto di gruppo terapeutico, quali il transfert, l'idenrificazione-controidentificazione, il campo, ecc.

Come egli fa rilevare, le idee più importanti per un approccio psicoanalitico al gruppo vengono elaborate in un periodo di circa cinquant'anni, tra *Totem e Tabù* (1912-13) di Freud ed *Esperienze nei gruppi* (1961) di Bion. Per Freud, lo studio delle masse mirava a dare base unitaria alla psicologia psicoanalitica, interessata a comprendere tanto la psicologia individuale, quanto quella collettiva. Il problema centrale, per Freud, era: "quale legame tiene unito il gruppo?", domanda necessaria per l'elaborazione della teoria dei legami libidici e dei legami di identificazione nel gruppo. Un'altra questione importante consisteva nel chiedersi se il complesso di Edipo potesse essere un fattore fondante sia per l'individuo che per il gruppo.

Come esempio dell'estrapolazione di costrutti teorici dall'ambito della psicoanalisi tradizionale (duale) al gruppo, Neri cita Bejarano (1972), che individua nel setting di gruppo ben quattro oggetti transferali: lo psicoterapista del gruppo (transfert centrale), come *imago* paterna; il gruppo stesso, come *imago* materna; i membri (transfert laterali) quali *imago* fraterne; il mondo esterno, come proiezione della distruttività individuale *(Thanatos)* ma anche dell'*Eros* (speranza di un mondo migliore). Ma Neri subito precisa che, anche se è vero che nel setting di gruppo si verifica un investimento affettivo e fantasmatico sul terapista, esso avviene però nel quadro di una situazione di gruppo, in cui sono specifici altri fenomeni, quelli di campo. Gli interventi del conduttore del gruppo più capaci di imprimere una trasformazione, non sono quelli che interpretano la natura dei rapporti interpersonali (come il transfert), ma quelli che affrontano, appunto, le forze di campo presenti in quel momento. Questa diversa concezione ha origine soprattutto con Foulkes (1948, 1964) e Bion

(1961), che operano il passaggio da una visione che considera il gruppo come un certo numero di persone riunite (una pluralità tenuta insieme da un capo o da un ideale) a una visione che valorizza la sua unità. Foulkes concepisce il gruppo secondo un modello di rete: una persona è collegata tramite una relazione alle altre persone e alla rete nel suo complesso. Bion si riferisce soprattutto agli stati mentali (mentalità) di gruppo.

Come nell'individuo vi sono aspetti regrediti e aspetti evoluti della personalità, così nel gruppo, per Bion, vi è una mentalità regredita (che in qualche misura corrisponde al gruppo-massa di Freud) e una mentalità evoluta (di cui è espressione - ad esempio la capacità di cooperare in vista del raggiungimento di un fine, tipica del gruppo di lavoro). Tanto la mentalità evoluta, quanto la mentalità primitiva, corrispondono a dotazioni etologiche dell'uomo, quale animale sociale. La mentalità primitiva corrisponde alla tendenza a dare risposte automatiche, ed è sostenuta e pervasa dalle tre fantasie che Bion definisce "assunti di base": l'assunto di "dipendenza", in cui è dominante la fantasia di dipendere totalmente da un capo assoluto; di "accoppiamento" secondo cui si ritiene che il gruppo si è riunito al solo scopo di riproduzione; di "attacco/fuga", secondo cui il gruppo si è riunito unicamente per occuparsi della propria conservazione, ciò che comporta l'attaccare in massa il nemico, o fuggirlo.

Lo sfondo teorico bioniano si unifica, per Neri, con quello di campo, desunto dal concetto di campo bi-personale messo a punto da M. e W Baranger. Il campo bi-personale non si può considerare la somma delle due situazioni psichiche, poiché è qualcosa che si crea tra due persone, all'interno dell'unità che esse costituiscono nel momento della seduta: inoltre, ad esso si accompagna una fantasia inconscia, anch'essa bi-personale. Per Neri tale concezione può essere estesa al campo e alla fantasia inconscia multi-personale del gruppo, ed è possibile, soprattutto, accostare l'idea di fantasia inconscia multi-personale all'idea di mentalità primitiva degli assunti di base bioniani. Bion in Esperienze nei gruppi (1961) ipotizza infatti che la mentalità primitiva sia un serbatoio comune a cui affluiscono anonimamente i contributi di tutti i membri del gruppo e che in esso si possono gratificare gli impulsi e i desideri che questi contributi contengono: tutti questi processi, come la fantasia inconscia di M. e W. Baranger sono regolati da identificazioni proiettive.

Il concetto di campo comprende però, oltre a questi, molti altri aspetti. Esso può essere considerato come uno speciale *pool* trans-personale dei sentimenti, delle emozioni e delle idee presenti nella seduta e più in generale nel gruppo: è trans-personale nel senso che è al di là delle persone e non corrisponde nemmeno alla loro relazione, ma condiziona tanto le persone quanto la relazione. Correale, seguendo tale linea teorica, descrive il campo come un complesso e mobile amalgama nel

quale convergono il campo storico (il deposito di relazioni affettive, rappresentative, emozionali) e il campo attuale (risultante dagli affetti, impulsi, sensazioni ed emozioni presenti in un dato momento), che configurano il campo, per gli individui-membri, sia come un luogo diverso e separato da sé che come un'estensione di sé. Il campo, inoltre, seguendo le osservazioni di Bleger sul setting, può essere concepito come un contenitore in cui i pazienti depositano non solo parti psicotiche della loro personalità, ma anche aspetti vitali ed essenziali della personalità e anche aspetti *not changing* dell'identità, che sono fonte di sicurezza per l'identità più matura. Altri processi, infine, mettono in evidenza come il campo possa essere concepito come uno stato mentale, da intendere non come una idea, ma un sistema complesso di fantasie, emozioni, idee, legate tra di loro. Questo tipo di campo-stato mentale, cui fa cenno Bion parlando dei pazienti borderline, è relativamente neutro dal punto di vista delle emozioni, e l'attenzione dell'analista è la sua dimensione fondamentale: la sua funzione è di mantenere la possibilità di relazione e di pensiero del paziente in analisi, ciò che si traduce, nel gruppo, nell'attenzione reciproca che ciascuno avverte negli altri componenti e nell'analista stesso.

Tutte queste considerazioni persuadono Neri che il campo è, per la natura di questi processi, un sistema sia di sincronicità che di interdipendenza. Gli elementi che formano un campo sono legati dalla sintonia, ed è la loro totalità che esprime un significato: la sincronicità li comprende come eventi temporali compresenti, sia che provengano dal passato sia che si rivolgano ad aspettative nel futuro. L'interdipendenza ha origine dalla configurazione del campo, per cui se uno degli elementi si modifica, tutti si modificano: essa è espressione di una relazione che si stabilisce non solo tra gli elementi ma anche tra diversi livelli del vissuto e dell'esperienza dei membri del gruppo. Il campo, per effetto di tutte le scelte operate su questi elementi, progressivamente diviene in grado di attrarre e contenere altri pensieri e emozioni.

Qual è dunque il nucleo dell'elaborazione teorica di Neri? L'idea che il gruppo costituisca un insieme, una comunità, un collettivo, capace di pensiero e di elaborazione emotiva, e, contemporaneamente l'idea che il pensiero del gruppo operi su elementi appartenenti a uno 'spazio' o 'campo comune', regolato da molti processi, che possono assumere tempi e forma diversi, di differente significato nei singoli o nel gruppo, ma secondo uno sviluppo tipico.

Egli descrive da più punti di vista i vari aspetti che concorrono all'instaurarsi di un andamento produttivo del gruppo, e delle funzioni che caratterizzano la sua evoluzione. Quando il gruppo si forma si ha lo 'Stato gruppale nascente', che corrisponde al primo confluire delle esperienze degli individui-membri verso un'area sensoriale e verso fantasie comuni. A questa fase subentra lo 'Sta-

dio della Comunità dei fratelli', che coincide con la consapevolezza di essere un gruppo e di essere in grado di sviluppare un lavoro collettivo di conoscenza e di elaborazione: il criterio che è alla base del gruppo come Comunità dei fratelli e che regola i rapporti al suo interno ha come nucleo fondamentale il fatto che i partecipanti avvertono di detenere un diritto rispetto al gruppo. È in questo graduale modificarsi della reciproca interazione che si forma lo "Spazio comune del gruppo": il campo è allora creato e sostenuto dall'attenzione, dall'interesse e dagli investimenti affettivi dei membri del gruppo, e ciò contribuisce a delimitare sia l'area dell'esperienza condivisa sia quella soggettiva e individuale dei partecipanti.

A seconda della rigidità del confine tra spazio interno ed esterno, l'esperienza del piccolo gruppo a finalità analitica viene vissuta dai membri come completamente separata da quella della vita quotidiana oppure come un'esperienza distinta, ma non contrapposta rispetto a questa. Uno dei suoi aspetti è un sentimento di condivisione particolare del gruppo, che attinge alla "socialità sincretica": questa è una socialità poco evoluta, basica, fondata su vissuti ed esperienze che è difficile mettere in parole, che è alla base dell'identità dei membri del gruppo. L'altro aspetto è lo sviluppo di una condivisione più complessa, sintetizzata nel concetto di *Semiosfera* (che Neri mutua da Lotman). La *Semiosfera* è il corrispettivo, a livello semiotico, dell'unità del gruppo e del crearsi della comune area sensoriale ed emotiva: essa comprende la rappresentazione di ciò che il campo è a livello di deposito personale e di creazione collettiva di un sistema di interdipendenza. La nozione di *Semiosfera,* soprattutto, permette di concepire l'interpretazione come un sistema di auro rappresentazione e di produzione di senso, che si affianca alle altre funzioni e trova la propria specificità, non quando si sovrappone agli altri sistemi, ma quando ne favorisce l'elaborazione. La *Semiosfera* rinvia perciò a molte altre funzioni, quali la funzione y (equivalente, nel gruppo, alla funzione a di Bion), le catene associative gruppali (Kaës), la mimèsi: quest'ultima è la capacità di rappresentare un vissuto soggettivo e, contemporaneamente, di 'renderlo presente' nella situazione stessa gruppale in cui avviene la rappresentazione.

Qual è il risultato della cooperazione di tutti questi processi? Il raggiungimento, in chiave diversa dal rapporto duale, del paradigma psicoanalitico della cura, cioè la metamorfosi delle passioni in affetti, cioè il saper mettere in connessione dinamica passioni, conoscenza e rapporti. Quando l'andamento dell'analisi si sviluppa in modo adeguato, il gruppo consente ai partecipanti un'esperienza di appartenenza, che è molto importante per la costruzione (o ricostruzione) del senso di Sé come persona che ha diritto a vivere e occupare uno spazio affettivo. Riferendosi a Kohut, Neri precisa che nel rispecchiamento del gruppo come oggetto-sé non viene rimandata un'immagine

esatta, ma un'immagine abbellita, che è una funzione importante del gruppo in grado di promuovere e sostenere lo sviluppo individuale di ciascuno. L'individuo si comporta, da tale punto di vista, in modo diverso che nella terapia individuale. L'indicazione tecnica nella conduzione, perciò, è quella di rispettare sempre il rapporto di oggetto-sé che i membri hanno stabilito con il gruppo: i membri tollerano meglio un'annotazione che riguardi loro stessi piuttosto che un rilievo mosso al gruppo nel suo insieme.

A questo problema tecnico si affiancano, in realtà, molte altre osservazioni sul tipo di interventi che garantiscono uno sviluppo ottimale del gruppo e la circolazione di idee e affetti, tra cui il "racconto efficace" e "l'interpretazione insatura". Un racconto efficace è un modo di comunicare un sogno o un episodio, tale che gli altri membri sono portati quasi spontaneamente ad associare loro fantasie, sogni, pensieri. La non saturazione di un intervento deriva, invece, dalla consapevolezza che il linguaggio interpretativo può essere sempre carente e deve essere quindi integrato del 'non detto' presente nel campo emotivo del gruppo. L'interpretazione insatura espone sia il gruppo che l'individuo ad un certo stato di malessere, perché, mentre allevia il bisogno di conoscenza, suscita anche una dose di persecuzione, dovuta al permanere nel campo di elementi non conosciuti e imprevedibili. Ciò è, però, anche l'elemento produttivo dell'elaborazione del gruppo, che può sempre correre il rischio di irrigidirsi in ruoli o situazioni autogratificanti. Come Neri spesso sottolinea, per lui il ruolo del conduttore non consiste tanto nell'interpretare, quanto nel tenere aperti spazi di elaborazione, nel permettere che il gruppo si muova tra ragione ed emozione, tra il vivere una situazione di paura e l'impedire che la paura diventi panico.

La forma piana con cui l'autore espone la sua concezione del gruppo trasmette una sorta di visione limpida e serena dei tanti fattori teorici e tecnici che vi fanno da sfondo (ne è un esempio l'ampio glossario finale), ciò che favorisce l'emergere di continue riflessioni nel lettore, sollecitato a identificarsi con i problemi tipici del gruppo tramite chiare vignette cliniche e, anche, brevi e sottili aneddoti della filosofia orientale. L'autore è attento a stimolare il lettore, guidandolo senza sottolineare troppo la sua posizione e in ciò , evidentemente, propone il suo stesso stile terapeutico, quale traspare dalle molte annotazioni disseminate nel libro: essere presente, partecipe, sempre a servizio di ciò che sta accadendo nel gruppo , ma anche pronto a collocarsi nello sfondo, per favorire l'emergere del pensiero autonomo del gruppo.

Giampaolo Sasso

ARNALDO NOVELLETTO, CRISTINA RICCIARDI (A CURA DI),

Separazione e solitudine in adolescenza

Borla, Roma 1997, pagg. 242. Lire 36.000.

"Sarei più sola senza la solitudine". Con queste parole di Ernily Dickinson, grande esperta di solitudine (e di separazione), Monniello e Maltese concludono il loro lavoro su "Le vicende psichiche della separazione e della solitudine negli adolescenti dei due sessi" (pp. 12-32), il primo saggio del libro, destinato a delinearne la cornice teorica di riferimento e a fare il punto dello "stato dell'arte" sul tema. Accanto alla Dickinson gli Autori citano Schopenhauer: "Una disciplina importante per i giovani dovrebbe essere quella di imparare a sopportare la solitudine, perché è fonte di tranquillità interiore e di felicità".

Verso questa solitudine "buona" (che appartiene alla consapevolezza di avere un mondo interno abbastanza ricco, dei confini di sé abbastanza sicuri e la possibilità di comunicare con gli altri senza perdersi in loro o esserne sopraffatti) tendiamo durante il lavoro analitico con gli adolescenti, in modo più palese e per certi versi più drammatico di quanto non avvenga con i nostri pazienti bambini e con quelli adulti. Certo nessun altro ci parla tanto di solitudine come gli adolescenti, ed è una solitudine che sfuma nell'angoscia di perdita di sé, nel vissuto di un isolamento catastrofico, anche quando apparentemente le loro giornate non sono affatto solitarie.

La capacità di essere soli (in principio, come ci ha insegnato Winnicott, alla presenza di qualcuno) appartiene, se tutto va bene, già all'esperienza dell'infanzia ed è strettamente congiunta alle vicissitudini della formazione dell'identità e della scoperta della propria separatezza. Gli autori propongono l'ipotesi che per l'adolescente "la capacità di essere solo venga rimessa in gioco, ne venga saggiata e ampliata la tenuta, per arrivare alla consapevolezza di sé, delle proprie esperienze soggettive, dei propri sentimenti, incluso quello della solitudine. In altri termini il percorso verso la condizione d'adulto propone in *après coup* le vicende infantili di strutturazione del Sé, insieme ai nuovi passaggi evolutivi che seguono la pubertà, cioè l'integrazione del corpo sessuato e lo sviluppo cognitivo". Si può dunque pensare che "le diverse forme che il sentimento della solitudine assume nel corso dell'adolescenza costituiscano dei validi indicatori dell'evoluzione affettiva e della struttura-

zione psichica dell'adolescente e che tutto ciò possa assumere grande significato all'interno del processo psicoterapeutico" (pp. 22-23).

Se il bambino ha imparato a star solo contando sulla presenza attendibile della madre, l'adolescente dovrà imparare a star solo fidandosi del proprio corpo (anche qui Winnicott insegna). Su questo punto Monniello e Maltese scrivono alcune delle pagine più importanti del libro. E si pongono delle domande assai pregnanti: "che cosa deve avvenire in adolescenza perché il corpo possa essere affidabile, farsi silenzioso, e quindi essere li a sorvegliare l'adolescente quando è solo?", "Solo quando il corpo si fa silenzioso la solitudine è possibile, non certo quando il corpo è malato, insonne, eccitato. Ma questa condizione non sarebbe da considerare come troppo normale per l'adolescente, poco autentica e creativa? Non è forse esperienza comune che la solitudine dell'adolescente sia rumorosa e quasi esibita?" (p. 24).

Il che, mi sembra, equivale a chiedersi quale può essere il modo per ritrovare in adolescenza una frequentazione dello spazio transizionale. Si potrebbe dire un paradosso del paradosso, dato che lo spazio transizionale e la capacità di giocare che lo abita presuppongono che non ci si ponga il problema di sé e dell'altro da sé e che non si cada in balia degli stati eccitati, e invece l'adolescente è dolorosamente impegnato nell'urgenza di definirsi e nel terrore di farlo, ed è continuamente alle prese con tempeste pulsionali ed emozionali che "devono" esserci, pena il rischio di pericolose scissioni o del ripiegamento verso l'organizzazione compiacente di un "falso Sé" che, quando si dà, appare in adolescenza più "falsa" che mai.

Il primo spazio esperienziale, prima dell'*I am,* prima dell'insediamento della *psiche* nel *soma* e prima naturalmente dell'acquisizione della capacità di giocare e di star solo alla presenza di qualcuno, è stato per il bambino, e per la bambina, il corpo della madre. "Luogo di origine comune" nelle parole di Chasseguet-Smirgel. Gli Autori partono da qui per studiare il percorso che conduce all'"assunzione dell'identità sessuale in adolescenza" e che può illuminare alcune importanti differenze circa il modo di vivere la solitudine nei due sessi. Non mi fermerò su questo punto, né sulla discussione che viene fatta in altre pagine sullo "stato dell'arte" e tornerò invece alle conclusioni del lavoro. Monniello e Maltese vi fanno un'osservazione molto importante circa la relazione che c' è in adolescenza - e quindi anche nella psicoterapia degli adolescenti - tra agire e simbolizzazione: "Il funzionamento mentale dell'adolescente è caratterizzato non solo dall'acuirsi della propensione alla solitudine, [...] ma anche dalla *specificità* di questo sentimento. Pensiamo che le vicissitudini e le trasformazioni del sentimento di solitudine dell'adolescente si esprimano e si organizzino in una modalità di funzionamento che definiamo 'agire la solitudine'" (p. 29). Secondo gli autori tale agire

"rappresenta una preforma di simbolizzazione, la raffigurazione di qualcosa che deve ancora essere rappresentato" (*ibidem*). Agire la solitudine può diventare costruzione della rappresentazione di sé, ma può anche organizzarsi come una potente difesa contro la separatezza (vedi p. 30). In questo caso, osserva Novelletto nelle sue "Conclusioni", tornando su un tema da lui già trattato altrove e anche sulle pagine della nostra Rivista, "la perenne fuga dalla solitudine con la quale il soggetto realizza un'attività di copertura che è soltanto affaccendamento, può rappresentare una delle espressioni sintomatiche di un'adolescenza protratta o addirittura interminabile" (p. 232).

La winnicottiana "capacità di essere solo" ispira anche il lavoro di Ricciardi e Sapio "Verso la conquista della capacità di essere solo. Passaggi nel percorso psicoterapeutico". Qui è in primo piano la capacità e la possibilità per il paziente di essere in certi momenti "solo" nella seduta analitica. E pure in questo caso un'esperienza che appartiene anche all'analisi degli adulti e a quella dei bambini (anzi, direi che nell'analisi dei bambini è particolarmente "visibile") si declina in modo particolare nelle vicende analitiche di un adolescente. In terapia l'adolescente "scotomizza l'esperienza dell'altro per molto tempo. Solo dopo un lungo lavoro, mediante il quale si arriva ad accettare la dipendenza nel transfert, dal momento in cui non sente pericolosamente messa in crisi la propria identità egli può riconoscere l'altro nella relazione, distinguerlo da sé e usarlo per un confronto con se stesso, nella situazione in cui è capace di essere solo" (p. 70). È interessante che in questo passo Ricciardi e Sapio alludano implicitamente accanto alla capacità di essere solo, anche all'altro concetto winnicottiano dell'"uso dell'oggetto". Credo che il modo in cui si rapportano tra loro queste due "capacità" durante la psicoterapia degli adolescenti meriterebbe uno studio specifico. In ogni caso già Ricciardi e Sapio ce ne danno una efficace illustrazione clinica nel seguito del lavoro, volto a individuare momenti particolari dell'"emergere del riconoscimento da parte dell'adolescente: di una propria identità; del transfert e del lavoro a due, terapeuta-adolescente; della separatezza dal terapeuta; del confronto con se stesso nella situazione di essere solo, in particolare al cospetto della scena primaria e della problematica edipica" (p. 71). Gli autori colgono questi momenti nei sogni che due adolescenti portano via via in seduta. Accanto ai sogni di Mariangela e Sergio che consentono un approccio molto significativo al clima e al ritmo della coppia analitica quando il paziente è adolescente, Ricciardi e Sapio citano la preziosa definizione che una ragazza di diciassette anni dà di un peculiare sentimento di solitudine: "la vertigine del trovarsi soli" (p. 72). Va ricordato che gli Autori sono tornati sul tema del sogno nella psicoterapia degli adolescenti in un altro saggio, "Dal sognare all'esperienza del sogno in adolescenza", pubblicato nel volume *Tra ascolto e interpretazione,* recensito da Marysa Gino in questo stesso numero della nostra Rivista.

Separazione e solitudine in adolescenza raccoglie ben quindici scritti e non è possibile esaminarli tutti nello spazio di una recensione. Per una visione d'insieme rimando all'"Introduzione" (pp. 9-11) e alle "Conclusioni" (pp. 230-239) di Novelletto. Io mi limiterò a prendere in considerazione un altro lavoro.

Essere solo alla presenza di qualcuno (e quel qualcuno che all'inizio è la madre, sarà poi una madre interna o il nostro stesso sé) equivale a potersi porre nello spazio come un'entità. Per Winnicott (e anche per Gaddini) significa potersi rappresentare come un cerchio, con uno spazio interno e una circonferenza che separa l'interno dall'esterno. Per Gaddini questa è la protorappresentazione per eccellenza, la "fantasia sul corpo". Perciò solitudine e rappresentazione, anzi specificamente rappresentazione di sé, si rimandano l'un l'altra. Nel lavoro di Di Benedetto, Scarnecchia, Romano Toscani ("Solitudine e separazione: vicende transferali e controtransferali") il caso di Giulia, descritto con grande sensibilità clinica dalla sua terapeuta, diventa per l'appunto il tramite per una lettura molto raffinata alla luce del tema solitudine e simbolizzazione in adolescenza. Gli Autori preferiscono distinguere tra capacità di rappresentare e capacità di simbolizzare, poiché quest' ultima "implica la capacità di 'legare' due rappresentazioni, in modo che una possa simboleggiare l'altra" (p. 90). Grazie alla simbolizzazione "possiamo compiere i graduali passaggi verso la separazione dagli oggetti primari, poiché siamo in grado di aggredirli e, insieme, di stabilire delle connessioni inconsce, abbastanza soddisfacenti, tra questi oggetti e i loro sostituti, di modo che, a lungo termine, simbolizzare e contemporaneamente staccarsi sempre di più dagli oggetti e dai desideri originari è non staccarsene mai, ritrovandoli sotto forma di persone, attività, domande, luoghi, oggetti, dai più prevedibili ai più creativi e originali" (pp. 90-91). Sono inoltre individuabili nell'adolescenza "diversi livelli della capacità di simbolizzare", ai quali corrispondono "vari gradi nella costituzione del Sé e dell'oggetto e nella loro relazione, accompagnati ciascuno da specifici sentimenti di solitudine".

Gli Autori dedicano grande attenzione alle radici "sensoriali e corporee" della simbolizzazione (p. 94). Già il bambino ha dovuto imparare ad abitare nel proprio corpo; la vicenda dell'integrazione psico-somatica si ripresenta in adolescenza e presuppone il lutto per la perdita del corpo infantile e vediamo nella storia di Giulia quanto sia drammatica la rinuncia al suo "corpo di bambina". Tutte le trasformazioni del mondo interno di Giulia si manifestano, durante il lavoro analitico, anche nel corpo. Giulia porta alla terapeuta in prima seduta un "corpo vuoto". E l'analista le propone due sedute settimanali *vis-à-vis:* "sento che la paziente ha bisogno di un contatto reale e anch'io ho bisogno di vederla" (p. 86). In seguito Giulia ingrasserà "diventando più colorita in viso,

perdendo l'aspetto emaciato, stringendomi la mano con forza, parlandomi con voce corposa, sorridendomi". E l'analista ci racconta queste trasformazioni prima di parlarci delle fantasie, del transfert, dei sogni.

Di Benedetto, Scarnecchia, Romano Toscani ci conducono con molta acutezza a considerare il legame tra trasformazioni corporee dell'adolescenza e senso del tempo. "Occorre saper distinguere tra l'idea della morte come equivalente della punizione per i desideri edipici e l'idea della morte come realizzazione dell'irreversibilità del tempo" (p. 90). Ci ha insegnato Gaddini quanto la scoperta-invenzione dello spazio di sé sia presupposto della scoperta-accettazione del tempo. In adolescenza tutto ciò si ripresenta, ma si declina in modo diverso. Un altro spazio, un altro tempo.

A un certo punto della terapia di Giulia "entra in scena il tempo: la paziente può cominciare a pensarsi e a dire 'ero così'" (p. 93).

Per concludere vorrei citare per intero una brevissima storia clinica che gli autori riportano in una nota. Dar voce a questo adolescente (il cui percorso verso il mentale, attraverso la rivisitazione dei suoi stati corporei, ci è descritto con tanta efficacia in poche righe), portarlo dal piè di pagina alla dignità della pagina ha qui il significato simbolico - di simbolizzazione in effetti stiamo parlando - di dar voce attraverso di lui a tutti gli adolescenti che animano il libro e che non hanno avuto spazio in queste poche note.

"Un paziente aveva iniziato il trattamento a diciott'anni poiché sentiva che un 'crollo' si stava avvicinando (era in realtà la ripetizione, con risignificazione a molteplici livelli, di un 'crollo' infantile). Per lunghi anni il paziente si mantenne in una dimensione imitativo-adesiva che impediva l'uso delle sue capacità di simbolizzare: non poteva lasciare qualcosa che sentiva di aver avuto in modo troppo parziale e distorcente rispetto ai suoi bisogni. Solo dopo che si fu costituita e venne mantenuta una base di legame emotivo col terapeuta gli fu possibile riprendere ad usare alcuni livelli delle sue capacità di simbolizzazione.

Come capita spesso, anche con adolescenti meno sofferenti di questo, i primi passi in questa direzione vennero compiuti a partire dal corpo, quando cominciò ad affrontare una serie di preoccupazioni relative ad alcuni stati corporei che si presentavano come inspiegabili" (p. 92, nota 1).

Maria Lucia Mascagni

SCHEDE

ELLEN NOONAN,

Counselling psicodinamico con adolescenti e giovani adulti

ed. italiana a cura di P. Valerio e S.M.G. Adamo. Guido Gnocchi, Napoli, 1997, pp. 191, Lire 45.000

(Ed. orig.: Counselling young people, Methuen & Co. *Ltd.*, 1983)

I curatori di questo libro, nella loro presentazione al lettore italiano, mettono in luce come questo testo, malgrado sia stato scritto quattordici anni fa, risulti tutt'ora chiaro ed esemplare. Chiaro nella esposizione dei principi di base ai quali si deve attenere il *counsellor* per condurre il suo lavoro, chiaro nella collocazione del *counselling* in un'area di frontiera, ma con precisi fondamenti psicoterapici e di alleanza terapeutica esplorativa versus trasformativa. Chiaro inoltre nell'esposizione dei concetti della psicoanalisi ed in particolare di quelli che costituiscono il *corpus* teorico di riferimento del *counsellor* di adolescenti.

È una esposizione sintetica che si rivolge ad un pubblico di studenti o di operatori in formazione, comunque già inseriti in una tradizione di servizi sociali, servizi che si avvertono quasi concretamente presenti e che definiscono con la loro storia, una linea di esperienza e di etica professionale, non riferibile *tout court* alla situazione italiana.

Il modello proposto dalla Noonan inoltre, non è di un numero limitato o predeterminato di consultazioni, ma di veri e propri trattamenti psicoterapici la cui durata viene ad essere determinata dalle caratteristiche della coppia al lavoro. Il testo è completato da una esposizione delle teorie dello sviluppo in base al modello psicoanalitico delle relazioni oggettuali, nella quale si inserisce a pieno titolo il processo del lutto adolescenziale considerato dal vertice della elaborazione del Sé infantile. Gli esempi clinici sono puntuali come esplicitazione illustrativa dei contenuti teorici esposti.

Rimane inoltre importante il contenuto anticipatorio dell'impostazione tematica della Noonan che "considera valido l'adattamento della teoria e delle tecniche psicoanalitiche "ortodosse" a setting e contesti diversi dalla tradizionale stanza di consultazione (pag. XX)

M.G

G. SASSANELLI,

La psicoanalisi e i suoi miti

Borla, Roma 1997, pp. 147, lire 30.000

Prendendo le mosse da una revisione critica del pensiero di Kohut, l'A. si discosta dalla psicologia del Sé in due punti fondamentali: l) distingue nettamente un'area narcisistica della personalità da un'area 'empatica e di conseguenza un'oggetto-sé narcisistico da un oggetto empatico, ritenendo che Kohut abbia sovrapposto queste due aree sino a non occuparsi più del narcisismo. Secondo Sassanelli l'oggetto narcisistico avrebbe la funzione di compattare e organizzare in un rutto le esperienze disorganizzanti, fornendo un supporto alla certezza esistenziale del soggetto. Tale funzione può essere svolta anche da un oggetto inanimato o non umano. L'oggetto empatico avrebbe invece la funzione di accogliere, riconoscere e condividere la bisognosità del soggetto, e in particolare il suo bisogno di essere riconosciuto per come è. In questo ambito l'area relazionale che si sviluppa sarebbe quella della "realtà condivisa".

2) L'A. ritiene, al contrario di Kohut, che le pulsioni non siano prodotti secondari della disintegrazione del Sé e che l'area intrapsichica legata al desiderio e alla conflittualità vada semmai articolata in un'area edipica ed in una isterico-passionale. Per definire meglio queste quattro aree della personalità, l'A. si serve di quattro miti: Narciso, Telemaco, Edipo, Fedra, intesi come intermediari adeguati tra l'universo intrapsichico e la sua rappresentazione. Servendosi di questa concettualizzazione come una 'mappa', l'analista potrà modularsi allo stile relazionale proposto dal paziente per offrirsi come oggetto trasformativo fruibile, avendo ben presente però che tali aree sono compresenti e circolarmente ricorrenti nell'esperienza clinica, non riconducibili a un processo evolutivo lineare. Il libro offre molti esempi clinici, e si conclude con l'esposizione di un caso per intero, molto interessante anche per lo stile di scrittura e per la grande capacità di integrare la teoria e la clinica.

M.G.M

Avvertenze per gli Autori

⇨ I lavori per la pubblicazione devono pervenire alla Redazione della Rivista possibilmente in **sei copie a stampa**. Qualora il lavoro sia accettato, l'autore invierà in seguito il dischetto con le eventuali modifiche concordate con la redazione.

I lavori vanno indirizzati alla:

"Redazione della Rivista Psicoterapia Psicoanalitica"

presso la sede della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica - SIPP – Viale Bruno Buozzi, 105 - 00194 Roma - Tel. 06/32.31.107 Fax 33.32.847

⇨ Il nome dell'Autore e l'indirizzo debbono essere indicati per esteso nell'ultima pagina del lavoro.

⇨ Un riassunto del lavoro in italiano ed un *summary* in inglese, della lunghezza max. di 15 righe dattiloscritte dovranno comparire di seguito alla bibliografia.

⇨ I **riferimenti bibliografici** saranno indicati in parentesi tonda e consisteranno nel cognome dell'autore, seguito dall'anno di pubblicazione e dal numero della pagina o delle pagine. Per esempio: (Freud 1925, 314). Ove sia necessario evitare equivoci il cognome dell'autore sarà seguito dall'iniziale del nome: (Freud, A. 1936).

Importante: Gli autori avranno cura di controllare che ad ogni riferimento bibliografico nel testo corrisponda la relativa voce in bibliografia e che d'altra parte non ci siano voci bibliografiche a cui non corrisponda un rimando nel testo.

I lavori di Freud saranno citati in conformità all'edizione Boringhieri e dunque saranno seguiri in bibliografia dalla sigla *OSF*, seguita dal numero del volume

⇨ **La bibliografia generale** sarà disposta per ordine alfabetico, secondo i seguenti esempi esplicativi:

Gori, C.G. (1992) *Parola e interpretazione in psicoanalisi.* Franco Angeli, Milano.

Se ci sono due o più autori i loro nomi saranno indicati in successione separati da una virgola:
Aliprandi, M.T., Pelanda, E., Semse, T. (1990) *Psicoterapia breve di individuazione.* Feltrinelli, Milano.

Se c'è un curatore:
Genovese, C. (a cura di) (1988) *Setting e processo psicoanalitico.* Raffaello Cortina Editore, Milano.

Se il lavoro compare in un libro curato da persona diversa dall'autore:
Isaacs, S. (1952) The Nature and Function of Phantasy. In: Rivière, J. (Ed.) *Developments in Psycho-Analysis*. Hogarth Press, London.

Se il lavoro è pubblicato in una rivista:
Auteri, M.C. (1994) La fusione del detto e del mostrato nell'eruzione del processo maniacale. *Psicoterapia Psicoanalitica,* 1, 1, 82-93.

Le opere in lingua straniera tradotte in italiano saranno indicate secondo gli esempi seguenti:
Winnicott, D.W. (1949) Mind and its Relation to the PsycheSoma. *Brit. J Med. Psychol*.. 37, 1954. Tr. it.

L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi.* Martinelli, Firenze 1975.

Oppure:
Winnicott, D.W. (1949) L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi.* Martinelli, Firenze 1975.

- ⇨ Per tutti gli altri casi non compresi in queste Avvertenze, fare riferimento alle Bibliografie pubblicate dalla Rivista.
- ⇨ A ciascun Autore verrà messa a disposizione una copia del numero della rivista su cui è comparso l'articolo. Per eventuali ordinativi di estratti, gli Autori sono pregati di contattare direttamente la Redazione.
- ⇨ Per eventuali informazioni sui costi e ordinativi degli estratti, gli Autori possono rivolgersi al Redattore capo dott.ssa Pia De Silvestris.