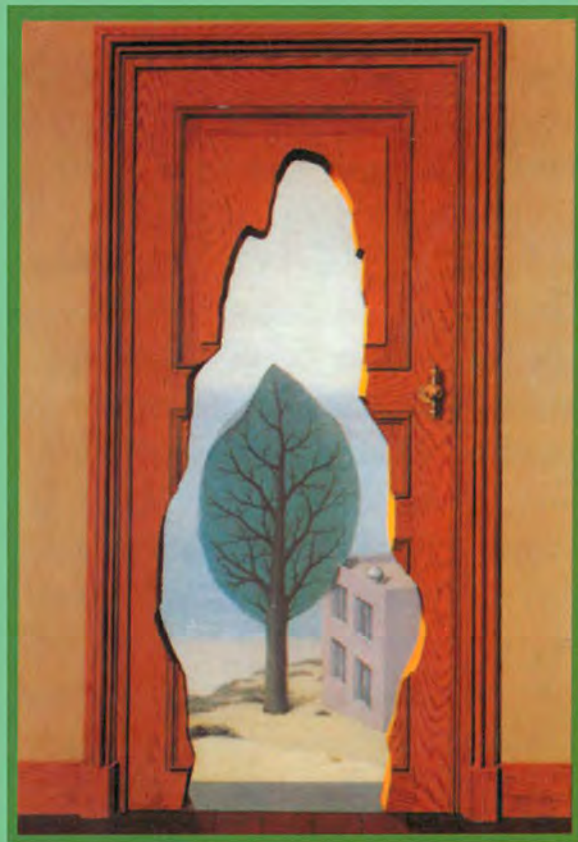


Psicoterapia Psicoanalitica



ANNO III - NUMERO 1 - gennaio 1996

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

ANNO III - NUMERO 1

Gennaio 1996

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Finito di stampare nel dicembre 1995

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. e Fax 32.31.107

Abbonamento annuale 1996 L. 60.000, Estero L. 70.000

Studenti universitari L. 30.000

Un numero L. 30.000, Estero L. 35.000

Progetto grafico

GEPPY SFERRA (Anterem)

Composizione, impaginazione, stampa

“ANTEREM SNC”

Via A. Sommovigo, 19/d - 00155 Roma

SOMMARIO

RICERCHE

8 L'adolescenza nella psicoanalisi dell'adulto

ARNALDO NOVELLETTO

20 La teoria psicoanalitica e la psicoanalisi della famiglia

ROBERTO LOSSO

CONTRIBUTI

36 Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento terapeutico

TERESA JOLE CARRATELLI, MAURIZIO SPUNTARELLI

50 Lo strano flauto del bambino autistico

ELEONORA FE D'OSTIANI, MAURIZIO SPUNTARELLI

72 Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

GIULIANA DE PILATO FORTUNATO

84 Il transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

PIA DE SILVESTRIS

FRONTIERE

94 Osservazione ed esperienza in un reparto di AIDS

NOTE

- 120** **Studiare Winnicott. Appunti in margine a Esplorazioni psicoanalitiche**
MARIA LUCIA MASCAGNI

LETTURE

- 142** RAYMOND CAHN

Adolescenza e follia

(M. Gino)

- 146** R. KAËS, H. FAIMBERG, M. ENRIQUEZ, J.J. BARANES

Trasmissione della vita psichica tra generazioni

(C. Buraggi Masina)

- 148** D. ROSENFELD, R. MISES, G. ROSOLATO, J. KRISTEVA ET . AL.

La funzione paterna

(A. Valente)

- 151** *Avvertenze per gli autori*

RICERCHE

ARNALDO NOVELLETTO

L'adolescenza nella psicoanalisi dell'adulto *

Nella prima parte di questa esposizione fornirò alcuni spunti di materiale clinico, tratti dalla mia esperienza. Nella seconda parte svilupperò il loro inquadramento metapsicologico. Nella terza parte discuterò l'impatto che certi aspetti psichici adolescenziali possono avere nel corso della vita successiva all'adolescenza e nella relazione analitica.

■ - Credo sia abbastanza comune riscontrare aspetti adolescenti fin dal primo incontro con coloro che ci vengono a consultare, se con aspetti adolescenti intendiamo quei segni esteriori di comportamento, abbigliamento, linguaggio, abitudini che anche in persone al di sopra dei venticinque-trent'anni possono ispirarci associazioni d'idee che ci riconducono ai nostri venti anni, oppure a nostre esperienze e conoscenze sugli adolescenti contemporanei. Ed è altrettanto consueto cogliere, nel racconto del proprio passato (che la maggior parte delle persone fa nella prima consultazione o nelle prime sedute di analisi), ricordi, immagini di sé, rimpianti o recriminazioni relativi all'adolescenza trascorsa.

Questo materiale è talvolta lucidamente conscio e fa parte intenzionale ed integrante della narrazione di sé che il paziente ci consegna. Altre volte ci viene espresso con la minore consapevolezza che è propria di certi tratti del carattere, di certe reminiscenze vaghe e poco dicibili di relazione e vicende sentimentali, di certe azioni e di certe scelte in cui ci si è trovati senza averle lucidamente volute e programmate. Ma questo non fa molta differenza, ai fini della registrazione mentale che potremo farne nell'*hic et nunc* dell'incontro.

In tutti i casi non ci stupiremo troppo di questo materiale: lo ricondurremo all'adolescenza cronologica della persona che abbiamo davanti, e cominceremo a stabilire nella nostra mente quei punti di repere fattuali destinati a costituire, nel successivo corso dell'analisi (se e ve ne sarà una), quelle

In modo non molto diverso potremo percepire quei vuoti o quelle omissioni che altre persone mostreranno come unico indizio di un'adolescenza sofferta e temuta, che si vuole cercare di dimenticare come un periodo buio e umiliante, oppure si vuole conservare gelosamente, ma come un giardino segreto d'illusioni e d'immagini preziose.

In entrambi i casi saremo pronti ad applicare lucidamente a questo tipo di reperti, per così dire freddi, i concetti che abbiamo appresi in anni di formazione: fissazione, vicolo cieco, chiusura prematura, conflittualità, equilibrio narcisistico-oggettuale, lavoro del lutto, legamento-slegamento-rilegamento delle pulsioni ecc.

Ben diverso è ciò che può accadere nel corso ulteriore, spesso anche avanzato, di un'analisi, quando, nel corso di una o più sedute, per così dire a caldo, un paziente che ha superato magari da tempo i limiti cronologici dell'adolescenza, *diventa* improvvisamente adolescente: l'adolescente che non era, o che non era stato, ma che avrebbe voluto essere (sembra una citazione da una certa "introduzione" freudiana di ottanta anni fa) (Freud 1914).

Per seguire il filo della mia esperienza, è in un lavoro di un'analista inglese, Margareth Tonnesmann (1980), che ho trovato la prima chiara descrizione di questo fenomeno in vari pazienti, sia adulti che adolescenti. L'autrice sottolineava fin da allora il carattere di acting implicito in questi ritorni del rimosso, e perciò parlava di *'re-enactment'*; termine che continuerò ad adoperare in questa esposizione, anche per evitare il non facile problema di trovarne una traduzione adeguata. Ma per partire da esempi concreti che si prestino ad essere discussi qui, senza ricorrere ad una descrizione dettagliata che richiederebbe troppo tempo, esporrò due vignette abbastanza brevi.

Diana è una donna di trentadue anni che aveva chiesto l'analisi per una sintomatologia ossessiva che la parassitava a un livello incompatibile con il suo lavoro. La sua nevrosi infantile di stampo prevalentemente ossessivo era sfociata in una adolescenza casta e studiosa. La reviviscenza sessuale dell'edipo aveva preso una piega tragica quando, studentessa dell'ultimo anno di università, si era trovata ad avere cura del corpo paterno, devastato dal cancro, e l'aveva accompagnato alla morte. Poco dopo aveva sposato un uomo altrettanto inibito come lei, ma dopo otto anni di convivenza il matrimonio non era stato ancora consumato. La richiesta di analisi era motivata dalla paura ossessiva di poter essere accusata di furto, in particolare del furto di una pelliccia di una collega di lavoro.

Sua madre l'aveva coperta con la propria pelliccia quando a quattro anni (era ancora figlia unica) era stata colta da una febbre alta, con stato confusionale, dopo aver assistito con suo padre ad una recita della *Bella addormentata*. L'interpretazione del senso di colpa per essersi appropriata di ciò che apparteneva alla madre (come il padre, e che come il padre la "copriva") e dell'intento riparativo implicito nel sintomo, ne determinò la scomparsa. La liberazione di energia che ne seguì, si tradusse in una evidente ripresa dello sviluppo libidico rimasto tanto a lungo bloccato. Dopo appena un mese la paziente ebbe il suo primo rapporto sessuale completo con il marito, ma il risveglio istintuale che si era messo in moto non si fermò qui. La paziente era pervasa da un flusso molto ricco di sogni e fantasie erotiche. Sul treno della sua città di residenza che la portava a Roma per l'analisi conobbe uno studente assai più giovane di lei ma altrettanto goffo e pieno di problemi, anch'egli viaggiatore pendolare. Nel frattempo l'abbigliamento della paziente aveva assunto dei toni da studentessa, un po' trasgressivi. Parlando di sé si definiva spesso una "monella".

Aveva preso a sgranocchiare noccioline, le stesse che il padre le vietava quando andavano insieme allo zoo. Sognava mandrilli. I viaggi in treno divennero occasione di lunghi *tête à tête* negli scompartimenti poco affollati. Le passeggiate nei parchi, gli incontri nei caffè avevano lo stampo tipico di una relazione incipiente fra due adolescenti forse d'altri tempi, molto esitanti e maldestri. I due giovani, come i personaggi di una novella di Dostoevskij, vagavano nella città per ore ed ore senza ricorrere a quelle ovvie risorse che due amanti più decisi ed esperti avrebbero facilmente trovato (e di cui essi stessi avrebbero potuto facilmente disporre) per realizzare la piena soddisfazione dei loro desideri.

Ricordo ancora il racconto di una peregrinazione che in una fredda sera d'inverno li aveva portati in una sala d'aspetto di una stazione secondaria, abituale rifugio di barboni. Le effusioni cui si lasciavano andare con grande apprensione erano commisurate a questa ascetica scenografia e restavano in ambito masturbatorio, oppure si limitavano a momenti di fusione vissuti con il tatto, lo sguardo, l'olfatto. Il suo partner aveva adottato un dopobarba uguale al suo profumo. A tanta modestia di godimento corrispondeva però un'abbondanza lussureggiante di temi fantasmatici. Nel suo partner la paziente ritrovava i personaggi maschili più svariati, dal padre morto al fratello minore, a un bambino da coccolare teneramente, a un vizioso Barbablù, a un maniaco sessuale, un rapinatore

ventava assente, diffidente, dapprima si sentiva confusa e disorientata, poi la consapevolezza della realtà, delle sue convenienze, dei suoi interessi e dei rischi riprendeva il sopravvento. Se poi il suo partner la cercava nella città dove vivevano, la paziente era angosciata dal corto circuito tra vicenda fantasmatica segreta e realtà esterna, si negava ogni contatto, fuggiva, provava rabbia, e l'affetto che ella nutriva sopra tutto per gli aspetti primo-adolescenti di lui le sembrava a momenti una esperienza di sequestro. Era assillata dalla sua vicinanza, si sentiva sorvegliata, ma in altri momenti gustava il sapore di un'esperienza trasgressiva, proletaria. Si ricordava di quando suo padre, opponendosi a certe sue pretese infantili, le diceva: "Domenica ti porto a vedere come si vive in borgata" e poi non ce la portava mai". Con questa esperienza - diceva la paziente in seduta - il bambino che è in me è diventato ancora più mostruoso, però ho trovato la forza di sbuciarlo".

Questa ubriacatura adolescenziale durò vari mesi. Io mi limitai ad ascoltarla senza interpretarla, se non come rivisitazione di un'adolescenza non vissuta a tempo debito. Non feci altro che assistere la paziente nelle sue capacità di associazione e di autointerpretazione che, grazie all'analisi svolta fino a quel momento, si erano molto sviluppate. La relazione di transfert con me si era sufficientemente evoluta in alleanza terapeutica da consentirmi di prendere benevolmente atto di quella digressione e di capirne insieme la funzione e gli scopi. Poco a poco l'agire della paziente si esaurì spontaneamente, l'occasionale partner scomparve dai suoi pensieri, le sue energie si riorientarono verso la professione, il rapporto con il marito, e altre relazioni umane piene di significati affettivi adulti e ricchi. In seguito, l'aiuto che la paziente diede ad una adolescente che preparava la maturità, il commiato e l'augurio che le fece prima dell'esame mi permisero d'interpretare il suo lutto rispetto al *re-enactment* adolescente che c'era stato nelle sue "notti bianche" romane.

A questa immagine ne accosterò un'altra, simile per certi aspetti del comportamento, ma profondamente diversa ai fini dell'organizzazione psichica che essi sottintendevano.

Flora è una donna di ventisei anni, colta e intelligente. La sua esistenza era stata indelebilmente segnata da peculiari vicende del suo concepimento e della sua nascita. La madre le rivelò ben presto non solo di non averla mai desiderata, ma di avere più volte tentato di abortirla.

Una precocità intellettuale quasi prevedibile, dei tratti autistici di carattere e, dai sedici ai diciot-

L'adolescenza nella psicoanalisi dell'adulto

lazioni avevano suscitato fin dall'inizio, per la disinvoltura trasgressiva con cui le gestiva e sopra tutto quelle con uomini che per età, ruolo o autorevolezza si prestavano particolarmente. Questo livello della relazione aveva inconsciamente lo scopo di sottolineare il sottostante fantasma incestuoso e quindi dichiarare la sua accorata nostalgia del padre perduto, odiato eppure struggentemente rimpianto. Ad un livello più profondo però, la qualità della relazione affettiva che ella instaurava con i suoi partner e, sopra tutto, l'inevitabile conclusione sotto forma di ripetuti abbandoni, attestavano il bisogno - più che il desiderio - del rapporto con un oggetto primario, con l'amore materno assoluto capace di restaurare quella vulnerabilità narcisistica di base, di cui la paziente era pensosamente consapevole.

La collusione tra questi due livelli di relazione faceva sì che i suoi rapporti si interrompessero poco dopo l'instaurarsi di una relazione intima.

Non può quindi stupire che la relazione di transfert e la salvaguardia del setting divenissero estremamente difficili. Non tenterò qui di descrivere tutta la complessità della vicenda, ma soltanto di stralciarne gli aspetti che si potrebbero definire adolescenti.

Un conflitto estremamente drammatico contrapponeva da un lato la solitudine della paziente (conseguenza del suo impulso coatto a ripetere l'abbandono e il rifiuto subiti nell'infanzia) e dall'altro il desiderio di trovare finalmente un oggetto al tempo stesso idealizzato e speculare. Le inevitabili frustrazioni che questa ricerca comportava non potevano essere da lei tollerate, perché il suo livello già infimo di autostima non glielo consentiva. Allora l'identificazione proiettiva interveniva a collocare sull'oggetto, al quale rimaneva disperatamente legata, tutta la sua rabbia e questo le sembrava giustificare tutti i rimproveri, le proteste, le contestazioni e le critiche che riversava sull'oggetto.

Ella disprezzava cordialmente l'oggetto, gli addossava la colpa di non saper salvaguardare la propria autenticità, di piegarsi a compromessi, ad adattamenti, alle regole assurde di una realtà esterna che giudicava - starei per dire - superflua. Tutte le concessioni che l'oggetto faceva al principio di realtà (come per esempio, nel contesto analitico, il rispetto del setting e la rinuncia all'incesto) servivano soltanto a guastare l'autenticità, la spontaneità, l'innocenza originaria dell'oggetto e quindi la sua possibilità di apprezzare nella paziente queste stesse qualità. Erano le

pretativa, se solo l'organizzazione psichica l'avesse consentito. Ma da questa parte non si passava. In particolare ella rifiutava il minimo collegamento tra il transfert e la relazione con gli oggetti originari, sostenendo di essersi completamente distaccata da loro e di non avere con loro più niente in comune. Sembrava non avere altra scelta che l'acting-in per rivivere (e farmi vivere) in seduta le sue uniche possibilità di relazione con tutti i toni emotivi corrispondenti e spesso-esasperati, com'è facile immaginare. E lo stesso si poteva dire per l'acting-out: ella continuava con gli oggetti esterni quella negoziazione che, al netto della quota assorbita dalla coazione a ripetere, potesse consentire un minimo d'identificazioni introiettive. Ma sorprendentemente, dopo un periodo di astensione sessuale abbastanza lungo, l'acting-out non fu più di ordine sessuale.

La paziente intraprese con dedizione assoluta, con coraggio e con grande sensibilità l'assistenza a due donne morenti.

Non andrò oltre in questo racconto che del resto può dare solo un'idea molto ridotta di un'analisi evidentemente assai complessa e difficile. Non pretendo di affermare che l'esperienza dei lutti di cui ho appena parlato abbia apportato un cambiamento risolutivo nell'evoluzione di Flora. Credo però che essi abbiano rappresentato tutto quello che Flora poteva fare per accostarsi - su un piano non verbale - all'idea che la sua adolescenza non sarebbe potuta durare all'infinito.

I due casi che ho appena esposti si presterebbero ovviamente a tantissime considerazioni, ma per ora mi limiterò a condensare i motivi che mi hanno indotto a presentarli in una frase che ho letto da qualche parte: "Per alcuni l'analisi è un'occasione per uscire da un'adolescenza interminabile".

II - Accingendomi ora ad inquadrare, sia pure molto sommariamente, il *re-enactment* adolescenziale in una cornice di riferimento metapsicologica voglio innanzitutto ricordare che non si può prescindere dalla dimensione evolutiva dell'apparato psichico, dimensione che induce a considerare sia l'adolescenza che la cura analitica come due processi entrambi in divenire.

a - Sul piano topico, molti autori hanno sottolineato lo stretto rapporto che il processo di sviluppo proprio dell'adolescenza ha con il lavoro del lutto. Il lutto adolescente ha caratteristiche proprie: la regressione al servizio del progresso, dell'adattamento, in definitiva dell'Io. Il lutto non riguarda il giudizio sulla realtà esterna attuale (come nell'adulto), anzi spesso l'adolescente si volge alla realtà attuale come ad un sostituto di oggetti interni in declino, al quale aggrapparsi. Il pensiero e la rap-

Dove non arriva il ricordo subentra la riattivazione dell'esperienza infantile, del "conosciuto non pensato" (Bollas 1987) rivissuto mediante il corpo sessuato. Solo così le esperienze traumatiche potranno essere rielaborate nella posteriorità (su questa allusione al trauma tornerò più avanti).

Il *re-enactment* si distingue quindi dall'*acting* perché non ha (o non ha esclusivamente) un significato di evitamento o di espulsione rispetto all'elaborazione psichica, non è sotto il dominio assoluto della coazione a ripetere. Rispetto all'elaborazione esso rappresenta una tappa preliminare, ancorché arcaica (Limentani 1966). Però prima che il legame libidico con gli oggetti di amore infantili relativamente internalizzati possa essere sciolto e che la libido possa legarsi ad aspetti nuovi, la regressione nella relazione d'oggetto e nel livello di funzionamento dell'Io è inevitabile. Cito la Tonnesmann (1980): "I traumi scissi non possono essere ricordati, perciò l'adolescente li riagisce attivamente cercando e mettendo in scena quelle esperienze che in circostanze più fortunate gli possono permettere un controllo sia pure postumo di intrusioni e di abbandoni passivamente sofferti nel passato". Il carattere sceneggiato del *re-enactment* mi sembra evidente nei due casi che ho presentato: ben diverso dalla teatralità isterica, mi pare avvicinabile piuttosto al concetto winnicottiano di 'area intermedia' e alla sua costruzione.

René Diatkine (1985), a proposito dell'alternativa tra divenire adolescente e restare adolescente, evoca il concetto di area intermedia come punto d'incontro dell'illusione (realtà psichica) del bambino con quella della madre. Per l'adolescente, secondo Diatkine, l'area intermedia si situa tra la propria illusione (ideale dell'Io-desiderio-fantasma-realtà psichica) e la realtà materiale dell'oggetto esterno, sessuato ma non incestuoso. In conclusione il *re-enactment* si viene sempre a trovare a mezza strada tra regressione e progressione.

b - Sul piano dinamico ci possiamo chiedere a quale gioco di forze pulsionali e di corrispondenti controinvestimenti il *reenactment* risponda. Anche dando per scontata la funzione di messaggio, di appello che esso può rappresentare nel contesto della relazione analitica, possiamo scorgervi più precise indicazioni circa i conflitti del paziente e le relative difese, i suoi investimenti e i disinvestimenti. Bios (1963) distingue tre diversi scopi nell'*acting-out* adolescente: 1) la ripetizione di una relazione oggettuale precoce e delle sue modalità di gratificazione mediante lo spostamento; 2) l'attuazione di un fantasma nella realtà, nel qual caso l'*acting-out* è un equivalente autoerotico; 3) il

della propria esistenza 'precario' e 'discontinuo' a causa di vuoti nella costruzione della propria immagine, o di superinvestimenti antieconomici là dove il trauma ha lasciato i suoi segni. Ciò che è rivissuto nel *re-enactment* sono innanzi tutto i conflitti edipici nell'edizione sessuata propria dell'adolescenza, ma anche quelli preedipici e non verbali possono trovarvi espressione. In ogni caso il *re-enactment* è una 'seconda occasione per esprimere, riparare, padroneggiare, integrare.

- Dal punto di vista economico, l'accostamento del *re-enactment* alla teoria freudiana del trauma è suggerito da validi motivi. L'applicazione di quella teoria alle sofferenze soggettive che fanno alge agli eventi frustranti dello sviluppo infantile appare oggi sempre più giustificata, a condizione di corredarla con tutte le conoscenze non soltanto psicoanalitiche ma anche cognitive sullo sviluppo psichico, che si sono accumulate da Freud in poi. Mi riferisco al carattere non evoluto di certe funzioni psichiche dell'infanzia (penso ai precursori degli affetti); all'angoscia traumatica che non ha ancora assunto il ruolo di segnale; alle tracce mnemoniche rudimentali; alla primitività delle fantasie narcisistiche costitutive del Sé; al carattere massivo di certi meccanismi di difesa (sopra tutto negazione e scissione). Tutti questi aspetti di immaturità indicano che il tipo di patogenesi proprio del processo traumatico non soltanto può avere un campo d'azione più vasto di quello della nevrosi infantile, ma può essere ancora molto attivo in adolescenza, seppure mascherato da tratti adultomorfi di copertura. Mi chiedo se in questo senso il *re-enactment*, più che un ritorno del rimosso nel senso nevrotico del termine, non rappresenti piuttosto un equivalente della ripetizione dell'esperienza traumatica. Freud stesso, nel *Mosé e il monoteismo*, scrisse che la ripetizione rappresenta il versante 'positivo' del processo traumatico, quando però possa verificarsi nel contesto di una relazione analitica capace di trasformarla in seconda occasione.

Guillaumin (1985) ha sostenuto che la fine della adolescenza ha molto a che fare con il processo traumatico, perché in entrambi un ruolo molto considerevole è svolto dalla ricerca di un limite dell'eccitazione sopportabile. Egli parla di una "attivazione neotraumatica" da parte dell'adolescente. Ciò equivale a dire che la dinamica dell'*après coup*, che comporta la riorganizzazione delle esperienze traumatiche infantili, non basta più: "La risignificazione del passato non rappresentato richiede un nuovo choc" dice Guillaumin. In questo senso io penso che il *re-enactment* rappresenti un seconda occasione per gestire il trauma in forma più attiva e metabolizzabile.

aspetti del materiale analitico ispirati dall'impulso di protestare contro l'autorità, di esprimere in termini reattivi il desiderio di ribaltare la dipendenza nei confronti dei genitori "traumatizzanti", magari di vendicarsi di loro? Sarebbe facile raggruppare sotto questa etichetta tanti transfert negativi, polemici, arroganti, oppure erotizzati, idealizzati o seduttivi come quelli che Flora ad esempio alternava. O forse anche transfert più vicini alla normalità, come ad esempio quello in cui l'oggetto analista è usato come un genitore capace di assistere allo sviluppo del figlio senza angosciarsi né intrudere, un genitore con cui, se lo si vuole, si può condividere un esame comune della propria esperienza di adolescenti, senza troppi pudori e senza incontrare troppi preconcetti, come nel caso di Diana.

Personalmente ritengo che il transfert non richieda né sopporti definizioni. Esso è *individuale* per eccellenza, come una impronta digitale. Qualunque aggettivo si aggiungesse non servirebbe altro che a ridurre difensivamente, da parte dell'analista, lo sforzo di contenere nella sua mente la complessità della relazione sempre diversa che ciascun analizzando fa con lui.

Una modalità particolare di relazione, specialmente se ridotta semplicisticamente a pochi tratti salienti (come spesso siamo costretti a fare nelle nostre esemplificazioni cliniche) non basta a rappresentare un'intera organizzazione psichica che, con l'insieme delle sue sfaccettature, occuperà per anni, come in certe fasi dello sviluppo adolescente, tutto il divenire di una persona e comporterà la gestione di cambiamenti di rotta che risulteranno decisivi per il resto della vita.

Su un piano più generale si può dire che le conoscenze sull'adolescenza psichica si sono molto arricchite e sono tutt'ora in espansione. Credo che nella mente dell'analista esse siano venute a colmare un vuoto che esisteva tra il piccolo Hans e l'uomo dei lupi, un vuoto che Dora non riusciva a colmare in modo altrettanto esauriente. Ora, nel momento in cui ci accingiamo a creare uno spazio scientifico di dibattito e di ricerca per la psicoanalisi dell'adolescenza, sarebbe un *pericolo* per l'analista di adolescenti sentirsi inquadrato in una sorta di specificità di fase (per adottare un'espressione americana) *distinta* da quella dell'analista di adulti o di *bambini*, che, se pure necessaria, non può essere sufficiente.

b) In questo lavoro mi sono riferito al *re-enactment* come fenomeno che, se non patologico di per sé, riconduce tuttavia a traumi subiti nell'infanzia e sofferti in adolescenza. Per concludere vorrei

rispettare il giudizio di realtà), di idealizzare (ma in modo non troppo difensivo), di salvaguardare in se stessi una certa ingenuità (prima che si trasformi tutta in cinismo), di sentirsi disponibili alla relazione (senza rifugiarsi in una pseudo saggezza contemplativa e astensionista), in una parola di far sopravvivere le illusioni, affinché la realtà materiale possa essere ancora animata dalla realtà psichica.

Bibliografia

- BLOS, P. (1963) The concept of acting out in relation to the adolescent process. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2, 118-136.
- BOLLAS, C. (1987) *The Shadow of the Object* Trad. it. L'ombra dell'oggetto, Borla, Roma 1989.
- DIATKINE, R. (1985) Devenir adolescent, rester adolescent. In: *Adolescence terminée, adolescence interminable*, Alléon et coll., ed. PUF, Paris.
- FREUD, S. (1914) Introduzione al narcisismo, *OSF*, I
- FREUD, S. (1934-38) L'uomo Mosé e la religione monoteista, *OSF*, II.
- GUILLAUMIN, J. (1985) Traumatismes de la post-adolescence et effets d'après-coup en amont et en aval chez les adolescents. In: *Adolescence terminée, adolescence interminable*, Alléon et coll. ed. PUF, Paris.
- LIMENTANI, A. (1966) A re-evaluation of acting out in relation to working through. *Int. J. Psychoanal.*, 47, 274-282.
- TONNESMANN, M. (1980) Adolescent *re-enactment*, trauma and reconstruction. *J. Child Psychol.*, 6, 23-44.

Riassunto

Il materiale clinico su cui si basa questo lavoro è rappresentato da due pazienti in analisi, messe a confronto sulla base delle loro esperienze durante la cura, delle produzioni fantasmatiche e della relazione di transfert. L'una ha rivissuto, durante un certo periodo della terapia, vicende emotive ti-

derazione i rapporti metapsicologici tra il *re-enactment* da un lato e, dall'altro, l'*acting-out*, il lavoro del lutto, il concetto psicoanalitico di trauma.

Summary

The clinical material on which this paper is based has been taken from the analysis of two women. Their experiences during treatment, their phantasies and their transference relationships are compared each other, in order to show how differently adolescent processes could have been integrated in their psychic apparatus.

One patient relived in treatment emotional events that are typical of normal adolescence, since it had been impossible to her to live them as such at the proper time because of strong ascetic defences. The other, on the contrary, could not avoid to repeat in her own relationships as well as in the transference, defensive patterns that had formed in her adolescence and did not evolve any more from then on.

Tonnesmann's concept of "re-enactment" seems to fit well to this material. It is therefore discussed taking into account its connections with other metapsychological concepts as acting out, trauma and mourning.

ARNALDO NOVELLETTO

Via Ombrone, 14

00198 Roma

ROBERTO LOSSO

La teoria psicoanalitica e la psicoanalisi della famiglia*

Scopo del presente articolo è quello di individuare, nei testi freudiani e di altri autori, i concetti che ci permettono di stabilire un fondamento psicoanalitico nello studio teorico e pratico (lavoro terapeutico) della famiglia.

Nei testi di Freud la psicoanalisi si presenta, a prima vista, come una teoria dell'individuo, non del gruppo, in particolare non del gruppo familiare. Cercheremo dunque di esaminare quest'“altra” dimensione della psicoanalisi. Inoltre, cercheremo di affermare che *la psicoanalisi è una teoria che trascende la dicotomia individuo-gruppo familiare*. La confusione nasce probabilmente da due fatti: il primo, è che la psicoanalisi è nata come metodo terapeutico individuale; il secondo, è che Freud ha elaborato la maggior parte delle sue teorie in termini di strutture intrapsichiche. Non dobbiamo dimenticare però che, in opposizione alla psicologia dell'epoca che considerava l'uomo isolato, la psicoanalisi fu la prima a scoprire ed a indicare, in maniera rivoluzionaria, che non si può concepire l'individuo senza l'esistenza degli altri e che tutto quello che accade ad un individuo ha un senso per lui medesimo e per il suo gruppo familiare (Losso 1984).

Cercheremo di reperire in alcuni testi di Freud le tracce di tale “*dimensione familiare della psicoanalisi*” (Garcia Badaracco, 1989), cominciando dagli argomenti clinici per passare poi all'analisi degli enunciati teorici. Per ultimo ci riferiremo ai contributi più importanti di altri autori in relazione alla comprensione di questa dimensione familiare della psicoanalisi.

Così, il caso *princeps* di Elizabeth von R. (Freud 1895, 302) ci mostra come i sintomi somatici della paziente (astenia-abasia, dolore nella coscia destra) si intrecciano con una parte della storia familiare, (“Era questo, infatti, proprio il punto in cui ogni mattina veniva poggiata la gamba del padre, mentre essa rinnovava le bende che avvolgevano la gamba tutta gonfia”). Mentre la madre di Elizabeth restava assente, distaccata, “inviava” (è il caso di dire) la figlia ad occuparsi del padre. Il

In un altro lavoro Freud parla del trattamento di una coppia, nel corso del quale riesce a favorire la comunicazione tra i due mettendo in relazione il problema della coppia con un sintomo (nevrastenia) di uno di loro: “non può che proporsi altro scopo che quello di ricondurre [...] al normale commercio sessuale” (Freud 1898, 409). Questa fu forse la prima terapia di coppia.

Un'altra scoperta fondamentale di Freud in questo periodo è quella dell'importanza del trauma legato alla violenza familiare. Nel 1896, in *Etiologia dell'isteria*, Freud parla degli “abusi sessuali nell'infanzia” e di come le cause si debbano cercare il più delle volte negli adulti “alle cui cure il bambino era stato affidato [...] purtroppo, anche un parente stretto” [p. 347-48], contrastando così la teoria della ereditarietà del momento.

Nel 1905 Freud pubblica *i Tre saggi sulla teoria sessuale* dove afferma: “... inizialmente il soddisfacimento sessuale [...] aveva un oggetto sessuale al di fuori del proprio corpo nel petto della madre” [p. 527] e soltanto in seguito diventa autoerotico. Più oltre, aggiunge ancora: “La madre [...] insegna al bambino ad amare” [p. 528]. Chiara allusione a come l'oggetto si va costruendo attraverso le relazioni con gli oggetti primari.

Nello stesso lavoro, Freud ci parla dell'influenza della famiglia nella trasmissione delle nevrosi sui figli: “per i genitori nevrotici - dice - vi sono vie più dirette di quella ereditaria per trasmettere il loro disturbo ai bambini”. E poco più avanti afferma che “perfino gli screzi fra i genitori, il loro matrimonio infelice, determinano la più grave predisposizione a uno sviluppo sessuale disturbato o a una malattia nevrotica dei figli” [pp. 529, 533].

Parla inoltre delle conseguenze negative della carenza affettiva di una madre verso il suo bambino e degli effetti che può provocare la mancanza prematura di uno dei membri della coppia di genitori (rispettivamente nei casi di “inversione” e di isteria).

Sempre nel 1905 Freud pubblica il *Caso di Dora*, nel quale spiega come la psicoanalisi abbia spostato l'interesse dal fattore ereditario alla dinamica dei rapporti familiari dei malati: “Innanzitutto ci interesseremo delle situazioni familiari dei pazienti e ciò, come vedremo, da diversi punti di vista e non soltanto da quello della ricerca dei fattori ereditari” [p. 314].

Nella storia di Dora Freud mostra chiaramente come la paziente si trovi immersa in una costellazione familiare particolare e come il suo posto sia stato determinato dalla dinamica della famiglia:

va capito il senso [...]. Eppure questa malattia è intenzionalmente prodotta. Gli stati morbosi sono in genere destinati a una certa persona” [pp. 334-337]. Ogni sintomo è, quindi, espressione di una modalità di legame particolare.

Nel 1909 Freud pubblica il *Caso clinico del piccolo Hans*, nel quale, andando oltre le sue considerazioni teoriche, introduce un’azione terapeutica tramite la famiglia, effettuando, in una occasione, una seduta di terapia familiare con il piccolo Hans e suo padre.

Freud ci mostra qui come i sintomi del bambino siano in relazione con una madre che tratta il proprio figlio come oggetto incestuoso e con un padre assente. D’altro canto il bambino provocò diverse liti fra i genitori. Freud parla anche della sovrastimolazione sessuale del bambino da parte della madre “... per Hans - dice Freud - l’aver prodotto questa fobia fu una cosa salutare, poiché essa da una parte richiamò l’attenzione dei genitori [...] dall’altra fece accorrere il padre in suo aiuto” [pp. 586, 587]. Il sintomo appare qui come *messaggio* e come *denuncia*: la fobia del bambino, esprimeva non solo un conflitto intrapsichico, ma era anche la *denuncia* di un conflitto familiare (del quale dall’altra parte si serviva). Teniamo presente che i genitori divorziarono dopo il trattamento.

Abbiamo già sottolineato come qui Freud attui quella che potremmo considerare la prima seduta di psicoanalisi familiare: la seduta del bambino e suo padre, nella quale fa un lavoro di chiarificazione dei malintesi che erano insorti tra loro due. Nella seduta infatti poterono parlare di quando il figlio aveva dato una testata contro la pancia del padre ricevendone in risposta uno scappellotto. Solo nella seduta fu possibile parlare di tale episodio perché, commenta Freud, “il padre non aveva messo in riferimento questo particolare col contesto della nevrosi” [p. 509] vale a dire, lo aveva nascosto a Freud, e forse a se stesso. Freud fa un lavoro di chiarificazione riguardo ai dubbi del bambino sull’amore che il padre poteva nutrire o meno nei suoi confronti.

Senza dubbio gran parte della riuscita terapeutica è dovuta al diverso atteggiamento del padre riguardo al figlio: una maggiore vicinanza e un interessamento più attivo. Così Freud realizzò la prima psicoterapia familiare.

Nel 1910 lo studio su Leonardo portò Freud ad interessarsi nuovamente della costellazione familiare. Egli vi sviluppa la sua teoria sull’omosessualità maschile caratterizzata da “un vincolo erotico molto intenso con una persona di sesso femminile, di solito la madre “la quale” come tutte le

in isperienza” [p. 276]. Potremmo domandarci, alla luce di quanto ora sappiamo, se queste “ragioni” non alludano ai mandati transgenerazionali, “che non furono mai in isperienza”.

Più avanti, verso la fine, Freud sembra turbato di fronte alle stesse prove, che evidentemente mettevano in crisi il dogma della sacralità familiare. E si domanda: “Ma non si ha forse il diritto di scandalizzarsi dei risultati di un’indagine che concede alla causalità della costellazione parentale un così decisivo influsso sul destino di un uomo? [...] Naturalmente è mortificante pensare che un Dio giusto e una Provvidenza benevola non ci proteggano meglio da simili influenze nel periodo più indifeso della nostra vita” [p. 275].

Nella ventottesima lezione (Freud 1916-1917, 607-608) riferendosi alle “resistenze esterne” nella terapia, afferma che, “l’intrusione dei congiunti costituisce appunto un pericolo, un pericolo di quelli a cui *non si sa come far fronte*” [p. 607]. “I parenti più prossimi del malato talvolta rivelano scarso interesse al fatto che il loro congiunto guarisca, piuttosto che resti com’è. Dove, come tanto spesso avviene, la nevrosi è connessa con conflitti fra membri della famiglia, il parente sano non esita a lungo nella scelta tra il suo interesse e quello di far guarire l’ammalato”. A questo punto Freud sottolinea ancora una volta il contenuto familiare del sintomo, e aggiunge: “In effetti avevamo intrapreso qualcosa che, *data la situazione*, era inattuabile” (I corsivi sono miei). Viene dunque aperta la possibilità di creare nuove condizioni tecniche che permettano lo sviluppo di ciò che avevamo intrapreso. In questa stessa lezione cita poi il caso di una paziente che soffriva di intense crisi d’angoscia, con il proposito di “tener prigioniera la madre e togliere la libertà di movimento necessaria per frequentare l’amante” [p. 608], benché ignorasse che l’amante esisteva davvero. Si presenta qui il problema dei *segreti familiari*, che così frequentemente troviamo nelle famiglie patologiche.

Per finire, nel 1920, Freud pubblica *Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile*, senza dubbio quello nel quale egli offre una visione “familiare” più chiara quanto alla genesi. Il che non è casuale, poiché a questo punto aveva già sviluppato la sua teoria sul narcisismo, e avrebbe pubblicato poco dopo, *Psicologia delle masse e analisi dell’Io e l’Io e l’Es*.

In questo lavoro Freud si dilunga nello spiegare certi casi nei quali “dei genitori pretendono che si guarisca il loro bambino, che è nervoso e indocile. Per bambino sano essi intendono un figlio che

co non può ottenere il risultato per cui il marito desiderava il trattamento. Non appena la donna è stata liberata dalle sue inibizioni nevrotiche decide di rompere il matrimonio, che in effetti poteva reggere solo a condizione della sua nevrosi” [p. 144].

In questo brano Freud mostra chiaramente come la nevrosi abbia sempre un senso interpersonale e familiare e come i legami patologici familiari condizionino la presenza delle sintomatologie. Se la sintomatologia scompare, scompaiono anche i legami patologici. Freud anticipa qui le moderne idee delle teorie sistemiche sulla omeostasi familiare e sul senso familiare del sintomo (Marcer 1985).

Nei commenti sul caso è possibile osservare come i sintomi siano messi in relazione diretta con la dinamica familiare. Freud descrive le caratteristiche del padre (“freddo e severo”), della madre (“non affettiva, narcisista”) in competizione con la figlia ed esamina in che modo il sintomo della paziente assuma da una parte significati di vendetta nei confronti del padre, dall’altra di competizione con la madre (“Diventando omosessuale, lasciando gli uomini a sua madre per così dire “cedendole il passo”) [p. 153]. Freud aggiunge che “va inoltre rilevato che entrambi i genitori si comportavano come se conoscessero la segreta psicologia della figlia. La madre si mostrava tollerante come se apprezzasse il favore che la figlia le faceva cedendole il passo, il padre si adirava come se si rendesse conto del proposito di vendetta rivolto contro di lui” [p. 154]. Ancora una volta Freud mostra il senso interpersonale del sintomo, e come questo sia sostenuto dalla complicità inconscia di tutto il gruppo.

Alcuni punti della teoria psicoanalitica e il loro rapporto con la famiglia

Mi sono già riferito alla teoria freudiana della seduzione che, pur essendo stata in seguito modificata, non venne mai abbandonata. Nel 1931 in *La Sessualità femminile* Freud torna sul tema della “seduzione reale”, la quale comporta spesso - egli dice “ampie e durature conseguenze” [p. 70].

Nel 1911, in una nota a *Precisazioni sui due principi dell’accadere psichico*, riferendosi al lattante, dice: “il lattante purché vi si includano le cure materne” [p. 455]. Questa frase contiene l’idea che il bambino sia inconcepibile al di fuori dell’ambiente esterno (Winnicott 1958).

Nel 1914 Freud pubblica *Introduzione al narcisismo*, dove si riferisce al narcisismo infantile:

disposizioni costituzionali sono sicuramente effetti postumi delle esperienze di lontani antenati” [p. 504].

A questo proposito, nella nostra scuola argentina, già Pichon-Rivière (1971) aveva modificato parzialmente questa teoria aggiungendo una nuova serie che precede le altre, nella quale l’interazione tra aspetti congeniti e *esperienze intrauterine* danno luogo al costituzionale. Già allora Pichon introduceva questo aspetto: *l’esperienza intrauterina*, la cui importanza viene attualmente dimostrata da numerose ricerche. Anche Meltzer (1989) ha riferito che dagli studi ecografici, è possibile rilevare che quando la madre parla al feto, questo risponde con determinati movimenti che invece non si producono quando la voce è diretta ad altre persone. I suoi lavori sui bambini autistici mostrano inoltre come queste madri non abbiano parlato con loro durante la gravidanza. Oltre alle esperienze intrauterine, potremmo pensare che il *costituzionale* (“effetti postumi delle esperienze di lontani antenati”) potrebbe alludere a quello che viene trasmesso transgenerazionalmente: una sorta di mandato che le generazioni precedenti trasmettono al soggetto¹.

Nel campo della etologia Lorenz (1983) ha segnalato che “eredità” (parola che viene dal diritto: “eredità dei beni”) non si riferisce soltanto al genetico. C’è una forma di eredità trasmessa culturalmente (pensiero e linguaggio, conscio e inconscio, oltre al linguaggio degli affetti). Tutto ciò - dice Lorenz - “rende possibile la trasmissione - *non per via genetica* - delle modalità acquisite dall’organismo nel corso della vita”. In tal modo “la trasmissione culturale esercita un ruolo simile alla trasmissione della informazione genetica”.

Quanto alla seconda serie complementare, - predisposizione, più situazione accidentale (traumatica) - il lavoro sulle famiglie ci mostra che il fattore “accidentale” o traumatico influisce nella vita del soggetto non solo come fattore “scatenante” della patologia, ma come determinante permanente nella vita del soggetto.

L’esperienza con le famiglie permette di valutare l’importanza delle *azioni reali e concrete* che gli oggetti esercitano sugli individui, all’interno del tessuto intersoggettivo dei legami familiari. In tal modo, l’interazione del gruppo familiare mantiene il sintomo fornendogli un nuovo senso in funzione del contesto (come afferma lo stesso Freud nei casi prima ricordati, Dora, il piccolo Hans, il caso di omosessualità femminile, ecc.).

l'“ereditario” nel senso precedentemente indicato da Lorenz, possiamo considerare queste “*Urphantasien*” come trasmissione *collettiva* transgenerazionale, come prodotto dall'esperienza culturale. Sarebbero fantasie destinate a spiegare le origini (del soggetto, della sessualità, della differenza fra i sessi, delle generazioni). Così considerate diventerebbero teorie sulle origini, condivise dai soggetti di una stessa cultura, mentre a livello familiare esse funzionano come *organizzatori* delle strutture familiari (Eiguer 1987a).

La teoria delle identificazioni e la seconda topica freudiana introducono il tema fondamentale della intersoggettività, comportando una chiara evoluzione rispetto alle sue prime teorie basate sulle pulsioni dove “la meta” era privilegiata.

Così, *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (Freud 1921) implica un considerevole salto epistemologico: “La contrapposizione tra psicologia individuale e psicologia sociale o delle masse, contrapposizione che a prima vista può sembrarci molto importante, perde, a una considerazione più attenta, gran parte della sua rigidità. La psicologia individuale verte sull'uomo singolo e mira a scoprire attraverso quali modalità egli persegue il soddisfacimento dei propri moti pulsionali; eppure solo raramente, in determinate condizioni eccezionali, la psicologia individuale riesce a prescindere dalle relazioni di tale singolo con altri individui. Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto, *in quest'accezione più ampia* ma indiscutibilmente legittima, la psicologia individuale è *al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale* (corsivi miei). Il rapporto che il singolo istituisce con i suoi genitori e fratelli, con il suo oggetto d'amore, con il suo maestro e con il suo medico, ossia tutte le relazioni finora divenute materia precipua della ricerca psicoanalitica, possono legittimamente venir considerate alla stregua dei fenomeni sociali” [p. 261].

Crediamo sia questa una delle grandi scoperte della psicoanalisi. L'individuo non è concepito senza l'altro, ed è sempre in relazione con l'altro. Quindi gli altri, il gruppo, sono presenti anche nella vita psichica del soggetto; è la presenza dell'altro a qualificarlo come essere culturale, come uomo-cultura (Napolitani 1980). L'uomo-cultura è appunto un uomo al cui interno si giuocano delle relazioni, accadono drammi. Inoltre, lo stesso lo che dà il senso d'identità al soggetto, ha origine in queste relazioni: le identificazioni. “L'identificazione tende a conformare il proprio Io analogamente

altre parole: i desideri dei genitori e di altre figure significative per il soggetto si esprimono attraverso tali identificazioni primarie. I desideri sono sempre contraddittori e conflittuali tra i genitori e quindi, anche dentro ciascuno di loro (Losso 1983). Le identificazioni primarie sono, dunque, la traccia della presenza dell'altro espressa fondamentalmente attraverso i desideri parentali. Alle identificazioni primarie si aggiungono, più tardi, quelle secondarie, con la risoluzione del complesso di Edipo e la formazione del Super-io.

In questo senso possiamo capire l'idea di Freud dell'identificazione col padre (o con i padri, come si legge in una nota a piè di pagina) della preistoria personale. Il modo in cui si producono tali identificazioni condiziona in gran parte il destino del soggetto: potrà avere (Garcia Badaracco 1985) identificazioni "normogeniche" o "trofiche" che porteranno allo sviluppo e alla individuazione del soggetto, ma anche identificazioni "patogene" o "alienanti". Oppure, come le abbiamo chiamate noi (Losso 1990), identificazioni "tracciate"² in quanto si tratta d'identificazioni simili a schemi rigidi e perfino "caricaturali" con i personaggi della mitologia familiare.

Consideriamo fondamentale la svolta teorica di Freud in *L'Io e l'Es* (1923) dove rivela un adattamento della sua teoria del narcisismo alle nuove concezioni: l'inizio tutta la libido è ammassata nell'Es, mentre l'Io è ancora in fase di formazione, o troppo debole. L'Es proietta una parte di questa libido negli investimenti oggettuali erotici; al che l'Io, il quale nel frattempo si è rinforzato, cerca di impadronirsi di questa libido oggettuale e di imporsi all'Es come oggetto d'amore. Il narcisismo dell'Io è pertanto un narcisismo secondario, sottratto agli oggetti [p. 508].

Vale a dire, il narcisismo è sempre secondario: l'oggetto è presente fin dall'inizio. Abbiamo già parlato di come Freud includa, nelle considerazioni sul lattante, l'importanza delle "cure ricevute dalla madre" (Freud 1911). Partendo da queste concezioni freudiane e dagli sviluppi successivi, possiamo considerare il narcisismo "più come una delega che come una struttura o uno stato. Delega che produrrà effetti strutturanti o alienanti..." (Halach Lifschitz e Packciarz Losso 1990).

La *teoria dell'apparato psichico* permette a Freud di includere la dimensione trans-soggettiva (familiare) nel mondo interno dell'individuo attraverso:

1) Le identificazioni (costitutive dell'Io), delle quali abbiamo già parlato 2) il Super-io, come dice Freud, rappresentante del Super-io dei genitori, vale a dire un Super-io transgenerazionale. In

vizza, quando coincide con un oggetto concreto, ad es.: “io devo essere il sostituto del mio fratellino morto”, oppure “quello che deve riscattare la figura del nonno truffatore”, ecc. Il soggetto deve ripercorrere una strada già percorsa (“tracciata”) da altri prima di lui e non può crearsi un suo proprio percorso. Poiché una cosa sono i “messaggi simbolici delle origini”, che forniscono al soggetto il sostegno del gruppo familiare plurigenerazionale, ed un'altra “le deleghe abusive alienanti”, (Eisenguer, 1987 b) che si insediano come aspetti del Super-io-ideale dell'Io.

Si potrebbe riesaminare il concetto di “pulsione di morte” (Freud 1920) alla luce del punto di vista familiare osservando in tal senso come nella tendenza alla ripetizione di modelli familiari arcaici i modelli identificatori si “cristallizzano”. Non c'è posto, dunque, per il nuovo e per la creatività personale. Questi modelli “tracciati” fanno parte di un certo narcisismo, come modello vincolante indifferenziato.

In questa stessa linea potremmo spiegare la “coazione a ripetere” (Freud 1920): essa avviene non solo, come dice Freud, lungo la vita del soggetto, ma comprende le ripetizioni di modelli di funzionamento familiare, trasmessi transgenerazionalmente. In tal modo ci sarebbe una coazione alla ripetizione familiare, collegata soprattutto ai *miti di famiglia*³.

L'opera di Melanie Klein (1952), introducendo i concetti di “relazione d'oggetto” e di “fantasia inconscia”, permette una prima formulazione della psiche intesa come “relazionale”. Sebbene la Klein sviluppi una teoria “centrata sugli istinti”, il concetto di fantasia inconscia comprende una dimensione “vincolante”, da noi recuperata con le teorie di Pichon Rivière (1971) e la teoria del *vincolo*, in virtù della quale i concetti kleiniani sono stati rivisti sotto l'ottica delle esperienze intersoggettive. Così “l'istinto di vita” è stato riproposto come “vincolo buono”, originato dalle esperienze gratificanti, e l'istinto di morte come “vincolo cattivo”, originato da esperienze frustranti. Secondo Pichon Rivière vi è sempre qualcuno che dal di fuori determina i contenuti psichici del soggetto. Egli ri-definisce la fantasia inconscia come “la cronaca che il sé realizza rispetto ai propri vincoli a doppio senso con gli oggetti interni”. Un'idea importante dell'autore è quella di gruppo interno, La modificazione del concetto di mondo interno della Klein. Pichon attribuisce alla mente una dimensione gruppale. Il *gruppo interno*, egli dice, ha origine nel gruppo esterno trasformato e distorto in base ai bisogni dell'individuo. Nelle famiglie, i gruppi interni o “famiglie interne” di ciascun mem-

individuale si può formare soltanto in un ambiente determinato”. E in un’altra parte aggiunge: “il concetto d’identificazione primaria racchiude in sé l’ambiente ancora indifferenziato dell’individuo”. Vale a dire, il soggetto nasce in un contesto grupale (familiare) e questo viene definitivamente internalizzato dentro di sé.

L’individuo, quindi, può evolvere soltanto grazie alla assistenza materna (Badaracco 1978). Prima esiste il gruppo e la famiglia, che con la loro “funzione di ambiente esterno facilitante” permetteranno l’evolversi della psiche del soggetto.

L’intrapsichico nasce dall’interpsichico, attraverso l’interazione del bambino con l’ambiente circostante, dove la madre nei primi tempi è l’elemento più importante. La “preoccupazione materna primaria” è decisiva per lo sviluppo del soggetto. Inoltre è essenziale in questo periodo il “ruolo di specchio della madre”, in virtù del quale essa restituisce al bambino la sua propria immagine, il senso di essere se stesso, e il proprio schema corporeo (Winnicott 1971).

D’altra parte Bion (1959), nei suoi ottimi lavori sui gruppi, ha mostrato come questi funzionino ai livelli da lui definiti “primitivi”, dove il socio-culturale viene prima dell’individuale. L’individuo nasce in una matrice sociale (familiare), che egli ha chiamato “protomentale”.

Bion ha inoltre segnalato come Freud “non sia riuscito a rendersi pienamente conto della natura della rivoluzione da lui stesso determinata col cercare una spiegazione dei sintomi nevrotici non nell’individuo, ma nella relazione dell’individuo con gli oggetti” [Bion 1959, 144].

Lo stesso Bion aggiunge ancora: “La differenza apparente tra psicologia di gruppo e quella individuale è un’illusione data dal fatto che il gruppo mette in luce dei fenomeni che sembrano sconosciuti ad un osservatore non abituato alla pratica del gruppo [...]. L’individuo è ed è sempre stato membro di un gruppo, anche quando questo suo far parte di un gruppo consiste nel comportarsi in modo tale da far realmente credere di non appartenere a nessun gruppo” [*ibidem*, 178-179]. *Anche il narcisista fa parte di un gruppo.*

Per riassumere, riteniamo che nella teoria psicoanalitica si possa trovare l’origine della visione familiare. Probabilmente Freud oscillò, in gran parte della sua opera, tra il cercare di descrivere tutto come avente origine nell’individuo (teoria delle pulsioni; “la meta è contingente”) e il comprenderlo come espressione dell’intersoggettività. Quest’ultima linea si consolida con l’introduzione del con-

L'introduzione del concetto di "fantasie originarie" e di "eredità filogenetica" ci permette di capire l'appartenenza del soggetto umano ad un ordine socio-culturale che lo precede, veicolato principalmente dalla famiglia.

La teoria freudiana, arricchita dai contributi degli autori citati e di tanti altri, ci permette di capire che l'Io primitivo è familiare, fa parte di un gruppo indifferenziato, nel quale la differenziazione può avvenire soltanto attraverso la *assistenza* degli altri.

Freud ha molto insistito sulla marcata immaturità in cui si trova l'essere umano alla nascita e sulla sua inevitabile conseguenza: la prolungata e vitale dipendenza dagli altri nel soddisfare i bisogni primari, circostanza che ne condizionerà la propria sopravvivenza come individuo.

La teoria psicoanalitica ci offre, quindi, un presupposto valido per il lavoro clinico con le famiglie e le coppie. Ad esso dovremmo aggiungere l'importante contributo della teoria psicoanalitica dei gruppi (Losso 1984; Eiguer 1987), non considerata in questo lavoro. Ciò non preclude l'arricchimento eventuale di altre scuole che riteniamo assai valide, in particolare quelle che si riferiscono alla teoria della comunicazione, alla teoria dei ruoli e alla teoria sistemica.

Note

1. Come dicono Laplanche e Pontalis (1967, voce: "seduzione"): "La sessualità del bambino viene strutturata da qualcosa proveniente dall'esterno: il rapporto tra genitori, il desiderio dei genitori, che è precedente al soggetto e gli dà forma".
2. "*Trivial*" sentiero segnato, già tracciato da altri.
3. Il mito familiare è un fenomeno in parte esplicito, in parte implicito, elaborato nel corso di varie generazioni, ed implica una particolare forma di lettura della realtà (Nicolò - Corigliano 1988).

Bibliografia

BION, W.R. (1959) *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1983.

La teoria psicoanalitica e la psicoanalisi della famiglia

- FREUD, S. (1895) Studi sull'isteria. *OSF*, 1.
- FREUD, S. (18%) Etiologia dell'isteria. *OSF*, 2.
- FREUD, S. (1898) La sessualità nell'etiologia delle nevrosi. *OSF*, 2.
- FREUD, S. (1905a) Tre saggi sulla teoria sessuale. *OSF*, 4.
- FREUD, S. (1905b) Frammento di un'analisi d'isteria. *OSF*, 4.
- FREUD, S. (1909) Analisi della fobia di un bambino di cinque anni. *OSF*, 5.
- FREUD, S. (1910) Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci. *OSF*, 6.
- FREUD, S. (1911) Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. *OSF*, 6.
- FREUD, S. (1914) Introduzione al narcisismo. *OSF*, 7.
- FREUD, S. (1916-17) Introduzione alla psicoanalisi. *OSF*, 8.
- FREUD, S. (1920a) Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile. *OSF*, 9.
- FREUD, S. (1920b) Al di là del principio del piacere. *OSF*, 9.
- FREUD, S. (1921) Psicologia delle masse e analisi dell'Io. *OSF*, 9.
- FREUD, S. (1922) L'Io e l'Es. *OSF*, 9.
- FREUD, S. (1931) Sessualità femminile. *OSF*, 11.
- FREUD, S. (1932) Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni. *OSF*, 9.
- GARCIA BADARACCO, J. (1978) Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapeutico del paciente psicótico. *Rev. de Psicoanálisis*, XXXV, 3.
- GARCIA BADARACCO, J. (1989) *La dimensión familiar en psicoanálisis* (Inedito).
- Halac De Lifschitz, P., Packciarz De Losso, A. (1990) *Desde el narcisismo hacia la sublimación*. Monografía Inst. de Psicoanálisis AP.A.
- KLEIN, M. (1952) *Developmmts in Psychoanalysis*. Hogart, London.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967) *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Laterza, Bari 1968.
- LORENZ, K. (1983) *Il declino dell'uomo*, Mondadori, Milano.
- LOSSO, R. (1983) *Mente y hormonas. Un enfoque psicomatico de la endocrinologia*. Cinae, Buenos Aires.
- LOSSO, R. (1984) El psicoanálisis y el grupo: el psicoanálisis, una teoria grupal. *Rev. Argent. Psicolog. y Psicot. de Grupo*, 52.

- MARCER, R. (1985) *La obra de Sigmund Freud: punto de partida para la terapia y el estudio psicoanalítico de la familia*. Monografía. Instituto de Psicoanálisis, APA.
- MELTZER, D. (1989) Conferencia dictada en Asociación Psicoanalítica Argentina.
- NAPOLITANI, D. (1980) Struttura 'grupuale' della psicoanalisi e analisi di gruppo. *Ricerche di Psicologia*, 4, 5.
- NICOLO' CORIGLIANO, AM. (1988) La famiglia come matrice del pensiero. *Terapia Familiare*, 28.
- PICHON RIVIERE, E. (1971) *Del psicoanálisis e la psicología social*. Galerna, Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1985.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

Riassunto

Pur presentandosi come una teoria individuale, la psicoanalisi include la dimensione del gruppo familiare.

La prima parte di questo lavoro prende in esame alcuni testi clinici di Freud, nei quali vengono messi in evidenza la natura intersoggettiva dei sintomi, il loro significato di comunicazione ed i modi in cui i sintomi vengono alimentati con la complicità di tutto il gruppo familiare. A questo proposito il *Caso clinico del piccolo Hans* viene considerato come il primo approccio di terapia familiare.

Nella seconda parte, si analizzano alcuni aspetti della teoria freudiana, in particolare la teoria del narcisismo, dell'identificazione e dell'apparato psichico, tenendo presente che esse contengono dei concetti che implicano nel soggetto, la presenza della famiglia. Vengono poi esaminati i lavori di altri autori che hanno contribuito allo sviluppo di una teoria relazionale. Per concludere, l'autore ritiene che la teoria psicoanalitica (arricchita dagli autori della teoria psicoanalitica dei gruppi) fornisca una base sufficientemente valida per il lavoro clinico con le famiglie i gruppi e le coppie.

Summary

Although psychoanalysis may seem to be a theory of individual, it does include the dimension of the family group.

La teoria psicoanalitica e la psicoanalisi della famiglia

The second part analyzes some aspects of freudian theory, especially the theories of narcissism, of identification and of the psyche. The author's thesis is that the concepts imply the presence of the family in the individual. Theoretical contributions by other psychoanalytic authors, who have worked on relationship theory, are analyzed.

In conclusion, the author consider that psychoanalytic theory (enriched by contributions from the psychoanalytic group theory) provides a basis that is both valid and sufficient for clinical work with families and couples.

ROBERTO LOSSO
Laprida 1916, 5° 11,
1425 Buenos Aires

CONTRIBUTI

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

TERESA JOLE CARRATELLI, MAURIZIO SPUNTARELLI

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento terapeutico

1. Introduzione

In questo lavoro, cercheremo di descrivere le caratteristiche modalità difensive attuate da un bambino di cinque anni diagnosticato come “bambino con tratti autistici”, che da alcuni anni è seguito tramite una psicoterapia con una frequenza di tre incontri settimanali.

Riccardo, questo il nome del bambino, si presentò con una richiesta di diagnosi e terapia quando aveva l'età di tre anni, in un momento particolarmente critico: non parlava, era isolato, sfuggiva il rapporto e in più circostanze, come riferirono preoccupati i genitori, era accaduto che il bambino si esponesse a gravi rischi fisici, come quando, ad esempio, fu trovato a camminare come un equilibrista sul cornicione del terrazzo della sua abitazione, il tutto nel quadro di un comportamento provocatorio, onnipotente. Il bambino, continuavano i genitori, oltre a presentare l'indesiderato sintomo dell'encopresi (di cui molto si lamentavano), era soggetto a fughe improvvise e a crisi di rabbia che spesso sfociavano in aggressioni vere e proprie, tanto che, come risultò anche nella terapia da alcuni elementi di transfert e di controtransfert, Riccardo sembrava assumere l'identità di un terrorista, il quale, d'un tratto, attacca, distrugge per poi scomparire nel nulla. Queste “scomparsa” si caratterizzavano come momenti di totale isolamento, nei quali il bambino diveniva assolutamente inaccessibile al rapporto e nei quali, anzi, mostrava sovente un attivo rifiuto dell'altro, per poi tornare, improvvisamente, al gioco precedente; come se nulla fosse accaduto. Il linguaggio verbale che si presentò verso i quattro anni, cioè dopo il primo anno di terapia, era costituito da parole o frasi ecolaliache, prive di ogni riferimento contestuale e comunicativo; si trattava quasi sempre di parole o di frasi ascoltate da Riccardo alla televisione, davanti alla quale passava ore ed ore vedendo un'infinità di cartoni animati, da cui poi traeva frammenti che ripeteva in continuazione durante la giornata, pas-

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

Dopo tre anni di psicoterapia, Riccardo si presenta ora come un bambino diverso: è vivace, presente e anche molto intelligente. È assai vigile, e sa cogliere con impressionante precisione tutti i piccoli cambiamenti nell'ambiente che lo circonda. Fa amicizia con le altre persone (adulti o bambini) molto facilmente, avendo acquisito, ormai, un linguaggio verbale particolarmente ricco ed adeguato per la sua età. Ma quello che forse colpisce maggiormente osservando Riccardo, è l'uso del tutto particolare che questi fa di un altro tipo di linguaggio, quello corporeo, con il quale è capace di esprimere, presentare (più che rappresentare), gestire, controllare complessi contenuti affettivi e fantasie che costituiscono il materiale su cui si basa la terapia di questo piccolo paziente. È proprio questa area di presentazione concretizzazione delle fantasie che cercheremo di descrivere nel presente lavoro, puntando la nostra attenzione sia sulle modalità con cui la presentazione avviene, sia sull'uso terapeutico che di tale "comunicazione" il terapeuta realizza, nel tentativo di trasformare la presentazione in rappresentazione, in qualcosa, cioè, di accessibile all'azione terapeutica.

2. Presentazione-concretizzazione delle fantasie: depressione, maniacalità ed encopresi

Per descrivere le modalità di presentazione attuate da Riccardo, ci è sembrato opportuno riferirci ad un momento particolarmente significativo della terapia di questo bambino, e cioè al periodo in cui, per cause di forza maggiore, il precedente terapeuta di Riccardo dovette suo malgrado congedarsi definitivamente dal bambino, il quale iniziò dopo un po' di tempo con un nuovo terapeuta.

Il cambiamento fu molto importante, anzi decisivo per il particolare decorso della terapia. In questo caso, oltre alle ovvie implicazioni relative all'interruzione di un rapporto terapeutico durato più di diciotto mesi, si verificò anche una variazione densa di conseguenze; infatti il bambino si trovò a passare da un rapporto con una *terapeuta donna* ad uno con un *terapeuta uomo*. Questo fatto, già di per sé importante, acquistava nel caso di Riccardo un significato del tutto particolare. Tale importanza era da mettere in relazione alle caratteristiche di personalità delle figure genitoriali con cui il bambino si trovava a relazionare, le quali, com'è facile immaginare, venivano a incidere profondamente sulle modalità del rapporto terapeutico stesso instaurato nella terapia.

Nei diciotto mesi trascorsi con la terapeuta donna, Riccardo manifestò difatti un comportamento chiaramente decodificabile nei termini di una presentazione e reazione al rapporto esistente con la

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

Sin dall'inizio della psicoterapia, comunque, sembrò utile, anzi necessario, collocare la sintomatologia di Riccardo in una cornice più ampia, ed è qui che entrarono in gioco le caratteristiche di personalità dei genitori nell'interazione reciproca e con il bambino; infatti, da queste informazioni desunte dai colloqui diagnostici e dai contatti che entrambi i terapeuti di Riccardo ebbero con la psicoterapeuta che seguiva la coppia, ci fu possibile chiarire il ruolo assunto dalla diversa identità sessuale dei due terapeuti di Riccardo nell'evoluzione della sua terapia, all'interno dei particolari comportamenti manifestati dal bambino nella terapia stessa.

Ben presto, difatti, risultò chiaramente che Riccardo, nel suo rapporto con la terapeuta donna, riproponeva in modo massiccio le modalità della relazione da lui instaurate con la figura materna. Quest'ultima si presentava, anche fisicamente, come una figura imponente, massiccia, possente ma, nel contempo, rigida, immobile, inflessibile. Emersero, pertanto, con chiarezza, i vissuti della relazione tra Riccardo e sua madre: tale relazione, fondamentalmente, si definiva come composta da elementi tra loro contrapposti, che, proprio come le crisi di rabbia di Riccardo, facevano la loro comparsa del tutto inaspettatamente. *La relazione, infatti, passava da un rapporto di totale inglobamento-fusione, ad uno di totale allontanamento-mancanza.* Ci sembrò, successivamente, di ravvisare una sorta di sottile "intesa" madre-bambino proprio su questa area, nel senso che rilevammo tutta una serie di comportamenti (tra i quali, per quanto concerneva Riccardo, anche ovviamente quelli di pericolo fisico o di crisi) che suggerivano l'esistenza di una comunicazione da inconscio a inconscio con la quale madre e bambino si trovavano coinvolti in una dinamica paradossale di allontanamento-pericolo-richiamo inglobamento, senza soluzione di continuità. Questo particolare dinamismo relazionale, era anche ben espresso nelle produzioni grafiche di Riccardo: egli, infatti, realizzava pitture molto singolari, nelle quali l'elemento di indifferenziazione e inglobamento era particolarmente evidente, sia nel pattern generale della produzione, sia a livello cromatico e fisico, con la scelta cioè di colori e materiali spesso magmatici, densi, "pesanti".

Nell'ambito della terapia, questa caratteristica modalità relazionale madre-bambino si riproponeva sotto diversi aspetti; in particolare, accadeva che Riccardo passasse improvvisamente da momenti di relativa calma e collaborazione, a momenti di agitazione motoria di tipo maniacale, nei quali, con atteggiamento onnipotente e "di sfida", si produceva in comportamenti *realmente* perico-

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

dell'esperienza di relazione con la figura materna), in implosione. A questo punto, le modalità difensive attuate da Riccardo potevano essere di due tipi: o un incremento dell'azione maniacale, o la caduta depressiva in stati di profondo isolamento e chiusura simili, per alcuni aspetti, a stati autistici. Il passaggio da una condizione all'altra avveniva repentinamente, tanto da non lasciare spazio all'intervento terapeutico vero e proprio.

Accanto a questo particolare stato di cose, il transfert paterno che Riccardo andava comunque assumendo nella relazione con la terapeuta ci permise di decifrare il ruolo delle funzioni paterne all'interno della triade relazionale madre-bambino-padre. In questo caso, l'interrogativo che ci ponemmo era quello di capire se e come la presenza del fattore paterno si caratterizzasse nei termini di elemento di separazione-individuazione all'interno del rapporto diadico madre-bambino, o se, invece, era da ipotizzare una latitanza paterna nella funzione di facilitare la costruzione di una relazione del figlio con la madre.

Com'era facile prevedere, la seconda ipotesi fu quella che si dimostrò esatta. Il padre di Riccardo si definì nel tempo come una sorta di figura ibrida, inconsistente e, per certi versi, collusiva con la figura materna. Risultò, infatti, nella sua terapia di coppia, che il rapporto tra Riccardo e suo padre si muoveva fondamentalmente su due binari: da un lato, *il padre chiaramente delegava al figlio il fardello degli elementi arcaici della coppia*, dei quali Riccardo si faceva vettore e vittima, quindi “gettando” il bambino nella palude materna ed accettando, inconsciamente, la particolare dinamica relazionale madre-bambino; dall'altro lato, invece, emergeva una figura paterna essenzialmente presente ed attiva nel rapporto col bambino, ma soltanto all'interno dell'area cognitivo-prestazionale, cioè nei termini di *ipercontrollo e favoreggiamento delle funzioni più elevate dell'Io*. Questo secondo aspetto era forse quello più evidente, emergendo spesso nei caratteristici moduli comportamentali paterni, come quando, ad esempio, il padre di Riccardo improvvisamente e con voce altisonante si presentava all'uscita della terapia del figlio, quasi “cogliendo sul fatto” il bambino, che rimaneva spiazzato, indifeso alle domande postegli dal padre, come “Cosa hai fatto oggi?”, o “Sei stato buono?”, etc. Si aveva la sensazione, in questi frangenti, che il padre inferisse, per così dire, sulla carne viva della psiche del bambino, senza alcuna pietà, derubandolo di uno spazio personale, alternativo, terapeutico.

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

risposte e col quale Riccardo trovava la possibilità di modificare le proprie imago arcaiche, materna e paterna, che finora aveva proiettato in modo massiccio nella relazione con la prima terapeuta.

Senza entrare nei dettagli di un processo terapeutico tuttora in corso che vede nel cambiamento del terapeuta un momento problematico e denso di conseguenze, fermiamo ora la nostra attenzione a quanto accadde esattamente nel momento in cui si verificò il passaggio da un terapeuta all'altro, per evidenziare alcuni aspetti del comportamento di Riccardo particolarmente interessanti e significativi.

La cosa che ci colpì, almeno in parte, fu che Riccardo, contrariamente alle aspettative, non reagì a questo evento (cambiamento del terapeuta) con crisi di rabbia e confusione dovute alla brusca separazione, come pure sarebbe stato naturale; la sua fu una reazione di totale negazione, ben espressa dal fatto che mai Riccardo domandava della sua precedente terapeuta con la quale, peraltro, aveva stabilito un intenso legame affettivo, comportandosi proprio come se non fosse mai esistita; tutto ciò ci preoccupava molto, dal momento che non sapevamo dove poi l'effetto del trauma si sarebbe necessariamente manifestato.

Oltre a ciò, un altro elemento attirò la nostra attenzione: la madre, infatti, riferiva che il bambino, nei giorni immediatamente precedenti il distacco, aveva presentato con particolare frequenza il sintomo dell'encopresi, che prima della separazione era limitato ai momenti di estrema crisi.

Dal punto di vista della terapia, oltre al fenomeno dell'encopresi, altri cambiamenti facevano trasparire la reale situazione affettiva attraversata dal bambino. Innanzi tutto, molti comportamenti caratteristici di Riccardo, come le crisi di rabbia a cui spesso era soggetto, sembravano scomparsi, così come i giochi caratteristici basati su grovigli di filo o masse di pasta pane, nei quali impigliava e immergeva vari oggetti e che erano stati riferiti con certezza all'angoscia di essere fagocitato dalla figura materna. Il bambino oscillava ora costantemente, durante la terapia, da un comportamento particolarmente adeguato e da giochi simbolici ricchi e articolati, a comportamenti teatrali, istrionici, ai quali si affiancavano veri e propri *shows* acrobatici, nei quali Riccardo si esibiva in salti pericolosi, in tuffi da capogiro e simili. Tutto questo si manifestava in una sorta di vortice motorio di tipo maniacale, che lasciava poco spazio all'intervento e alla comprensione terapeutica. Riccardo sembrava oscillare e passare improvvisamente da un contenuto mentale al suo opposto, all'interno

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

La negazione, come già accennato, era comunque l'elemento più evidente presentato da Riccardo, il quale, sin da subito, relaziona col nuovo terapeuta come se questi fosse stato da sempre il suo, come se mai fosse cambiato qualcosa. Il gioco più frequente fatto dal bambino in questo periodo, è alquanto significativo: egli ripetutamente chiede al nuovo terapeuta di essere aiutato a costruire torri, alte colonne di oggetti traballanti, con i quali evidentemente mostra da un lato l'indubbia determinazione e volontà di crescita dell'Io, dall'altro, però, anche una totale negazione e quindi *non elaborazione* del lutto relativo alla perdita della sua amata terapeuta (con la quale, appunto, era iniziata la "costruzione della torre"); fatto, questo, che lo mette in un grave pericolo di caduta depressiva dalla quale Riccardo si difende con modalità inappropriate di comportamento maniacale.

Riccardo rischia di ritornare ad essere inglobato-fagocitato dalla imago materna, incapace com'è di interiorizzare le funzioni della terapeuta che lo "tirava fuori", che lo faceva crescere ed uscire dalla massa informe nella quale, precedentemente, infilava soldatini e altri personaggi, per poi farli uscire e liberarli. Come dicevamo, Riccardo davanti a questo pericolo reagisce difendendosi, e lo fa in modo molto caratteristico: la sua è una vera e propria "messa in scena", a livello mimico-gestuale-espressivo, dell'angoscia che lo attanaglia. Piange e si dispera teatralmente e del tutto sproporzionatamente per un piccolo disguido o per un lievissimo urto contro un mobile; mima ora questo, ora quel personaggio di un fumetto; si nasconde dietro mille maschere comportamentali, a dispetto delle quali non è possibile raggiungerlo; improvvisa *shows* in cui mostra orgoglioso la sua virilità... Ma tutto questo si inserisce in una cornice maniacale e pendolare, dove, come girando un interruttore, Riccardo improvvisamente si trova ad essere nuovamente risucchiato nel buco nero della sua angoscia, tanto che, d'un tratto e regolarmente, a queste messe in scena fanno costantemente seguito momenti di grande depressione, simili agli episodi di ritiro autistico che Riccardo mostrava agli inizi della terapia. Ed infatti, durante questi episodi, Riccardo si isola totalmente dal mondo esterno, come immerso in un universo personale, inaccessibile e remoto. Metaforicamente, usando il materiale ludico presentato dal bambino, potremmo dire che Riccardo è vittima dell'inevitabile "crollo della torre", per quanto alta e magnifica essa possa essere, e si ritrova, così, sommerso dai detriti della torre e sprofondato nella palude materna, sottostante alla costruzione, che lo cattura e lo pietrifica.

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

magicamente a liberarsi, grazie alle risposte nuove del terapeuta su cui ci soffermeremo oltre. L'encopresi, difatti, lo libera proprio perché con essa, nella misura in cui il bambino assume nella fantasia l'identità del proprio corpo con quello materno; Riccardo in questo modo può *concretamente* partorirsi dall'intestino di lei, tirando finalmente fuori il soldatino dalla massa di pasta pane o di "das" che lo cattura e in cui era sepolto durante gli episodi di depressione, ma senza per questo riuscire di fatto a liberarsi realmente dalla maniacalità. Difatti, il sintomo ha soltanto *apparentemente* liberato Riccardo dalla prigionia: proprio il suo carattere concreto, infatti, fa sì che esso si qualifichi non come rappresentazione, bensì come presentazione, come *agito e non pensato*, sulla base di fantasie deliranti e, ancora un volta, onnipotenti ("lo sono mia madre e mi partorisco, separando mi da lei e rendendomi autonomo"). D'altronde, il fatto che il sintomo encopretico si inserisca anch'esso all'interno del meccanismo maniacale, come attestato dalla fantasia onnipotente su cui si basa, ci dimostra come nel caso di Riccardo l'uso di difese maniacali quali primi tentativi di risoluzione dell'angoscia depressiva fosse assolutamente inadeguato: dal contenuto della fantasia encopretica, infatti, emerge con chiarezza la presenza di una totale fusione Sé-oggetto che qualifica la difesa prevalentemente come tentativo di salvaguardia dell'Io e non dell'oggetto. È chiaro, pertanto, che l'encopresi in quanto tale non riusciva a liberare il bambino dal cerchio magico, trattenendolo, viceversa, in un mondo delirante e terapeuticamente inaccessibile. Tale inaccessibilità caratterizzava profondamente il vissuto relazionale del terapeuta durante questi episodi. Ancora una volta, il terapeuta si trovava ad essere un semplice spettatore di un evento assolutamente distante e non condivisibile all'interno del rapporto col bambino. Il sintomo encopretico, difatti, proprio per il suo contenuto fantasmatico, si qualificava essenzialmente come un puro agito, come alquanto di diverso da una rappresentazione. In quei momenti, il fenomeno cosiddetto di "equazione simbolici" mostrava chiaramente le sue caratteristiche: Riccardo non "giocava" a liberare-liberarsi dalla massa informe materna fagocitante; egli *era realmente* sua madre e da lei si partoriva³. Tutto ciò andò avanti fin quando il terapeuta non cominciò, dopo sedute estenuanti e ripetitive, a percepire il proprio "sguardo nella scena" e il proprio agire-provvedere alla cura fisica del bambino come una risposta nuova tesa ad attivare l'immagine di un "padre-ostetrico" che concretamente tocca e accoglie questo "bebè-cacca" informe. Ciò fu il primo passo che aiutò il terapeuta ad uscire a sua volta dal dilemma: come

3. Il passaggio dalla presentazione alla rappresentazione: l'azione terapeutica

Il problema relativo all'azione terapeutica operata in questo caso, rappresenta il secondo argomento su cui vorremmo soffermarci.

Come abbiamo visto, la difficoltà terapeutica specifica presentata da Riccardo, era relativa al fatto che questi, nel suo tentativo di difendersi dall'angoscia dovuta alla separazione dalla sua terapeuta, manifestava comportamenti maniacali in cui si evidenziavano episodi di encopresi, il tutto nel quadro di un comportamento tipo "on-off", cioè di passaggio repentino da uno stato all'altro.

Quel che più rendeva arduo l'agire terapeutico, era che i comportamenti manifestati da Riccardo non avevano (diversamente dalle articolate attività ludiche) il carattere di comunicazione, di scambio e partecipazione, ma si mostravano come pure azioni di scarica motoria, indifferenti al rapporto e, addirittura, alla presenza dell'altro, che rimaneva soltanto uno spettatore passivo e lontano. Agli inizi era del tutto irrilevante per lui che ci fosse il nuovo terapeuta piuttosto che un'altra persona, come l'insegnante del suo asilo per esempio, e poca importanza avevano il "prima" e il "dopo" di queste manifestazioni.

Tale situazione veniva fatalmente ad incidere sulla qualità della relazione instaurata tra il bambino e il terapeuta. Quest'ultimo, difatti, si trovava controtransferalmente a rivivere nella relazione le dinamiche caratteristiche del rapporto tra Riccardo e la madre. Il bambino, durante i momenti di iperattività, diveniva per così dire "troppo presente", addirittura onnipresente. Questo suo comportamento, utilizzato come difesa contro il vissuto di distacco-lontananza esperito nei confronti della madre, rendeva difficile gestire la relazione col bambino, anche e soprattutto perché con esso Riccardo, *negava l'assenza* dell'altro e quindi il ruolo di questi nel rapporto. L'altro c'era e ci doveva essere, anche se passivo e indifferente alla relazione, o addirittura, come accadeva a Riccardo nel rapporto con la madre, riluttante ad essa. D'altro canto, la "troppa presenza" relazionale di Riccardo spesso si trasformava d'un tratto in assenza, in lontananza. Quest'ultima evenienza era determinata dal pericolo sempre presente e temuto, della trasformazione del rapporto in alcunché di inglobante-fagocitante, appunto sul modello della relazione con la madre. A questo punto Riccardo si faceva assente e, come a completare l'opera di sfaldamento del rapporto, si trovava difensivamente a negare la presenza dell'altro, considerato ora fonte di pericolo a causa proprio della sua presenza. In un

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

mento adeguato ed affettato. In altre parole, proprio i momenti fàsici del suo comportamento, si dimostrarono spie precise di stati interni particolari che trovavano in queste occasioni una possibilità di essere comunicati. In realtà, però, parlare di comunicazione non è corretto. Infatti, come abbiamo sottolineato, quelle di Riccardo non erano rappresentazioni, ma presentazioni, agiti che escludevano la reciprocità con l'altro.

Era quindi necessario, a questo punto, come prima cosa inserire tali presentazioni fasiche in un luogo accessibile e condivisibile, dove il bambino avesse la possibilità reale di comunicare con il terapeuta e quindi di essere, in un secondo momento, aiutato. Si trattava, in altre parole, di ripristinare quel luogo alternativo, personale, che sia la madre (con la sua presenza fagocitante e/o annichilente) sia il padre (con le sue richieste superegoiche) nei vissuti del bambino sembravano negare.

Dopo aver lungamente riflettuto sulle caratteristiche da attribuire a questo luogo d'incontro terapeutico, ci sembrò che esso dovesse caratterizzarsi innanzi tutto come un luogo di autentico ascolto, assolutamente epurato da ogni valenza interpretativa. Infatti, ben presto risultò con particolare evidenza come, sia nei momenti di crisi maniacale e negli episodi di encopresi, sia nei momenti depressivi, ogni intervento attivo da parte del terapeuta *era automaticamente* avvertito dal bambino come intrusivo, ed anzi come riproduzione dell'implosione materna; tutto ciò causava o l'immediato crollo nella dimensione depressiva, o l'accentuarsi difensivo dell'attività maniacale stessa in una sorta di movimento a spirale. Viceversa, il luogo dell'incontro doveva essere sì un luogo libero, ma soprattutto disponibile, nel senso che oltre ad essere semplicemente e indifferentemente accessibile (cioè, appunto, libero) era necessario che fosse anche pronto ad essere luogo di presentazione (cioè, in questo caso, disponibile, con l'accento al valore di "avvicinamento", di "ascolto" e di "propensione" *neutrale* implicito in questo termine). Il terapeuta, quindi, doveva, per usare le parole di W. R. Bion, essere senza memoria e senza desiderio, semplicemente disponibile all'ascolto di ciò che Riccardo presentava. Questo luogo d'incontro, questo "spazio disponibile", era perciò il luogo dove il terapeuta poteva testimoniare la presenza di Riccardo, dove poteva vederlo, ascoltarlo, permettendo al bambino di presentare autenticamente il suo dolore per poi, eventualmente, raggiungerlo ed aiutarlo. Lo "spazio disponibile", allora, era qualcosa di intermedio tra uno spazio puramente mentale ed uno puramente fisico, nel senso che proprio la caratteristica mentale di disponibilità si trasformava

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

però non come “senso assoluto”, ma come una delle tante, infinite possibilità di vissuto interno al bambino, contestualmente definito dallo specifico momento terapeutico attraverso gli elementi di transfert presenti ed anche attraverso il controtransfert inteso in senso conoscitivo.

Questo tipo di situazione, tuttavia, presentava alcune difficoltà dal punto di vista terapeutico. Infatti, quella che abbiamo definito coincidenza tra evento e senso comportava due ordini di fenomeni: da un lato, essa garantiva all'*hic et nunc* della terapia una sorta di *valenza oggettivante* tramite la quale era possibile a Riccardo presentare liberamente i suoi vissuti, concretizzandoli nel setting; ma dall'altro, proprio la dimensione oggettiva e concreta della presentazione attestava la comunicazione del bambino a livelli asimbolici e, per così dire, bidimensionali. In altre parole, lo spazio disponibile della terapia, che pure permetteva finalmente la presentazione libera del vissuto, non era però capace in quanto tale di tradurre il materiale presentato in qualcosa di *trasformabile*, di elaborabile terapeuticamente. Infatti, poiché Riccardo si difendeva costantemente dall'intervento terapeutico stesso, accadeva che con questo bambino con tratti autistici, l'interpretazione mostrasse drammaticamente tutta la sua inalienabile valenza impositiva e violenta. Era dunque necessario avvicinare il bambino in modo diverso, consono alla delicata situazione, e questo diverso approccio terapeutico si definì nel tempo come modalità terapeutica elettiva applicabile in questo, come anche in molti altri simili casi. Giungemmo infatti alla utilizzazione e alla elaborazione della tecnica, descritta da o. R Kernberg in un lavoro del 1981, detta di “*Chiarificazione e Confrontazione discreti*” (selettive), quale momento di azione terapeutica distinto dalla interpretazione comunemente intesa. Questa tecnica, infatti, ha come caratteristica distintiva fondamentale la totale assenza di ogni valenza ermeneutica attribuibile all'azione terapeutica: il terapeuta che agisce chiarificando e confrontando di tanto in tanto quel gesto o quel gioco del bambino, *non dà ad essi un significato specifico, che costringe un senso in un determinato evento, ma si limita a tradurre, con un linguaggio “aperto”; la presentazione del bambino, la quale, quindi, può (e non “deve”) essere inserita in una data struttura di significato che ne amplia la portata semantica*. Sarà poi il bambino stesso, grazie alla libertà espressiva o di “presentazione” di cui può godere in questo luogo terapeutico, ad aggiungere ora questo ora quel particolare, costruendo un mosaico a cui il terapeuta può avvicinarsi e comprendere.

Gli stessi termini utilizzati, “chiarificazione” e “confrontazione” rimandano alla nozione di “si-

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

un gesto o una parola. Ma, cosa importante, la chiarificazione-confrontazione deve essere, e non può che essere “discreti”, cioè limitata all’*hic et nunc* della situazione terapeutica, comprendente elementi di transfert e controtransfert usato in modo conoscitivo. La “apertura” del linguaggio usato nella chiarificazione-confrontazione, dunque, consiste nel suo potere di *svelamento* della struttura di rapporti che definiscono il contesto di significatività dell’evento. Limitandosi alla esplicitazione di tale struttura, il terapeuta non fornisce un significato all’evento presentato dal bambino, ma si limita a collocarlo in una adeguata struttura semantica. In altre parole, l’evento non viene ad avere un significato, ma esso viene ad essere significato. Ciò consente di conservare il più possibile intatta l’articolazione semantica dell’evento stesso, la sua ricchezza di rapporti e di rimandi, la quale potrà rimanere a disposizione del bambino e da lui corretta, ampliata, circoscritta etc. Metaforicamente parlando, con la tecnica della Chiarificazione e Confrontazione discrete, è come se il terapeuta offrisse al bambino la sua *finzione* di preparazione ai processi simbolici (cioè la mera possibilità di equivalenza semantica dell’evento), e non, come spesso avviene con l’interpretazione, il suo prodotto simbolico (cioè quel dato gruppo di significati attribuibili all’evento stesso). La chiarificazione-confrontazione, si potrebbe anche aggiungere, si limita a dare un nome (e con esso, quindi, anche un’articolata possibilità di senso) ad un evento che però rimane anche evento, cioè dispiegamento di senso che deve essere custodito gelosamente e non eliminato con un atto, necessariamente violento, di interpretazione. Ne risulta quindi, ovviamente, che la presentazione si trasforma in *rappresentazione*, cioè in qualcosa di tridimensionale, in un evento “aperto al nuovo”, ma ad un nuovo autentico: il terapeuta, per così dire, offre un campo semantico nel quale il bambino coltiverà il suo albero di significato, cogliendone poi, assieme al terapeuta stesso, i frutti, all’interno della condivisione dell’esperienza così vissuta.

4. Conclusioni

Dall’analisi di questo caso clinico, abbiamo ricavato alcuni suggerimenti molto utili per la nostra quotidiana attività di psicoterapeuti.

Infatti, il problema postoci da Riccardo è forse quello che con maggior frequenza ci viene presentato da nostri piccoli pazienti e a cui, spesso, difficilmente riusciamo a dare una risposta. Si tratta

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

bili, presentati in modo caotico e confuso. Infatti, proprio la saturazione semantica caratteristica dell'interpretazione sull'agito in quanto tale, questo suo manifestarsi cioè come un qualcosa di compiuto e definitivo, determina il limite apparentemente invalicabile dell'azione terapeutica, che così perde, a quei livelli, la possibilità di privilegiare l'agire consensuale inteso come sperimentazione.

Riccardo, in questo senso, si può considerare un caso emblematico, e da lui, infatti, abbiamo imparato molto. Dopo mesi, anni di paziente ascolto e osservazione, capimmo che il primo, imprescindibile, necessario momento terapeutico, quello cioè che fonda la base per qualsiasi intervento successivo, è da identificare in questi casi con la costruzione di uno spazio relazionale libero, o meglio disponibile, all'interno del quale sia possibile al bambino esser-Ci interamente, veramente. In questo spazio terapeutico, è possibile innanzi tutto vedere il bambino, testimoniare la sua presenza. Qui il terapeuta non può, né deve, cristallizzare un certo comportamento, sia proprio che del bambino, in una struttura di significato rigida; il pericolo è quello di congelare per sempre l'ampio e articolato spettro semantico dell'evento, rendendo "spiegato" ciò che è, invece, "piegato", enigmatico, cambiante. Nel caso di Riccardo, l'azione nuova del "terapeuta-ostetrico" si qualificò anche come un'azione che, per il terapeuta stesso, consentì una propria sperimentazione all'interno di un'inedita forma di relazione col bambino e con i suoi oggetti interni.

Questo tipo di problemi ci hanno suggerito allora di utilizzare uno strumento diverso e propedeutico all'interpretazione comunemente usata, e cioè di procedere all'inizio tramite Chiarificazione e Confrontazione discrete. Si tratta di una tecnica di amplificazione di significato del materiale presentato dal bambino, con cui è possibile costruire una trama sempre soggetta a modifiche, rettifiche, cambiamenti. Questa tecnica si avvale di tre strumenti fondamentali: il transfert, il controtransfert usato in senso conoscitivo e l'agire tramite il rigore immaginativo.

Ci sembra che questo approccio sia fondamentale, in quanto propedeutico ad ogni interpretazione nel corso della terapia, per permettere al bambino di accedere ad uno spazio nel quale sia possibile chiarire le immagini del fantasma, confrontarle tra loro lasciando, nel contempo, che l'ipotesi di senso possa procedere un po' alla volta all'interno di un campo insaturo e beante.

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

2. "... il senso di essere perseguitato e sorvegliato dagli oggetti interni 'cattivi', con la conseguente necessità di tenerli continuamente a bada, comporta una specie di dipendenza che rafforza le difese maniacali; queste difese, in quanto utilizzate prevalentemente per proteggersi dal senso di persecuzione (e ben poco dallo struggimento per l'oggetto d'amore) sono di carattere oltremodo sadico e violento" (M. Klein).
3. Crediamo che non debba essere dimenticata, né sottovalutata, un'altra possibile interpretazione del sintomo encopretico, forse più ovvia ma non per questo meno importante. Ci riferiamo all'interpretazione che vede in tale sintomo soprattutto un soddisfacimento libidico dovuto ad autostimolazione, in questo caso della zona anale. Nel caso di Riccardo, anzi, questa interpretazione si poneva con forza, visto che in lui il momento della ritenzione delle feci (che è quello, diversamente dalla espulsione vera e propria, maggiormente intenso dal punto di vista della stimolazione della zona erogena) era particolarmente evidente e protratto nel tempo. Questa linea interpretativa, inoltre, apre nuove prospettive nell'analisi di questo caso, in quanto si può ipotizzare una corrispondenza tra il temuto ritiro autistico dovuto al momento depressivo e l'autostimolazione implicita nel fenomeno encopretico, entrambi fenomeni che comportano un ritiro della libido dal mondo esterno. Però, per ragioni di spazio e di organizzazione interna nella struttura del presente lavoro, pensiamo di non addentrarci in questo ambito interpretativo, lasciando aperta comunque anche questa possibilità di analisi ed evidenziandone l'indubbia importanza.

Bibliografia

- BION, W.R. (1970) *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma 1973.
- CARRATELLI, T.J., MAGGIULU, O., SPUNTARELLI, M. (1994) Discussione del lavoro di E. Fè d'Ostiani: "Funzioni genitoriali vicarianti: il tutor nell'ambiente terapeutico osservativo; una scuola materna con bambini con tratti autistici". *Psich. dell'inf. e dell'adol.*, 61, 1-2 Gennaio-Aprile.
- FÈ D'OSTIANI, E. (1994) Funzioni genitoriali vicarianti: il tutor nell'ambiente terapeutico osservativo; una scuola materna per bambini con tratti autistici. *Psich. dell'inf. e dell'adol.*, 61,1-2.

Depressione, maniacalità ed encopresi in un bambino con tratti autistici e relative modalità di intervento

KLEIN, M. (1952) *Scritti*. Boringhieri, Torino 1990.

VATTIMO, G. (1991) *Al di là del soggetto*. Feltrinelli, Milano.

Riassunto

In questo lavoro, abbiamo tentato di descrivere alcuni aspetti caratteristici della storia clinica di un bambino di cinque anni, diagnosticato come “bambino con tratti autistici”. Per quanto riguarda le caratteristiche dell’azione terapeutica attuata in questo caso, sono state sottolineate alcune delle difficoltà e i relativi tentativi di soluzione delle stesse attuati nel corso della terapia, illustrando in questo modo la tecnica della “Chiarificazione e Confrontazione discreta” da noi usata per l’articolazione e l’arricchimento del campo semantico del bambino e come processo propedeutico al lavoro di interpretazione e risignificazione.

Summary

In this work, we have tried to describe some characteristics of a five year-old child diagnose as an “autistic feature child”. When we look at the therapy we used in the case, we have tried to emphasize on the difficulties and solutions we prelormed, we used the techniques of “Discreet Confrontation and Clarification” for the articulation and enrichment of the semantic field of the child and as propedeutic process of the “to remean” and “to interpret” work.

TERESA JOLE CARRATELLI
Via B. Eustachio 22
00161 - Roma

MAURIZIO SPUNTARELLI
Via Sestio Calvino 72
00174 - Roma

ELEONORA FE D'OSTIANI, MAURIZIO SPUNTARELLI

Lo strano flauto del bambino autistico

Introduzione

Nel precedente lavoro *L'orologio del coniglio bianco: contributo agli aspetti terapeutici nel fallimento del processo simbolico infantile* (Fé d'Ostiani et al. 1994), si era affrontato il problema della difficoltà di questi pazienti di accedere al simbolo linguistico, insieme ad alcune delle cause di ciò e ad alcune caratteristiche della patologia, legate al permanere, anche nei ragazzi autistici più evoluti ed intelligenti, dell'area del presimbolico. Ciò porta, evidentemente, a grosse difficoltà di comunicazione anche quando la parola è raggiunta, dal momento che il linguaggio resta estremamente povero, limitato per lo più a laconiche risposte alle domande che vengono rivolte loro o anche alla formazione di discorsi apparentemente insensati.

Come tentativo di spiegazione di questo stato di cose, erano state da noi individuate alcune cause, ritenute fondamentali nella genesi della patologia autistica. Esse sono: la presenza di un'identica ferita di base e nucleo patogeno non solo nella coppia genitoriale, ma anche nelle due relative famiglie d'origine (presenza del *Fantasma Egoalieno Transgenerazionale*); struttura di personalità dei genitori caratterizzata prevalentemente in termini di Falso Sé rigido con tratti superegoici marcati, dietro il quale preme un mondo magmatico di elementi beta, pronto a "risucchiare" il bambino autistico nella palude dell'inconscio parentale.

A contatto diretto con tale inconscio, quasi chiuso in esso, il bambino autistico si trova - in un momento in cui il suo Io è ancora formato da un instabile "arcipelago" o da nuclei latenti dell'Io - sovrastato da esperienze protoemotive estreme per le quali non ha alcuno strumento, né per comunicarle, né per simboleggiarle. Il piccolo è, pertanto, disancorato dal reale e dal rapporto ed inizia uno sviluppo deviante e bizzarro, *le modalità di comunicazione e trasmissione della sua esperienza sono del tutto idiosincratiche.*

Il suono ed il “suonator di Flauto”

Questa fiaba descrive nel suo aspetto positivo, e non in chiave terrificata, come invece avviene nell'autismo, ciò che accade quando un bambino anche abbastanza grandino, come lo è Nels, il protagonista della fiaba, va incontro ad un'esperienza che lo sovrasta. Vediamo, in breve, alcuni passaggi di essa:

“A cinque anni, Nels parlava come ogni altro bambino della sua età, ma poi, a sei anni, all'improvviso, egli smise di parlare.

Era un pomeriggio pieno di sole di un giorno d'estate, e Nels attraversò il cortile di casa, il giardino, giù, fino in fondo al frutteto, vicino ad un ruscello costeggiato da salici carichi di uccelli; si sedette ai piedi di un albero e non si mosse più.

Sua madre lo vedeva da lontano e si stupiva che quel giorno egli non andasse a giocare.

Ma, quel giorno, proprio mentre si stava divertendo a gettare sassolini nel ruscello, aveva visto, all'improvviso, la luce danzare sull'acqua, sull'erba, sui fiori, ed aveva ascoltato il canto degli uccelli.

‘Quella che ho nel cuore - pensò - è una musica altrettanto bella’. Aveva voluto esprimere a parole ciò che cantava in lui, ma non c'era riuscito e, deluso, scoraggiato, giudicando che le parole fossero inutili, aveva deciso di non parlare più (Corsi nostri).

A scuola, anche negli anni successivi, il bambino non combinava nulla e alla maestra sembrava di avere un sasso in classe. Nels, sebbene si sforzasse di seguire la lezione, *non riusciva perché non poteva fare a meno di ascoltare la musica che - da quel giorno - aveva nel cuore*. Né sapeva come avrebbe potuto trasmetterla a coloro che amava. Venne considerato ritardato. ‘Il bambino che ha battuto la testa da piccolo’, dicevano gli abitanti. Solo sua madre intuiva che egli aveva in sé un segreto che non poteva dire.

Quando ebbe dodici anni, comunicò che la musica gli piaceva: gli furono dati tutti gli strumenti, uno dopo l'altro, ma con *nessuno di essi Nels riusciva ad esprimere la musica ed i suoni che aveva in sé*.

Come aveva fallito con la scuola, Nels, ugualmente, fallì con il più semplice lavoro: si distraeva e fissava qualche cosa davanti a sé.

Nels fu infine mandato da un vecchio pastore che viveva come un eremita sulla montagna. Qua gli fu concesso dal vecchio di suonare uno strano tubo di legno che questi aveva avuto in dono, come ricompensa da un povero vagabondo che egli aveva curato dopo averlo raccolto morente. Nels, emozionato, prese il flauto, si mise a suonare... e *tutta la musica che viveva in lui da così tanto tempo, cominciò a sgorgargli dal cuo-*

Lo strano flauto del bambino autistico

provato. Quel suono trasportava Nels e chiunque lo sentisse, nel luogo e nell'atmosfera che egli aveva vissuto tanti anni prima.

Seppure sotto l'aspetto ideale, questo racconto mostra come il contatto con esperienze così intense, qualunque ne sia il segno, porti ad una impossibilità ad usare la parola parlata od un altro mezzo espressivo, per dividerle con l'altro. Solo il suono in sé e per sé, ha questo potere immediato ed evocativo di rendere non la forma, ma il *contenuto* dell'esperienza stessa, al punto da farla vivere all'altro, come se l'avesse conosciuta egli stesso. Infatti, Nels trasmette "*l'essenza dell'esperienza*": in questo caso dell'armonia cosmica. Questi bambini trasmettono, invece, un infinito terrore.

Il bambino autistico, quando non ha ancora raggiunto la parola, neppure nella sua più elementare forma di comunicazione, se non ha trovato "*il suono che traduce esattamente la sua esperienza*", il più delle volte, come Nels, non ha alcuna emissione fonica, tanto da parere muto, ad eccezione delle crisi di pianto causate da un *impingement* emotivo o fisico intollerabile. Questi suoni, tuttavia, non hanno nella grande maggioranza, nulla in comune con quelli dei neonati o di tutti quegli stadi preparatori al linguaggio, nei quali il bambino sembra saggiare quelle che sono le possibilità del suo strumento sonoro.

Nell'accingerci a scrivere queste pagine, pur avendo ben chiaro in mente ciò che desideravamo comunicare, ci si trovò, come Nels, nell'impossibilità a scrivere una sola riga. Le frasi, le parole, venivano giù piatte e scontate, non rendendo assolutamente conto di ciò che ad esse si voleva affidare. Si sarebbe detto che la lingua italiana, pur così nota e familiare nel suo uso verbale o scritto, all'improvviso fosse divenuta ribelle, quasi colpita da uno strano incantesimo che la rendeva ora rigida, ora scivolosa ed inafferrabile come un'anguilla. Questa situazione paradossale, ci fece meglio comprendere lo stato d'animo e l'impossibilità reale dei bambini autistici, anche verbali, ad avere comunicazioni che non siano telegrafiche e piatte risposte a domande, o sorta di confabulazioni, apparentemente senza senso (equivalente verbale del loro precedente suono idiosincratico). Soltanto lo studio attento e prolungato del controtransfert, poté spiegare il nostro blocco: ci apparve chiaro, allora, che i suoni di questi bambini risultavano troppo lontani da quelli conosciuti, arcaici e condensati com'erano, nella loro forma primitiva e bizzarra, perché la parola scritta potesse sostituirsi effi-

aveva trattarsi di suoni emessi dai primitivi nel momento in cui essi incarnano il loro “animale totem”, non *rappresentandolo*, ma *presentandolo*. Il gruppetto non aveva raggiunto, tranne uno, neppure la forma più elementare di strumento verbale, ma ciascuno di loro aveva il “suo peculiare ed unico linguaggio-sonoro”. Esso appare collegato al bambino che lo emette, proprio perché è espressione dell’unicità della sua personale esperienza nel mondo “onirico” e fantasmatico parentale, da risultare assolutamente distinguibile dagli altri, come una sorta di impronta digitale. Questo “linguaggio” non è più che un’eco lontana di ombre nascoste, che paiono parlare da un passato sconosciuto, lontano, remoto, preistorico.

Tale “parola”, ha infatti la sua radice al momento del parto o ancora prima, e sorge da “quella matrice puramente sensoriale, propriocettiva, immaginativa, protoemotiva”, dalla quale, come affermano Werner e Kaplan nel loro libro *La formazione del simbolo* (1984), nasce il linguaggio parlato. Da questo magma ove confluiscono tutte le fonti di esperienza, sia propriocettive che esterne, recando il loro confuso carico di percezioni frammentate, tramite il lungo e delicato processo che porta alla rappresentazione, si formerà poi la parola, cioè un concetto che contiene, come una sorta di “massimo comune multiplo, elementi simili con le loro caratteristiche intrinseche e che li rendono tali” (Werner e Kaplan 1984, 19). Se tale concetto permette la condivisione di un’esperienza comprensibile, al di fuori di quella in atto, per il bambino essa si pone come un contenitore vuoto e del tutto inadatto a “dire”, a causa della complessità ed incomunicabilità di ciò che egli drammaticamente esperisce.

Dal nucleo iniziale di esperienza, il bambino, progressivamente, ne aggregnerà altre globalmente e confusamente percepite, ma simili come caratteristiche di base; a tutto ciò, l’atteggiamento sovente ambivalente dei genitori assieme all’oro linguaggio che significa una cosa ma ne dice in realtà un’altra, non fa che aggiungere altri elementi confusivi.

Si stratifica, quindi, nel tempo, una sorta di sensazione che è dominante su tutte le altre, non un pensiero, ma una specie di “rumore di fondo” che, presto o tardi, egli produrrà con la propria voce, in modo assolutamente spontaneo, o che potrà prendere dall’esterno, proprio perché esso “rispecchi” ciò in cui si sente immerso, sia esso connotato da panico, da confusione, da rabbia o altro.

Se lo si studia, come vedremo dagli esempi clinici riportati, nel comportamento del bambino -

Lo strano flauto del bambino autistico

condannato a ripetersi all'infinito e permettono, a mano a mano che si apprende a riconoscerne il pattern, di liberarne il paziente.

Vi sono fiabe - sovente di origine germanica - in cui alcune anime di defunti sono costrette a vagare nella notte, sotto forma di Spettri, finché qualcuno riconosce e ripara un atto od una situazione in cui lo Spirito, da vivo, abbia mancato. Questa "colpi" *fa sì che egli sia condannato a vagare all'infinito sulla terra*, nella situazione di colui verso cui mancò, sino a che un altro - ora nel ruolo che fu dello Spettro - non lo corregga agendo nel modo giusto e buono che ad essa sarebbe stato proprio.

Il bambino autistico, proprio perché passato, per un insieme di circostanze, al di là del Falso Sé, sente - come una sorta di non vedente - la presenza dello Spettro, ma, mancandogli le funzioni dell'Io, non può fare altro che "sperimentarla globalmente e confusamente", cercando di riparare a ciò che sente, facendolo però in modo idiosincratico, bizzarro ed inappropriato, per cui il suo intervento non pone fine ai flagelli, ma, involontariamente, li accresce.

Tutto ciò fa sì che egli sia considerato o ritardato o pazzo come Nels. Lo Spettro transgenerazionale, non potendo essere né rappresentato, né corretto dal bambino autistico tramite una modificazione dell'azione originaria deviante, ma solo da lui esperito, non può essere sepolto né visto come elemento passato, e viene perciò *continuamente atteso* come una sorta di "*impending doom*" (catastrofe imminente), che grava sul nucleo.

Come nella fiaba di Alice il cespuglio che occulta l'ingresso della tana è anche svelamento e segnale della sua presenza, allo stesso modo, il grido o suono del bambino, indica la "geografia psichica e il tipo di Spettri presenti in quell'angolo infernale così come segnala ciò che accade tra il bambino ed i Fantasmi".

Il suono-parola è, quindi, per riprendere la metafora del cespuglio di Alice, qualcosa che svela e nasconde nello stesso tempo; ma qui è necessario fare attenzione e distinguere il "suono" dalla "parola". Gli aspetti principali di entrambe queste nozioni, debbono essere considerati se si vuole accedere al "mistero" indicibile come quello custodito da Nels. Questi, difatti, non può più parlare nel momento in cui tenta di esprimere l'esperienza meravigliosa, quasi mistica, di cui è stato testimone; il fanciullo è ben consapevole che nessuna parola potrà mai comunicare il suo vissuto, che può esse-

non-mai detto, l'indicibile. L'alternativa a ciò, è quel che J. Baudrillard chiama "il delitto perfetto" (1995, p. 127-128):

“Un delitto la cui verità sarebbe accantonata per sempre e il cui segreto non potrebbe mai essere cancellato per mancanza assoluta di tracce... La perfezione del delitto risiede nel fatto che esso è sempre *già compiuto* (corsivo nostro) ‘per fecrum’. Sottrazione indebita del mondo così com'è, già prima del suo prodursi. Esso non sarà, dunque, mai scoperto. Né ci sarà un giudizio finale per punirlo o per assolverlo. Non ci sarà una fine, poiché le cose saranno sempre già avvenute. Né una soluzione, e neppure una assoluzione, ma solo uno sviluppo ineluttabile delle conseguenze”.

Questo “delitto perfetto” è il silenzio, il non-detto, qualcosa di più arcaico e definitivo del falso linguaggio, qualcosa che, paradossalmente, può essere così intollerabile da spingerci a domandare: “Perché c'è niente piuttosto che qualcosa?”. Ma più spesso questo silenzio impedisce, in quanto tale, qualsiasi intervento, qualsiasi azione; esso nega, infatti, quell'opera di “sottrazione” di realtà eccedente e nascondente che qualifica l'intervento comprensivo perché, per così dire, non concede materiale a questa sottrazione, rendendo impossibile, perciò, sottrarre, togliere, sottilizzare, ma spingendo, semmai, ad aggiungere altro su altro *ad libitum*.

Il problema del silenzio è del tutto simile a quello che, nella storia della religione, fu lo scontro tra iconofilia ed iconoclastia. Con quest'ultima il clero volle bollare l'idolatria e la profanazione della religione. Il ragionamento era semplice: “nessuna immagine può rappresentare la natura della divinità”. L'opinione degli iconoclasti, per alcuni versi corretta, si basava sul fatto che ogni immagine di Dio non poteva che essere falsa ed errata. Ciononostante, l'iconoclastia dovette arrendersi alla storia, e questo perché non rappresentare Dio, non poterlo addirittura nominare, coincise con l'impossibilità di “pensarlo”, di “vederlo”. D'altro canto, gli iconofili sostennero che soltanto mediante la rappresentazione materiale di Dio era possibile per l'uomo avvicinarsi a Lui, così come, viceversa, soltanto con l'incarnazione fu possibile per il Divino manifestarsi all'uomo.

Possiamo dunque dire che il grido-suono prodotto da questi bambini, non annulla, come fa il silenzio, la verità, né nasconde, come pure fa la parola, lo Spettro; esso, viceversa, è lo Spettro, ne è una manifestazione enigmatica ma diretta.

Lo strano flauto del bambino autistico

Preferiremmo aggiungere che è proprio la caratteristica di esso che definisce e disegna il tipo di creazione e di universo che sono venuti alla luce. Ben diverso, infatti, è il suono di una parola, come il biblico “*Fiat Lux* e la Luce fu”, dal tipo di creazioni accompagnate, all’origine, da un urlo, un singhiozzo, un sospiro, un colpo di tosse, uno sputo, un tuono, un canto od un suono...

Citando Schneider (1960, pp. 13-14): “Il suono nasce dal vuoto primordiale ed è frutto di un pensiero o di un protopensiero che fa vibrare il Nulla e che si propaga nello spazio, così che l’Abisso Primordiale diviene una cassa di risonanza”.

I cerchi sonori di tale risonanza creano forme ed esseri: così ha origine la cosmogonia. *È il grido personale che risuona all’atto della creazione del mondo autistico.*

Gli dei, generano o si nutrono attraverso l’orecchio: rumori somatici ed elementi esterni percepiti dal feto nel liquido amniotico, insieme alla qualità dei pensieri e delle fantasie della madre, che una volta nato ritroverà anche nel timbro di voce di lei (teso, ansioso, insicuro, rabbioso...), si definiscono nel tempo come veri e propri suoni caratteristici dell’ambiente interattivo. Questi, rispecchiati dal ritmo della relazione, dalla modalità con cui il lattante è tenuto o no in braccio e, per l’equivalenza concreta che stabiliscono i pazienti autistici, non simboleggiano tale qualità ma lo sono *concretamente*.

Il suono nato dalle acque primordiali e dal buio, trascinando fuori le note non suonate degli elementi beta, si fa elemento costitutivo della materia delle cose e, in questi nuclei familiari, si pone come “il canto individuale di quel nucleo o di quello specifico individuo”, che ne rappresenta l’essenza e l’emblema. In una cultura primitiva, senza tale canto l’individuo non ha un posto nella società ed è una sorta di apolide privo di nome.

Questo è il motivo per cui tale suono, per i pazienti autistici, è un elemento costitutivo, dove il Vero Sé e la Catastrofe Primordiale sono strettamente mescolati. Chi lo ode, spesso ne è altamente infastidito, disturbato o confuso e cerca di farlo cessare, perché il peso emotivo che esso veicola è difficilmente sopportabile.

Prima di illustrare brevemente con quale tecnica si arrivi a comprendere tale linguaggio, vorremmo portare tre esempi tra i bambini in Degenza. Sceglieremo, tra essi, Luigi, Valentina e Alberto, in quanto è stata proprio la via sonora quella con cui si poté accedere all’oro incomprensibile mo-

molto sovente, un'atrofia o una devianza dei canali espressivi e di decodifica della realtà, spesso recuperabile solo in una certa parte.

Il suono individuale è comunque un ponte che permette al bambino di uscire da un isolamento totale e che, seppur parzialmente, rende possibile la comunicazione condivisa ed un rapporto, quindi, meno conflittuale.

Luigi, Valentina ed Alberto: il mondo dei dinosauri, quello degli insetti ed i vibranti cavi dell'alto tensione

Sono, questi, tre universi con tre diverse genesi, una sorta di costellazione ove ogni pianeta ha la sua orbita: essa è a volte parallela alle altre, o è soggetta a pericolosi cozzi che lanciano meteoriti tutto intorno che contagiano gli altri astri di questo piccolo mondo interplanetario; la situazione in gruppo rischia, pertanto, di divenire ingestibile, se "l'astronomo" o l'operatore di quel paziente, non ne vede e ne corregge in tempo la traiettoria.

Luigi ed Alberto, entrambi di quattro anni, sono due maschietti con un fisico molto robusto e sviluppato per la loro età. Valentina, più piccola di un anno, è una graziosa bimbetta minuta e delicata, ignorata del tutto da Alberto che sembra non vederla neppure, ed invece oggetto di aggressione e/o interesse da parte di Luigi. Quest'ultimo, ben presto, si connota, per le qualità del suono che emette quasi in continuazione e per ciò che esso, nel suo timbro, veicola, come il persecutore di Alberto: egli, per difendersene, fa scaturire dal suo silenzio un robusto reticolato elettrico, formato da un rumore particolarissimo, forte, incessante, che ha il potere di tener Luigi alla larga da lui e che gli crea un vasto territorio attorno, al di là del quale solo la sua operatrice riesce ed osa penetrare senza essere, almeno troppo spesso, morsicata a sangue o perdersi ciocche di capelli.

L'unico suono che Luigi emette per circa due anni, è un urlo gutturale, profondo che risuona lontano, da una parte all'altra del reparto, evocativo del ruggito di un leone che si diffonda da un confine all'altro della savana, con la sua minaccia e la sua dichiarazione di "caccia". Anche le sue movenze brusche, sempre imprevedibili, violente e feline, così come l'espressione del viso, con la bocca spalancata e minacciosa, pronta a mordere l'altro, le mani protese ad artiglio ad afferrare la schiuma per strapparla (simile, in ciò, ad Alberto), evocano in toto un predatore grande e orgoglioso.

Lo strano flauto del bambino autistico

In questi momenti egli si lancia in una corsa barcollante, da ubriaco, in cui rovescia e getta a terra tutto ciò a cui arriva, spazzandolo via col braccio esteso, calpestando e travolgendo quello, o chi si trovi sul suo percorso; graffiando, mordendo, strappando capelli a chiunque capiti e lanciando con violenza oggetti o sedie per ogni dove, rovesciando tavoli etc.; egli perdura di solito molto a lungo in questo stato. Il grido, in tali circostanze, è sempre di gola, ma estremamente acuto, collocandosi forse due ottave sopra l'altro, paragonabile al "SI" della scala musicale, piuttosto che al "DO-RE" dell'aggressione. Con il tempo, esso si chiarisce come il tipico grido o stridio di panico che un animale lancia nel momento in cui si trova il predatore all'interno della tana e rischia, per questo, la morte da "shock".

Il demiurgo di questo bambino crea un mondo in cui esiste soltanto la violenza del predatore e l'agonia della preda raggiunta all'improvviso proprio quando si credeva al sicuro.

Solo il tempo definì quali fossero i rapporti reciproci dei mostri feroci e delle vittime impreparate. Se il leone è in un certo senso paranoico perché scatta anche quando non è percepibile alcuna minaccia nei suoi confronti, almeno ad occhi estranei, la "vittima", per il suo vissuto di costante allerta e minaccia esistenziale, sembra quasi evocare la presenza del devastatore. Piccole variazioni di umore nell'altro, movimenti bruschi vicino a lui, sguardi spaventati o di rifiuto, danno origine, per Luigi, a variazioni drammatiche del suo habitat, paragonabili a grandi mutazioni di clima, di temperatura, all'accadere di catastrofici eventi o, ancora, all'apparire improvviso di altri mostri che solo a Luigi sono percepibili, ma ai quali egli reagisce immediatamente, secondo lo schema "azione-reazione", in una trama di incubo che egli è il solo a sognare e a vivere.

L'intensità del suono e la qualità del movimento - anche se oggettivamente bizzarri ed assolutamente inadeguati alla situazione reale - hanno però un potere evocativo molto intenso, paragonabile all'assistere a qualche cosa in una penombra che non permette di definire più che ombre indistinte, in confusa relazione l'una con l'altra. Il mettere, però, sempre più a fuoco sia gli elementi di transfert, sia i vissuti che dilagano all'interno del terapeuta, traducendoli progressivamente tramite il *rigore immaginativo* in immagini della stessa qualità di ciò che è evocato, a poco a poco, produce su questa manifestazione il medesimo effetto della luce del giorno che si levi sulla scena che era prima avvolta dall'ombra notturna. I vari momenti e tempi della terapia di Luigi in questi anni sono per-

Lo strano flauto del bambino autistico

suo identificarsi totalmente ad un aggressore che gli arriva addosso costantemente rompendo la barriera antistimoli ed il fragile scudo protettivo parentale. Egli si trova, pertanto, esposto, impreparato ed indifeso ai continui vissuti di annientamento da parte degli “Spettri” da cui si sente circondato. Luigi, in tutto questo periodo, dall’origine della malattia intorno ai due anni, non ha ancora consapevolezza di sé, imprigionato com’è di continuo tra aggressione e vissuto di morte, quasi fosse una cosa sola.

Vediamo con due brevi *flashes* quale sia la via per aiutare il bambino a liberarsi dallo spettro.

Infatti, permettendo al bambino di osservare il leone e di specchiarsi, il terapeuta separa, divide la manifestazione-evento creativo dal senso di cui esso è vettore. Al terzo anno di degenza, un giorno durante la terapia del colore, Luigi agì come un leone devastatore per tutta l’ora, distruggendo ciò a cui arrivava e attaccando ferocemente la terapeuta. Le urla acute che si coglievano tra le altre, mostravano che il bambino era stato anche molto spaventato da qualcosa che restava però sconosciuto. La seduta fu ripresa con la telecamera, come molte altre.

La volta dopo, ricreato esattamente il medesimo ambiente, fu messo nel videoregistratore e proiettato il nastro in cui lui appariva sotto la pelle della bestia. Luigi osservò in un primo momento perplesso e curioso quel gemello siamese lì, nella Tv. Quando, dopo poche sequenze cominciarono ad apparire scene di violenza, Luigi sembrò atterrito: arrampicatosi sul tavolo e seduto Il sopra, cominciò a scuotere molto velocemente la testa, tenendo le mani davanti a sé e scuotendo anch’esse. Tutto il suo essere era un unico urlo: “No! No!”, mentre cercava di chiudersi e di fermare la violenza che veniva dall’“altro”. L’audio fu tolto. Il bambino cercò, battendo sul lato della TV e su tutto ciò che aveva la forma di un bottone, di spegnere. Non riuscì e, lentamente, si vide la lotta tra il suo rifiuto del Fantasma-leonino e l’impossessarsi da parte di questo, di lui. La sua espressione da atterrita divenne attenta, le mani iniziarono ad alzarsi, piegandosi ad artiglio. Luigi, quindi, distolse lo sguardo e il braccio si riabbassò. Fu lui per un istante, poi quell’immagine così sovrastante, lo calamitò nuovamente ed egli, con un occhio fisso allo schermo e l’altro alla terapeuta, divenne la fedele riproduzione e *concretizzazione fenomenica* di ciò che, intangibile incubo, vi era là dentro. La risignificazione lentamente aiutò Luigi a vedere con sempre maggiore chiarezza il Fantasma-leone, senza per questo perdersi in esso e, progressivamente, gli permise di trovare difese più valide che un

Lo strano flauto del bambino autistico

giochi protosimbolici: “Ma chi sono io, veramente?”. Un giorno, prendendo un Pinocchio di legno, non lo morde o non lo lancia, ma lo osserva a lungo; poi, con esso, va alla porta della stanza della Fata, seduta e bussa a lungo all’uscio, ricordando così la scena del burattino che ritorna alla casa della Fata dopo aver scampato ad una brutta avventura e le chiede di aprirgli. Chiama e picchia a lungo, per tutta una notte gelida e tempestosa, in cui egli resta fuori dalla porta, esausto, fradicio, affamato. La Fata, infatti, per punirlo della sua fuga da lei, aveva assunto la forma di una lumaca; questa scende dal quarto piano con un’exasperante lentezza, portandogli infine una cena bugiarda, formata da alabastro, gesso e cartone. Pinocchio sviene-muore e, solo a questo prezzo, viene poi salvato dalla Fata. Solo più tardi, nel momento in cui rinuncerà alla fuga dal ruolo del figlio parentale richiesto al Burattino dal povero Geppetto e riparerà alla fuga del padre rispetto al suo compito paterno ed alla propria fuga dall’amore che si fa carico dell’altro, potrà dar sepoltura allo Spettro dal nome “Bisogno e Richiesti” e uscire, ormai libero, dalla notte e dalla morte nel ventre della Balena.

Alla nascita di Luigi, quasi opera di una fata maligna, una serie di fattori fanno precipitare ed addensare su di lui tutte le proiezioni negative e di violenza proprie del Fantasma transgenerazionale condiviso. Luigi, per i genitori, incarna il ricomparire della violenza da loro subita un tempo. Suo padre, infatti, fu oggetto della durezza e severità persecutoria di un padre castrante da cui si sentiva letteralmente “bombardato”; sua madre soffrì a sua volta, per la silenziosa violenza nata dall’invidia maligna della propria madre verso di lei, più dolce e più amata, e per la violenza del padre stesso durante le crisi causate dai suoi disturbi psichici. La madre si deanima difensivamente, il padre invece si identifica al proprio aggressore paterno. Entrambi sono spaventati dalla gravidanza e temono che nasca da loro “chissà quale mostro”. Il parto è per la madre drammatico e traumatico: minuta, piccola, dà alla luce questo figlio maschio eccezionalmente grosso e non ricorda altro che di esserne stata “squarciata”. *Nessuno dei due vede il neonato* per una giornata e più. In questo vuoto, Luigi si connota come una “qualche cosa di enorme e di aggressivo”, pericoloso quanto i loro oggetti primari. Luigi è così il persecutore ritornato; egli è, per entrambi, una sorta di gigante da evirare o da cui difendersi. Sottilmente ed inconsapevolmente tale Fantasma permea i loro comportamenti col figlio, così che il neonato è esposto alla passività della madre-oggetto che lo ignora e alla manipolazione giocosa, affettuosa ma brusca del padre, sentita dal piccolo come violenta e minacciosa. Luigi, nel

Lo strano flauto del bambino autistico

ti, sotto quell'apparenza di "torello" è un bambino molto fragile e sensibile, sia sul piano somatico che psichico. In terapia, sotto l'aspetto da "ercolino", ci si trova davanti un bamboccino di cristallo.

Sempre in questa sequenza di gioco interazione in cui egli ricerca la sua identità celata dalla pelle del leone e del drago, posato Pinocchio prende la bambola bionda-Fata e la mostra alla terapeuta, mentre, lanciando il suo urlo-ruggito, le stacca piccoli lembi di pelle con dolorosi pizzichi. L'intento non è aggressivo, ma narrativo, dal momento che lo sguardo attento e concentrato sembra chiederle: "Ma sono io davvero il Leone? o lo sei tu e sei 'tu' che fai male a me? Sei tu forse una Fata-Strega che mi hai fatto l'incantesimo che mi ha reso mostro?" Il messaggio è colto e risignificato al bambino, così che Luigi, silenziosamente lasciando la bambola, prende la terapeuta per mano ed esce dalla stanza, muovendosi in direzione del resto dello studio, ancora inesplorato, quasi fosse un piccolo Dante che va con Virgilio a conoscere l'inferno proprio e quello dell'altro.

"La nascita di questo maschio mi aveva terrorizzata - dice la madre alla propria terapeuta - perché vedevo in lui ritornare quelle cose che non avevo potuto sopportare da bambina, così mi sono allontanata da lui fin dal primo momento". Un vuoto nel quale è echeggiata la violenza, è stata l'atmosfera che ha circondato il bambino e la "terra" su cui lui è caduto. "Creando" con il suono, egli non poteva generare altro che un mondo di terrore, di vuoto e di mostri.

Luigi, presentando la sua storia, sceglie come inconsapevole "co-attore" Alberto. E ne fa la sua vittima scelta, dove l'arma di offesa diviene proprio il suo grido leonino che egli dirige verso il suo compagno ogni qual volta questi, faticosamente aiutato dalla sua terapeuta, riesce a raggiungere uno stato di quiete rispetto al panico che sembra possederlo costantemente. A quel momento, Luigi, che era silenzioso, lancia il suo "ruggito", così che una sorta di scossa elettrica sembra colpire in pieno Alberto: egli si raggomitola su di sé, come se si sentisse concretamente colpito, sgrana gli occhi in una espressione di panico, inizia a tremare e, il più delle volte, tenta di fuggire in preda ad una situazione di incontrollato terrore.

Alberto passa da questo stato di disintegrazione a cui la paura lo conduce, ad un altro di totale paralisi in cui morde, instancabilmente e in modo violento, un oggetto di gomma dura, mentre, steso a terra, lancia sull'ambiente continui sguardi allarmati e di controllo insieme. La sua immobilità, se non fosse per gli occhi sgranati simili ad un faro che perlustri il mare tempestoso, si direbbe sia un

Lo strano flauto del bambino autistico

capace di restare per ore intere nel medesimo posto e nella stessa pastura se non fosse per il morsi-
care questi oggetti di plastica, quelli del suo cesto, disseminati lì a portata.

La violenza con cui si difende, se qualcuno si avvicina, è pari se non superiore a quella di Luigi.
Questi comportamenti sono le tracce di quelli che egli stesso ha subito dai suoi oggetti, ugualmente
intensi, ma di modalità opposta: la madre, infatti, profondamente depressa ed insoddisfatta del ma-
trimonio, alla sua nascita avrebbe voluto trasformare il tempo dell'allattamento durato nella realtà
fino al periodo edipico! -in una eternità immobile, in cui null'altro potesse intervenire a turbare la
loro perfetta felicità.

Tuttavia, l'inizio della deambulazione autonoma, se non riuscì a rompere per il bambino il vin-
colo simbiotico della madre, lo portò a scaricare sul padre - uomo molto depresso, fragile fisicamen-
te e psicologicamente - la sua furia per sentirsi imprigionato dentro questo seno dal fiume di latte
che non veniva mai meno. Il padre, a sua volta, si sentì nuovamente minacciato come lo era stato
nella propria infanzia da suo padre che odiava e disprezzava questo figlio, e reagì rovesciando su di
esso, ancora poco più di un bebè, la violenza subita allora.

Alberto, pertanto, crebbe preso da due fuochi: lo Scilla materno divorante ed inglobante, ed il
Cariddi paterno, le cui botte violente costituivano una reale minaccia per il suo Sé, anche somatico.
Pertanto, il grido di Luigi nei momenti in cui egli, nella "tana" dell'alone protettivo creato attorno a
lui dalla sua operatrice, si credeva al sicuro, lo esponeva ad uno shock, a cui non reagiva con la mor-
te biologica, ma con l'annientamento di ogni barlume di consapevolezza di sé: diveniva, infatti, solo
un corpo sconnesso e tremante dai movimenti e dalle azioni imprevedibili e incontrollate.

La violenza della voce del persecutore e la continuità del trauma materno costituito dalla prigio-
nia del desiderio di eterna ed immutabile unione/fusione - almeno nel vissuto della madre e poi della
coppia sulla malattia di Alberto -, furono all'origine della Creazione del suo grido individuale:
l'intenso, quasi assordante vibrare dei cavi di alta tensione; barriera sonora che neppure l'urlo ag-
gressivo di Luigi riusciva a superare. Il puro fluire di energia che tale grido-suono mostrava, non
canalizzata, né sfociante in alcuna azione, si accompagnava ad una impossibilità del bambino di
produrre alcunché, né fare alcunché di diverso che questo trasformarsi in una potente centrale di
energia elettrica autoprotetta.

Lo strano flauto del bambino autistico

tro la quale, però, il vero sé di Alberto, fuggevolmente emerso come un anatroccolo che cerchi di uscire dall'uovo, restava immobilizzato e mummificato, impossibilitato a svilupparsi.

Valentina, nelle sue fattezze fini e minute, nel muoversi delicato e a saltelli, stranamente simile, come dissero i genitori, a quello di un uccellino in un prato, nella sua incessante attività di mordicchiare leggermente superfici dure “come fosse un topolino” - per usare le loro parole -, produceva un suono continuo, ben diverso, però, da quello di Alberto. Esso si fermava all'interno del cavo orale ed era simile al ronzio di un insetto chiuso in un barattolo. Sommeso, ma con una sua bassa sonorità, evocava l'inutile tentativo di un calabrone o coleottero, di uscire dalla solida prigione. Anche l'attenzione del “topolino” si rivolgeva prevalentemente a barattoli chiusi che essa non apriva, pur potendolo fare, ma che rodeva e rodeva incessantemente, come un topino che si scavi una via di fuga da un cunicolo, all'aria e alla luce, o che cerchi di forare quella corazza dura per raggiungere il contenuto commestibile e morbido.

Tale suono evocava anche il girare in tondo all'infinito di un prigioniero e creava una situazione angosciante di soffocamento, di chiusura e di vuoto insieme. Come Alberto, per molto tempo Valentina fu unicamente e totalmente assorbita da questa attività che presentificava l'esistenza di un universo di piccoli animali, presi da uno sterile e incessante affaccendamento.

Sua madre, avendo subito un grave lutto attorno alla sua nascita, si era rivolta alla bambina che aveva in grembo - quando l'intollerabile perdita si era per lei annunciata - come ad un “pieno” capace di darle la forza e la volontà di vivere. Venuta la bambina alla luce, la madre aveva continuato a tenerla all'interno di una incessante attenzione lamentosa e richiedente, con la quale la sommergeva di vuoti complimenti, di commenti su qualsiasi espressione o movimento la neonata facesse, tramite questo strascicato, ripetitivo e sdolcinato monologo, le cui parole non avevano altro contenuto che quello celebrativo. Esse erano veicoli vuoti, lati invalicabili del barattolo in cui la bambina si sentiva, mano a mano che cresceva, sempre più prigioniera e chiusa, senz'aria e senza un vero alimento, dentro la madre, ma nello stesso tempo fuori e isolata da essa dalla presenza del lutto materno. La piccola cominciò ad accusare una notevole patologia allergica di tipo asmatico che ne rendeva perfettamente lo stato emotivo globale e che sfociò, all'età di 2 anni, nell'autismo.

Solo movimenti fini, nascosti e bizzarri sfuggivano alla cattura della lode indiscriminata mater-

Lo strano flauto del bambino autistico

Il ronzio nella bocca divenne con il tempo quel linguaggio verbale almeno elementare che Valentina aveva imparato a conoscere, ma che non usava che raramente, quando sfuggiva all'attenzione di qualcuno e che essa custodiva in sé, chiuso a doppia mandata, come cosa altamente preziosa da cui non si poteva separare, altrimenti sarebbe stata "mangiata" dall'oggetto.

Durante una seduta in cui la bambina usò, circa un anno e mezzo dopo il suo ingresso in reparto, la digitopittura, la depose sul foglio in una delicata e duplice struttura, simile ad un merletto scuro e grigio nella parte superiore che lasciava però intravedere, al di sotto di esso, una seconda griglia *molto più articolata, vitale, dinamica*, di un bel rosa o verde. Poi subito si spalmò sulla bocca uno spesso strato di pittura scura, "una sorta di bavaglio che le impediva di parlare", simile al reticolato grigio che imprigionava la vitalità e l'emotività, come correttamente risignificò il suo operatore. A tali parole, Valentina, fissandolo dritto negli occhi e con una chiara espressione di sfida, quasi proterva nella sua ostinazione, aggiunse altro colore, mentre gli occhi, stranamente beffardi in una bambina così piccola, dissero, con chiarezza estrema evidente anche dalla video ripresa fatta in quell'occasione, qualcosa come: "Vedi? Lo faccio apposta a non parlare; è inutile che tu ci provi, gli insettini-parole li tengo chiusi e li faccio uscire quando e come mi pare, se no tu me li mangi".

Conclusioni

La via terapeutica per giungere alla decodifica di questi "canti individuali" ed alla loro trasformazione, così come alla chiara consapevolezza dell'universo che il bambino crea e nel quale si trova imprigionato, anche a costo di essere vivo solo a questo prezzo, è la sospensione della facoltà razionale di comprendere con la mente, ed il lasciarsi calare in questo mondo di suoni puri, così come si fa in un mare che non si conosce, dopo aver collegato lo scafandro alla nave sopra la superficie del mare e cioè alla mente. Questa, in seconda istanza, forma un'immagine e, da essa, parole che danno senso e forma a ciò che laggiù si esperisce, sballottato dalle correnti ed esposto ad ogni evento.

È uno svelamento graduale e progressivo che è congruo negli elementi che lo compongono e che presentano tutti il medesimo pattern o *ritmo di fondo* che ne costituisce il disegno. In esso, la parola-immagine del terapeuta crea una sorta di "liquido amniotico" dove prima luci ed ombre sono sole ad essere percepite e che, con il tempo, diviene sempre più capace di mettere a fuoco, in tali

Lo strano flauto del bambino autistico

lontano in luoghi altrimenti inaccessibili o la voce di un popolo che narra la sua storia tramite immagini graffite nella roccia.

Il tempo arcaico del bambino, viene così a contatto, tramite il veicolo sonoro, con il mondo attuale del terapeuta e vi incide la sua storia. È una storia che va ripercorsa tramite sensazioni di controtransfert attentamente valutate e trasformate in figure, immagini, quasi in sogni che non appartengono al terapeuta, e tramite una precisa e contemporanea percezione del transfert. Ciò che resta nell'oggi di quella "tribù" è quindi connesso a ciò che fu un tempo, e appare necessario e consoni agli eventi che si svolsero allora, in quel luogo e con quei protagonisti. Non vi è quindi critica, ma accoglienza del trauma: accoglierlo significa anche confrontarsi con lo Spettro. Al periodo dello svelamento delle tracce e dell'ascolto del suono paragonabili ai graffiti sulla roccia, si sostituisce ora l'era non più eroica dell'esplorazione, ma quella paziente, attenta e rispettosa della ricostruzione propria a quel bambino, nella misura in cui essa è ancora possibile, mentre i fantasmi, ottenuto il "perdono", vanno infine alloro riposo.

Mirabile esempio di tale riparazione alla colpa sconosciuta condensata nel Fantasma, è il mito greco di *Carilla*. Esso narra di un tempo in cui a Delfi infuriavano siccità e carestia, e il cibo arrivò a scarseggiare a tal punto che gli abitanti decisero di recarsi dal re come supplici.

Il re si presentò al popolo e, davanti all'entrata del palazzo reale, mise i suoi servi accanto a sé con delle misere ceste contenenti legumi ed orzo. Da queste, il re prelevava le porzioni; prima per i notabili del luogo, e via via in ordine gerarchico anche per gli altri, mentre le porzioni divenivano sempre più piccole e le mani del re affondavano sempre di più nella cesta.

C'erano moltissimi poveri, ancora, quando le ceste si esaurirono del tutto. Fra i supplici, una bambina, Carilla, una vergine orfana che nessuno proteggeva poiché non aveva legami di parentela con alcuno.

Carilla si fece ugualmente avanti verso il re per domandargli del cibo. Il re, torvo, *si slacciò un sandalo e glielo scagliò sul viso*. Carilla rientrò nelle file dei poveri. Poi, uscì da Delfi e salì su di un monte. Arrivata in un luogo protetto dagli alberi, la bambina si sciolse il cinto verginale, lo annodò in un cappio attorno alla gola, poi si impiccò ad un grande albero.

Nessuno si accorse della sua scomparsa.

Lo strano flauto del bambino autistico

fogliame scuro, la videro infine oscillare dall'albero. Amorevolmente, staccarono il corpo della bambina e, adagiatolo al suolo, lo seppellirono.

Ora, si trattava di placarla riconciliandosi con lei. Consultati, i teologi del dio "che ama sopra ogni cosa la verità", questi risposero che il sacrificio indicava una mancanza che, con esso, veniva riparata.

Colpendo Carilla, una vittima perfetta, poiché orfana, vergine, ignorata da tutti ed oltraggiata dal re, il re aveva commesso un sacrificio senza cerimonia, perché era un sacrificio ignorato, non consapevole.

Proprio nel non sapere consisteva la colpa, non nell'atto in sé.

La riparazione, pertanto, si raggiungeva mediante la ripetizione della colpa, ma con leggere varianti, per immergersi in essa, per poi, dal fondo, risalire verso la verità.

Il re, adunati i delfi, ripeté la distribuzione di cibo, ma questa volta ne diede a tutti, anche agli stranieri. Poi gli condussero davanti una bambola con le fattezze di Carilla. Il re non le diede nulla e le scagliò un sandalo sul viso. Poi, la sacerdotessa che guidava le Tiadi, prese la bambola in braccio, si recò sul luogo dove era morta Carilla, e, circondatole la gola con la cintura, la impiccò all'albero. Quindi, le diedero sepoltura. Con quel sacrificio, carestia e siccità cessarono. Da quel momento, i delfi ripeterono la cerimonia ogni otto anni.

Potremmo dire che lo Spettro è stato placato; il re, messo con il seguitare dei flagelli in una situazione estrema come lo era stata Carilla, sperimentò su di sé l'impotenza totale e l'assenza di ogni divinità protettrice. Ripeté, consapevole della propria mancanza, il suo gesto colpevole e lo riparò con il riconoscimento ed il sacrificio della sua arroganza e del suo egoismo, placando così i funesti derivati della colpa antica.

Sono le Tiadi - cioè "coloro che stormiscono", dette anche le "*spose del vento*" -, ad individuare la colpa: con ciò permettono la riparazione ad essa che è costituita dalla sottomissione alla legge divina di cui il re dovrebbe essere il rappresentante presso il popolo - laddove egli aveva seguito la legge della sua superbia. Solo così libera dal flagello se stesso insieme al popolo che, come lui, aveva continuato ad ignorare l'orfana.

Nella terapia del paziente autistico o psicotico, riparare è precisamente il passare dalla ripetizio-

Lo strano flauto del bambino autistico

proprio rigore immaginativo. Le Tiadi o Baccanti, personificano gli spiriti orgiastici della natura e vagano tra i monti sottomettendo e parlando alle belve.

In questo caso, il terapeuta sente, dal proprio inconscio profondo, ma anche da una rigorosa intuizione, dove egli ha agito male, ripetendo in tal modo la colpa dello Spettro e, soprattutto, dove non ha saputo vedere l'elementare bisogno del paziente, qualunque ne fosse l'aspetto. L'errore era accaduto perché non aveva parlato o domato il suo istinto, simile, in questo, a ciò che fece il re sottraendosi al suo preciso compito verso il popolo più indifeso per sostenere se stesso, i suoi privilegi e quelli di coloro che egli sentiva simili a sé, i notabili del luogo. Al pari del re che non era stato come la pioggia, la quale in un paese, se cade uniformemente, dà vita scongiurando siccità e morte, così il terapeuta può ignorare aree psichiche ed emotive del paziente. Conoscere in se stesso il perché non le vide, gli permette di venire in contatto con le cause che determinarono, nei genitori e nei due nuclei di base, la negazione di esse.

Anche dopo che l'intuizione ha dato al terapeuta il "nome" di ciò che è stato ferito, affrontare quell'aerea o problema costituisce un sacrificio, perché la maggior consapevolezza presume l'agire per affrontare la "belva" che si era cercato di evitare non "conoscendola", non facendosene carico o, in altre parole, esperienza. Può accadere, allora, che nella ripetizione del controtransfert non conoscitivo, il "Sacrificio Perfetto di Carilla" costituisca il "Delitto Perfetto", dal momento che, in questo caso, il terapeuta non crea quello "spazio disponibile" mentale capace di offrire un'area di presentazione al Fantasma e con ciò una sufficiente distanza da cui poterlo osservare, conoscere e "concludere".

Con il bambino autistico, tutto ciò avviene nei confronti del Vero Sé o di una parte di esso, poiché non vengono visti né alimentati, come accade all'orfana nel mito greco, in quanto le "porzionisignificazioni" (o interpretazioni) sono distribuite unicamente tra i "notabili". Esse, cioè, sono rivolte più a quegli aspetti del paziente che - come un tempo rispondevano alle aspettative positive o negative del pattern fantasmatico transgenerazionale -, così, ora, si pongono nell'ottica delle aspettative legate allo scudo terapeutico.

Ma, da questo omicidio-sacrificio, come un tempo si generò il suono individuale, così ora esso punteggia di note variamente distribuite, lo spartito del transfert-controtransfert.

derare la bambina dentro il barattolo di verbalizzazioni troppo limitate, piccoli insetti sciamano fuori dall'apertura che è in esso e nuovi suoni, nuovi silenzi - diversi - creano altri paesaggi. Anche Alberto può, lasciato più libero dalla protezione - 'possesso' della sua operatrice, mutare la barriera percorsa da corrente ad alta tensione, con un'attività "creativa" più duttile: compaiono così gli "spunti-grandi-uccelli dal becco affilato" che vegliano dall'alto sul territorio, mentre il bambino può uscire per nuove esplorazioni e diversi contatti.

Il silenzio e il suono che genera grandi mostri con i loro pericoli, può, pertanto, lasciare ora il posto alla "narrativa" che parla ad una relazione condivisa e trasformativa. Il bambino dà il suono individuale-'supplica', e riceve indietro una parola, un atteggiamento che accoglie ed integra nella sua personalità i suoi orfani.

Tre anni sono passati e, nella stanza dove stanno i bambini, ora non risuonano più ruggiti o stridii, ma, molto più frequentemente, lallazioni, parlottii e suoni più familiari di paesaggi non più arcaici. Tuttavia, perché ciò avvenga, il terapeuta non deve e non può dimenticare che il disarmonico flauto di questi bambini - così come il loro bizzarro o violento comportamento che deruba il Falso Sé parentale del tempo e degli spazi per adattarsi a ciò che tutti fanno - rompe la barriera di questa struttura che tende ad avere una forma "plausibile" e adattabile-accettata.

Ma, egli deve anche sapere e ricordare che, sotto la disarmonia, si cela - come gemma lucente nell'involucro di roccia - l'inespressa memoria di un'armonia profonda, diversa, qualcosa di molto simile alla visione di pura luce di Nels: si tratta di quel mistero che questi bambini dallo sguardo profondo velano dentro e al di là della loro patologia.

Note

1. Ospedale Diurno, II Cattedra, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva, Università "La Sapienza" di Roma.

Bibliografia

Internazionale "Il passaggio dal presimbolico al simbolico". Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

FE D'OSTIANI, E., SACCO, M.C., ALBERTO *Il bambino pietrificato*. Seminario interno del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva. Università "La Sapienza", Roma. In corso di pubblicazione.

MANNIN, G., SANDERS, R. (1979) *Il libro dei fantasmi*. Nuove Edizioni Romane, Roma 1992.

RIBY, P. (1988) *Il suonator di flauto*. Arista, Torino 1988.

Schneider, M. (1960) *La musica primitiva*. Adelphi, Milano 1992.

WERNER, H., KAPLAN, B. (1984) *La formazione del simbolo*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

Riassunto

Gli AA, in uno studio sull'area del presimbolico nel bambino autistico, prendono in esame il "grido" o il rumore tipico, costante e diverso da bambino a bambino, distintivo come un'impronta digitale, che ciascuno di loro sovente produce, spesso come unica o iniziale e protratta manifestazione sonora. Essa "presenta" il mondo primordiale e arcaico, protoemotivo, immaginativo e sensoriale legato all'impatto che il b. avverte per il contatto con il Fantasma Egoalieno Transgenerazionale. Il veicolo linguistico-verbale è infatti troppo astratto per far conoscere all'oggetto e allo psicoterapeuta l'angoscia e il terrore che il b. sperimenta, immerso com'è nel mondo minaccioso dell'inconscio Transgenerazionale. Il "grido", pertanto, è come il Filo d'Arianna che conduce il terapeuta al Fantasma Egoalieno, tramite la "traduzione" - e non interpretazione - di esso negli affetti, sensazioni, emozioni, fantasie di tale agglomerato di elementi beta e ne permette l'accoglimento all'interno del rapporto transfert-controtransfert e la loro disintossicazione. Sono presentati, infine, tre casi in cui la funzione di Filo d'Arianna del grido, come anche la "diversità" di essi, risulta evidente.

Summary

Lo strano flauto del bambino autistico

and bodily sensations which form it, constitutes the “guide-line to the hidden place, where the child is waiting to be rescued. Three different clinic cases are also illustrated.

ELEONORA FE O’OSTIANI

Via Ripense 4/11

00153 - Roma

MAURIZIO SPUNTARELLI

Via Sestio Calvino 72

00174 - Roma

GIULIANA DE PILATO FORTUNATO

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

Com'è noto, il modello della mente intuito da Bion divide la vita mentale fra area simbolica (funzione alfa) e area non simbolica (elementi beta), e pone la mente come strumento atto a pensare esperienze emotive. Mentre nell'area non simbolica può esserci spazio soltanto per fatti economici, ossia per quantità di eccitazione, l'area simbolica consiste di processi trasformativi che necessitano di illimitate sfumature emozionali. Il non-simbolico è quindi un mondo di regole e misurazioni (sono parole di Meltzer), il simbolico di principi e qualità.

La congettura bioniana di inversione della funzione alfa parte dal presupposto che la formazione del simbolo - e cioè la trasformazione del dato sensoriale mediante la funzione alfa - abbia avuto inizio, ma che si sia scontrata con una sofferenza mentale così insostenibile da rimandare indietro questo processo in una sorta di cannibalizzazione di esso attraverso la quale rimarrebbero soltanto dei residui, dei brandelli di significato. Questa ipotesi è molto vicina al concetto bioniano di attacco al legame come tentativo di distruggere la capacità di pensiero e di emozione. E del resto il prototipo del legame che genera apprendimento è per Bion il legame seno-bambino. Il vero apprendimento, dunque, deve superare il caos del dato sensoriale con il legame, ossia con la sottomissione all'oggetto, esterno o interno secondo i livelli. Questa sottomissione, quindi, crea una relazione che richiede uno spostamento destinato a una vicissitudine fluttuante, sempre dinamica.

In questo movimento trasformativo, la quantità del non-simbolico può finalmente divenire qualità mentale.

Mi auguro che l'esempio che qui propongo possa illustrare chiaramente queste premesse. Presento una bambina che ho scelto perché più di chiunque altro mi ha permesso di prendere contatto con strutture arcaiche molto tenaci, tese a impedire - parrebbe - un rischio di sofferenza non accettabile, e ad allontanare i pericoli di una più matura e complessa organizzazione mentale.

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

no, gessata a periodi alterni per piede torto congenito. Presenta anche due falangette mancanti, un'unghia malformata. A quattro mesi, i genitori si rivolgono alla neuropsichiatra perché la bambina non reagisce alla loro presenza. Tuttavia, se svegliata, appare terrorizzata e sfugge con grande intelligenza lo sguardo. Dorme di giorno, di notte sta sveglia, e si guarda le manine che compiono movimenti bizzarri. La neuropsichiatra vede coppia e bimba a ritmo ravvicinato. Consiglia anche un consulto con il dr. Meltzer e Mrs. Harris che vedono la bambina a sei mesi. Nel giro di pochi mesi il quadro presenta un netto miglioramento. La madre riferisce che durante le vacanze di Natale, a casa dei nonni paterni, in presenza di altri bambini, Claudia sembra come 'impazzita'; sta ininterrottamente sveglia un giorno e una notte, e dopo questo episodio è più aperta all'ambiente. A sei sette mesi sorride. Cammina a dodici mesi. L'alimentazione è difficile. Ama i giochi spericolati. Si addormenta soltanto nel lettino (non accetta di abbandonarsi al sonno nelle braccia dei genitori). A due anni è in grado di dire numerose parole che però non mette insieme. Nove mesi più tardi, le parole - più numerose - non sono ancora collegate. A tre anni e dieci mesi, il controllo sfinterico è ancora difficile. Il dr. Meltzer e Mrs. Harris continuano a vederla una volta l'anno.

Quando la bambina ebbe cinque anni e qualche mese, il dr. Meltzer me ne parlò, chiedendomi di prenderla in analisi. Iniziammo dopo qualche mese: Claudia aveva sei anni. La terapia, al ritmo di due sedute settimanali, durerà sei anni.

All'analisi di Claudia, il dr. Meltzer ha dedicato il quarto capitolo del libro *The Apprehension of Beauty* (1988), tradotto poi in italiano con il titolo *Amore e Timore della Bellezza* (Borla 1989), quando la terapia era ancora in atto.

Ora lascio al dr. Meltzer (da *Amore e Timore della Bellezza*) la descrizione di quando, insieme a Mrs. Harris, vide per la prima volta la piccola, nata con danno cerebrale: " ... Claudia cadeva da tutte le parti come una bambola di pezza malmenata. Il suo visetto strabico, deforme pendeva senza forze, sbavava, aveva occhi spenti [...]. Abbiamo visto Claudia due volte l'anno per i primi quattro anni, e fummo sorpresi nel vedere come rinacque sotto le cure dolci e premurose del padre e della madre, seguiti passo dopo passo dalla dotto Negri. I problemi ortopedici dei suoi piedi furono corretti [...] lo strabismo fu operato in un periodo successivo e il suo impedimento psicomotorio fu conside-

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

Quando il dr. Meltzer mi propose di seguire Claudia non volli rinunciare a questa esperienza, sebbene non avessi lavorato con bambini se non occasionalmente e per breve tempo. Chiedergli una supervisione dell'analisi, in occasione dei suoi seminari novaresi, mi sembrò quindi fondamentale. Avevo già avuto un'esperienza analoga con un adolescente e sapevo quanto fosse arricchente e avvincente una supervisione con lui. Due volte l'anno per tutti i sei anni di lavoro, ho sempre portato tre quattro protocolli di sedute attigue e recenti. Non ho mai preso appunti durante la supervisione, che era pubblica (Sezione di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Maggiore di Novara) e durava un paio d'ore circa, né ho mai registrato personalmente nulla. Sentivo essenziale essere lì e potermi affidare alla sua formidabile sensibilità. Alla fine di ogni incontro ho sempre avvertito la sicurezza di essere stata aiutata a capire, e capita io stessa.

Quando vidi Claudia a sei anni, le modalità di isolamento e caparbia di cui parla il dr. Meltzer (che in parte continuarono per tutto il tempo della nostra relazione) erano molto forti. Il suo nucleo autistico era in evidenza quando, ad esempio, utilizzava il mio braccio come prolungamento del suo per prendere un oggetto, la sua forte intelligenza emergeva per lampi e poi scompariva. Il visetto sensibile e sofferente di Claudia portava la traccia di una tensione dolorosa, e il mio vissuto era che dovesse difendersi da un bisogno di fiducia illimitata al quale non poteva affidarsi. Claudia mi apparve subito intensamente contraddittoria: caparbia e tenera, acuta e ingenua, vicina e irraggiungibile.

Ripensando all'anamnesi, mi viene spontaneo mettere in relazione la sua difficoltà a unire le parole con una modalità difensiva particolarmente difficile per lei da superare e che ha avuto molto spazio nella terapia: quella di tagliare ossessivamente fogli di carta in piccoli ritagli (modalità scomparsa nel quarto anno di analisi). A questo proposito mi viene in mente una sequenza che appartiene ai primi mesi di terapia. È la seguente:

Dopo una seduta mancata, Claudia racconta ad inizio di seduta che Raffaello (compagno della scuola materna che ancora frequenta, mai nominato prima) le ha fatto rovesciare un bicchier d'acqua con uno spintone. Detto questo, si mette a tagliuzzare un foglio, e mi mostra come tutto sia in piccoli pezzi. Dice con espressione corruciata "è il piccino che taglia tutto, e tu devi mettere insieme". Quando propongo che il suo piccino forse si è sentito rovesciato come quel bicchier d'acqua

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

na alla memoria per analogia un'altra sequenza da una seduta di pochi mesi successiva, sempre nel primo anno.

Claudia parla di magie, e chiede cosa sia una matrigna. Quando osservo che sembra spaventata che io possa saper fare delle magie perché se questo fosse vero non potrebbe più fidarsi di me, e dunque diventerei 'la matrigna delle favole, dice, accorata "Giuli, non dire queste parole: c'era un'anatra che non trovava i suoi piccoli". Chiedo dove fossero, e lei risponde "Dentro l'acqua". Dopo un po', improvvisamente dice "Sai come ha fatto a ritrovarli?" "Non lo so". "L'anatra è andata dentro l'acqua con la bocca chiusa e il naso tappato, e loro erano proprio lì sotto". "Adesso - aggiunge - metti assieme l'anatra".

Se da un lato mi pare di avvertire l'esigenza che una madre sia disposta a 'mettersi assieme per immergersi dentro alla bambina, adeguandosi alla sua situazione (bocca chiusa e naso tappato mi suggeriscono la fantasia di una respirazione attraverso la placenta), d'altro lato penso al piccino che non sa unire, ai vissuti di frammentazione del mondo interno di Claudia, a volte immaginato come i ritagli che produce, senza consistenza e senza spessore. Non saprei dire quanto ci fosse in lei di speranza che io potessi fungere da modello per apprendere a mettersi assieme, e perciò apprendere da un'esperienza. Penso che in quel momento ci fosse - più forte - una tentazione onnipotente di spingere me verso abissi in cui la vita è impossibile. Come un dire assieme per sempre in fondo al mare. E questo dramma di fusione senza tempo mi fa tornare alla mente la nostra prima seduta, di cui riporto la parte iniziale.

È la prima volta che la vedo. È una biondina minuscola. Quando salutandola le chiedo come si chiama, con uno scatto mi si nasconde addosso, schiacciando la faccia contro il mio stomaco. Poi si distacca; la prendo per mano, le spiego che accompagniamo la mamma nella stanza d'attesa e noi andiamo in quella dei giochi. Appena entrata, riprende la posizione iniziale. Mi siedo e mi si butta addosso. Non in braccio perché i piedi sono per terra, ma con la faccia contro il petto (mi viene da dire dentro) e il corpo abbandonato sulle mie gambe. Le prime parole che dice riguardano sua madre "la mamma stasera parte per andare a ..." (nome di luogo che non capisco). Io dico "E tu?"; "Io sto con ..." (nome di donna che non capisco). Parla fitto fitto tra i denti. Questa è la sequenza.

Ancor prima delle sue parole, mi sembra eloquente il tentativo della bambina di esprimersi at-

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

separarsi compiutamente da lei, e a me di dare un nome sia al luogo in cui la madre si troverà, lasciando come indeterminato, sia alla donna con la quale si troverà in assenza della madre, lasciando anche questo indeterminato. D'altronde, la comunicazione che la bambina fa sembra collegata alla situazione che sta vivendo proprio in quel momento, dato che ha sperimentato da pochi minuti una separazione dalla madre che ha dovuto lasciare in una stanza che non conosce, adeguandosi a restare sola con una persona che ancora non conosce.

Credo che Claudia riuscisse in questo modo ad esprimere il bisogno di quel momento: bisogno di ricongiungersi con un'esperienza fusionale senza limiti, in cui non c'è ancora spazio per il tempo e per il luogo. Come un dire confusamente che qualsiasi momento per lei rappresenta la sera (modello di separazione dal giorno e ritorno a una madre-notte) in cui con una madre - non importa chi - lei possa illudersi di essere per sempre in ogni luogo. Alla luce di questo materiale, che differenza può esserci fra un piccino che non sa unire e un piccino che non sa separare? Trascrivo ora una seduta dell'anno successivo; stiamo entrando nel terzo anno di analisi.

Entra e, come fa spesso ultimamente, in ingresso ha con sua madre un atteggiamento dispotico e insieme lamentoso. Frasi del tipo 'va tu al mio posto', 'quanto dura la seduta?', 'mi aspetterai?', 'non entro'. Appare evidente l'aspetto di recita. Io taglio corto e le dico che l'aspetto nella nostra stanza. Di lì, la chiamo un paio di volte. Finalmente, compare sulla soglia e si ferma, sorridente e vittoriosa. Mi alzo, e le dico qualcosa sulla difficoltà ad entrare e anche sul tentativo di controllare me (mi trovo infatti a dover restare in piedi per aspettare che entri e chiudere la porta). Quando entra, mi abbraccia con tenerezza, e dice un paio di volte 'Giuli'. Le dico qualcosa sulla difficoltà, oggi, di mettersi in contatto con me. Si stacca, sorride e sussurra "Giochiamo a mamma e figlia?" Ma è il gioco di lei che ritaglia mentre io sono la zia e mi occupo dei suoi bambini (che sono due bambine, Giuli e Sara). Faccio da mangiare come lei mi chiede, e poi le faccio notare che nel gioco c'è molta confusione rispetto al desiderio di essere una mamma e una figlia: io divento una mamma-zia che ha il compito di nutrire i bambini, e intanto lei diventa una mamma, che però disfa e divide. Forse sente pericoloso essere una mamma e una figlia che costruiscono il loro stare insieme? Claudia continua a ritagliare, e per due volte dice velocemente 'a-e-i-u-o', 'a-e-i-u-o'. Provo a dirle che forse oggi immagina questi suoi ritagli come se fossero vocali che precipitano giù, magari perché non sono sor-

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

cola giù”. Le parlo della sua sfiducia che io sia capace di sorreggere le sue vocali-bambino piccolo, forse perché immagina che spezzino ogni legame e tolgano ogni possibile significato in modo che tutto cola giù e va in rovina, anche la più solida mamma-asfalto. Ride. Poi rimane zitta. Poi dice che devo curare i bambini che hanno il raffreddore. Si tratta di mettere loro un cucchiaino in bocca per vedere se la gola è rossa, fargli la puntura e infine la radiografia alla testa. Eseguo in silenzio mentre lei ritaglia. Poi provo a parlarle del cucchiaino che è di ferro e non si rompe, però forse fa male al bambino se la gola è rossa; ci vuole anche la puntura che va dentro e la radiografia un po’ ficcanaso. Risata. Forse lei immagina che io assomigli a quel cucchiaino che non si rompe se il bambino morde e morde, allora però sarà troppo duro e sarà lui a far male al bambino. Come se le mie parole fossero una specie di dito curioso e durissimo che fa dei graffi e vuole vedere cosa c’è dentro (qualche tempo prima, Claudia si era graffiata molto probabilmente masturbandosi). Ride forte, smette di ritagliare e si mette a cantare. Poi si mette a saltare in piedi sul divano. Dico che sembra sentirsi invasa da una cattiva radiografia-Giuliana che legge nei suoi pensieri, e questo la preoccupa. Prende allora le bambole che sono a letto, e le scambia di posto continuando a piroettare nella stanza. Le parlo del fatto che vorrebbe scappar via da questi pensieri - radiografia cattiva, e non sa come fare a metterli dentro di me per trovare un po’ d’ordine e di fiducia perché quella Giuli-bambola non sono io, è soltanto una bambina piccola che non può aiutarla. Finalmente si lascia cadere sul divano. Quasi subito, chiede quanto tempo manchi. Il tempo è scaduto in quel momento. Esce in silenzio. Fuori si precipita da sua madre chiedendo la merenda.

Vorrei ora soffermarmi sulle due parole scelte da Claudia: asciugamano e asfalto. La parola asciugamano è molto lunga, però l’oggetto asciugamano non ha nerbo, ricade giù. È quando sceglie la parola asfalto - che è più breve ma ha a che fare con un oggetto duro - che, per un momento si arrende ad una soglia depressiva che le permette di dire “Si può rompere e allora cola giù”. Mi sembra che in questa occasione diventi molto più chiaro per lei che accettare il legame significa accettare il pericolo di una rottura. E, a questo proposito, scelgo una seduta di un anno dopo. È la prima dopo le vacanze estive. Siamo all’inizio del quarto anno di analisi. La riassumo.

Porta dei libri, e ne legge uno dal titolo “Un baco affamato”. È la storia di un baco che non riesce a saziarsi. Ad ogni pagina, la fame è in aumento: divora foglie, mele, ecc. finché - divenuto

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

a chi ci sarà mai dentro al corpo della farfalla-Giuliana: lei o un altro bambino? Lentamente va a prendere un disegno fatto a maggio su un grande foglio (è il tipo di foglio che usa di solito per i ritagli). Si mette a colorare ovali malformati, figure incomprensibili (Claudia non ha mai avuto attitudine per il disegno, e fino ai sei anni non ha mai disegnato). Il mio compito è quello di tenere tutte le matite, che di volta in volta prende dalla mia mano quando le servono. Usa tinte pastello. Dopo molti minuti di silenzio, propongo che forse sta facendo finta che le ali di una bella farfalla siano staccate e sparse, un po' qua un po' là. Forse oggi, non vuole pensare che c'è un corpo e una mente a tenerle unite, come la mia mano che tiene unite le matite-bambini nella seduta, perché allora è costretta a pensare alla grande fame, e a quanta paura fa.

Dopo questa seduta, i ritagli - di cui prima delle vacanze sembrava essersi dimenticata per alcune settimane - riprendono il sopravvento fino a occupare tutto il tempo. Un giorno, le domando che significato abbiano per lei. Risponde seria "Un significato di malattia". Alla fine di una seduta in cui sembra immersa in un mondo in cui non posso entrare, e nella quale avevo parlato della sua paura di danneggiarmi, dice nell'andar via, con un sorriso tenero "Senti, stendiamo un pietoso velo sulla mia paura di distruggerti".

Nello stesso periodo, in una seduta molto intensa di cui riporto soltanto una sequenza, Claudia disegna un bambino che chiama pagliaccio.

Dice che disegnerà un pagliaccio. Subito va al cesto dei giochi e si lamenta perché non c'è la matita. Forse, è preoccupata di poterla trovare, osservo. Prende il cesto, e lo porta accanto a me "aiutami". Le mostro la matita che è sotto i suoi occhi, e dico che sembra più tranquillizzante dividerla con me la responsabilità di essere attiva. Prende la matita insieme a un pennarello verde ma piagnucola che il pennarello non scrive, e lo rimette nel cesto. Dico che forse ha anche il sospetto che io non voglia darle i buoni strumenti che le servono per essere attiva, e che sia in realtà una madre molto avara. Prende un foglio grande che di solito usa per ritagliare, porta tavolino e sedia vicino a me, e in pochi secondi schizza il pagliaccio. Fa delle righe sulle braccia, e poi piagnucola "com'è brutto! Buttalo via!". Appare proprio sconsolata "buttalo, buttalo". Le dico che non lo butterei mai: penso che dentro quel disegno c'è il suo tentativo di essere capita. Mi guarda curiosa "Perché si dice 'sei un pagliaccio'?" Chi lo dice? Non risponde. Forse sta pensando a come si sentiva

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

un ritagliano ricavato dal foglio (non mi ero accorta che lo avesse ritagliato) perché glielo conservi fino alla prossima volta.

Per finire, una seduta dell'ultimo anno. Si sta elaborando il tema della separazione.

Oggi, Claudia porta "Il Giornalino di Gian Burrasca". Appena seduta, lo apre a una pagina che racconta la fuga del ragazzino dalla sua stanza dove è stato messo in castigo: fa a strisce le lenzuola, le annoda e si lascia cadere dalla finestra, battendo la testa malamente, e svenendo. Improvvisamente, Claudia si alza e mi chiede come abbia fatto Gian Burrasca ad agganciare il lenzuolo alla finestra. Poi chiede che cosa voglia dire 'svenire, sta un po' in silenzio allontanandosi dal tavolino e da me, e dice "Tu hai detto che un giorno ci saluteremo: quando sarà?" Le chiedo se ci abbia pensato spesso in questo tempo. Fa sì con la testa. Cosa ne pensa? Non lo sa. Le dico che avremo tempo per pensarci insieme, e ne potremo parlare ancora tante volte. Si rimette seduta. Osservo che quando le è venuto in mente che dovremo salutarci, stava leggendo di Gian Burrasca che era stato chiuso per castigo nella sua stanza e vuole fuggire, trova un modo per farlo ma si fa un po' male. Forse anche lei un po' vorrebbe fuggire da questa stanza-pancione che la fa sentire anche un po' prigioniera, e però ne ha paura. Mi guarda in silenzio, e si rimette a leggere senza più interruzioni.

Se pensiamo al materiale fornito da Claudia attraverso i ritagli, ci rendiamo conto di essere di fronte a un materiale illusoriamente ricco. Esso è abbondante, facile da produrre, non può contenere né errori né conflitti, e però al tempo stesso è di impressionante capacità evocativa ed espressiva. Claudia tenta di eludere l'angoscia portando questa sorta di vomito capace di restare estraneo alla sfera del pensiero, questa litania di ritagli che sembra avere il solo significato di una mancanza di significato. La ricordo a testa china con le forbici quasi parallele agli occhi, lontanissima e sola in questo pseudo-lavoro. È così che prova a liberarsi dall'angoscia del 'si può rompere' del 'non sono capace' (a scuola, nonostante la sua straordinaria intelligenza, fa molta fatica). È così che prova a svincolarsi dalla ricerca di uno sviluppo che 'forse è possibile conquistare ma 'forse no. La strada che tenta per liberarsi da emozioni pericolose sembra proprio quella di sgombrare il suo mondo interno dalla coerenza di azioni adatte all'arricchimento.

In *Attenzione e Interpretazione*, (1970), parlando di frasi slegate usate da un paziente nel corso di una seduta, Bion dice testualmente: "Le frasi erano mutilate. I pronomi personali venivano usati

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

E questo mi fa anche ricordare che negli ultimi tempi del sintomo, appena prima che non venisse più utilizzato, Claudia incollava pazientemente su un foglio i pezzetti di carta (nei quali talvolta si intravedeva una forma: piede, braccio, mano, e quanto era abile nel dare una sforbiciata ulteriore quando questa forma le sembrava troppo evidente!), cercando così - si direbbe - di recuperare un legame, salvando -attraverso una coerenza - i suoi residui frammentati di significato. In tal modo la sua mente sembrava operare il tentativo di ristabilire la funzione del pensiero.

Ma proviamo a ripercorrere il cammino di queste poche sedute, e a guardarle come fossero i sassolini che il bambino della favola lascia cadere nell'intento di ritrovare la strada che conduce alla casa-oggetto materno. Come nella favola, anche Claudia getta i suoi sassolini, e lo fa di nascosto perché nel suo mondo interno un personaggio distruttivo vuole la sua sconfitta, tentando di invertire il percorso della funzione alfa.

Nel 1965, Bion scrive: "Nel momento in cui il seno va in pezzi, anche il Sé si frantuma, e da un Sé frantumato non possono nascere emozioni, quindi tutto perde di significato". Nella seduta del piccino che non sa unire' sembra inserirsi la speranza che almeno fuori qualcuno sia in grado di unire ("tu devi mettere insieme") cosicché, sebbene la frantumazione che non possiede la capacità di generare emozioni sia in primo piano, il segno del tentativo di una integrazione emotiva si intravede proiettivamente: in qualche modo viene chiesto all'altro di essere garante e custode di un significato.

Nello stesso periodo, questa tenue speranza di mantenere seppure proiettato fuori - il buon contenimento capace di sviluppo sembra ancor più vacillante. Che cosa ci fa un'anatra con i suoi piccoli in fondo al mare? Come può essere viva? Eppure si evidenzia anche il bisogno di un ricongiungimento, di una ricomposizione; e forse confusamente la frammentazione dovuta al persistere del rapporto con un oggetto parziale comincia a cedere spazio a un'intuizione di vita-morte, ossia di oggetto totale. "Gli oggetti parziali si rompono, si frantumano, lasciano il vuoto, non generano pensiero, non lasciano il segno di dove erano. Solo l'oggetto totale lascia la sua traccia, il ricordo, il segno del luogo dove era. L'uso del termine 'rotto' è frequente nel bambino disturbato intorno ai due anni, e denota la persistenza di un rapporto pregnante con l'oggetto parziale, in un momento in cui dovrebbe essere sempre più viva e presente l'immagine dell'oggetto totale, la cui distruzione verrà espressa

Nella seduta successiva, le vocali-frammentazione precipitano giù come i ritagli di carta, senza spessore e, consistenza. Qui, il tentativo di ‘sganciare’ il morbido dal duro, le vocali dalle consonanti mi fa nuovamente riflettere sul tentativo di Claudia di perdere la strada di casa, come per allontanare la parte ‘dura’, cattiva, dura come il cucchiaino che sembra arrossare la gola poco più avanti. Tuttavia, nella seduta appare anche una grossa volontà di ‘agganciarsi’ all’interpretazione, e farla sua come una consonante-madre interna che dia nerbo alla parola. Siamo ora alla seduta del disegno. La frammentazione cede nuovo spazio all’oggetto ma non esce di scena: lascia alcune tracce. Una traccia si lascia trovare nel nome che Claudia dà al disegno: ‘pagliaccio’, bambino che sembra portare nella parola la paglia-pezzettini. Una traccia è nel bisogno di ritagliare il disegno, usando ancora le forbici. Una traccia, infine, è nel ritaglino che mi consegna, piccola pagliuzza, frammento-bambino che parla di solitudine e paura.

Sulla natura di questo oggetto - il disegno del pagliaccio che Claudia (forse provocandomi) mi invita a buttar via - Meltzer nel suo lavoro già citato, propone una prospettiva illuminante, che costituisce anche il punto focale della sua interpretazione. Scrive Meltzer (1988): “[...] Nonostante i piangenti di offesa di numerose madri oltraggiate [...] oserei dire che un neonato non è bello nelle sue caratteristiche esteriori. Dobbiamo guardare più in profondità per scoprire l’essenza dell’essere neonato, che lo rende un oggetto così fortemente evocativo. Ma non succede la stessa cosa nell’impatto estetico della madre, il suo seno, il suo riso, le sue braccia avvolgenti quando si posano sul neonato? Non è forse essenziale il suo essere madre, la manifestazione delle sue qualità interiori che infondono un soffio di timore reverenziale e meraviglia? È proprio così con il bambino [...] le sue qualità interiori nelle quali supera tutte le altre creature, infondono un corrispondente soffio nei genitori [...] Questo incanto, l’amore a prima vista che può evocare è - secondo me - il sine qua non della capacità del neonato di tollerare il colpo estetico che riceve dalla madre. Claudia non poté tollerarlo.”

Saremmo qui in un momento culminante nel quale Claudia riesce finalmente a pensarsi come quel “brutto pagliaccio” che può essersi sentito soltanto buttato via da una madre fredda ma portatrice altresì di una potenziale esperienza - per la piccola - di bellezza ineffabile. Claudia visse dunque - in questa ipotesi di conflitto estetico - un’emozione devastante, non pensabile perché intrecciata al rifiuto della madre. Emozione devastante che forse rileggendola alla luce del presente discorso

Gian Burrasca fa a strisce il lenzuolo, mi chiede come abbia fatto il ragazzino ad agganciarlo alla finestra. Lascio a Balconi (libro già citato) il compito di commentare l'interrogativo di Claudia: "Ricordo varie riprese cinematografiche di una lattante all'ora del pasto nei primi mesi di vita. Prima, a occhi socchiusi c'era l'impegno esclusivo di bocca-capezzolo, quasi a farne un tutt'uno, poi lo sguardo rivolto al seno, infine "aggancio al viso materno e il gioco del 'lascio e riprendo il capezzolo'". Io sento nell'interrogativo di Claudia una sua gran voglia di imparare questo aggancio e insieme una terribile paura che sembra farle pensare di essere incapace di apprendere come si fa.

Bibliografia

- BALCONI, M., DEL CARLO GIANNINI, G. (1987) *Il Disegno e la Psicoanalisi Infantile*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BION, W. (1962) *Apprendere dall'Esperienza*. Armando, Roma 1972.
- BION, W. (1965) *Trasformazioni*. Armando, Roma 1973.
- BION, W. (1970) *Attenzione e Interpretazione*. Armando, Roma 1973.
- MELTZER, D. (1978) *Lo Sviluppo Kleiniano*, 3. Borla, Roma 1982.
- MELTZER, D. (1988) *Amore e Timore della Bellezza*. Borla, Roma 1989.

Riassunto

Nell'articolo viene presa in esame la difficoltà di acquisizione della funzione del simbolo, con riferimento al modello bioniano di inversione della funzione alfa. Come esempio, viene portato il caso di una bambina che, avendo subito un danno precoce, non è in grado di accedere pienamente all'area del simbolico e di poter quindi accettare un legame, desiderato quanto temuto. La narrazione del processo è affidata ad alcune sedute circa una per anno - attraverso le quali l'autore tenta di raccontare frustrazioni, speranze e limiti dell'analisi.

Summary

Fra sensoriale e mentale: un esempio clinico

process is brought out by some sessions - about one per year - through which the author tries to tell about frustrations, hopes and limits in the therapy.

GIULIANA DE PILATO FORTUNATO

Via Ippolito Rosellini, 12

20124 Milano

PIA DE SILVESTRIS

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

In una lettera a Ferenczi del 1910 Freud utilizza la favola dei fratelli Grimm 'Gianni il fortunato' come metafora del concetto di transfert. Egli scrive: "Ora le voglio esporre una teoria che mi è venuta in mente leggendo la sua analisi. Mi sembra che quando agiamo sugli impulsi sessuali non otteniamo altro che scambi e spostamenti, mai invece la rinuncia, né l'eliminazione o la liquidazione di qualche complesso (questo rimanga strettamente segreto!). Quando uno rivela i suoi complessi infantili, vuol dire che ne salva una parte (l'affetto) in una forma corrente (transfert). Si è tolto una pelle e la consegna all'analista. Dio non voglia che egli rimanga allora nudo, senza pelle! Ciò che guadagniamo con la terapia non è che un baratto, come nella storia di *Hans im Gluck* (La fortuna di Gianni). L'ultimo pezzo cade nel pozzo solo con la morte" (Jones, 1953).

In un precedente lavoro (De Silvestris 1992) prendevo spunto da questa lettera di Freud per dire che il transfert è tutto ciò che si muove dalla perdita originaria e che produce tutti i successivi movimenti economici e dinamici della mente. Infatti quei movimenti di spostamento, condensazione, negazione e scissione, o simbolizzazione e sublimazione, tendono tutti al recupero dell'oggetto perduto o per lo meno a compensarne, in maniera compatibile con la vita, la sofferenza della perdita, mentre il transfert rimane continuamente in cerca di quell'oggetto mai raggiunto.

Poi, assumendo in senso forte le parole di Freud in quella lettera a Ferenczi, mi sembrava, d'accordo con lui, di poter pensare che "l'ultimo brandello di transfert - dopo molti baratti - si esaurisce solo con la morte".

In un senso progressivo l'uomo non ha altra possibilità: scambiare continuamente l'oggetto per mantenere il più possibile l'oggetto originario. Ma, allo stesso tempo, il procedere vitale è anche proprio in funzione di questa capacità di allontanarsi dalla originarietà dell'oggetto. È soprattutto in questa prospettiva che si potrebbe intendere l'importanza dell'esperienza analitica come quella pos-

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

che, non coincidendo mai con l'oggetto originario, mantengono, nonostante tutto, il transfert sempre all'opera sino alla morte.

Da questo punto di vista l'oggetto originario - ovvero l'oggetto perduto - in quanto fondato nell'area delle fantasie e quindi costituente dell'immaginario del soggetto, prescinde da qualsiasi realtà; l'oggetto-madre non è l'oggetto originario e non è neanche sostituibile con esso. Proprio perché non coincide mai con l'oggetto originario, non riuscirà mai ad essere un oggetto sufficiente, anche se concretamente efficiente; pertanto si potrebbe dire che l'oggetto-madre non è soltanto il primo oggetto ma anche il primo transfert del soggetto, come scrive la Klein (1952).

Così ogni esperienza clinica è un pezzo di un percorso di transfert, un brano di vita che è tale perché concepisce un suo destino unico, sempre originale e singolare anche se tende a svilupparsi in un solco già dato e che sarà ancora ulteriormente traccia per i successivi tentativi di ripercorrere il già vissuto, per adattare diversamente la vita.

Se il transfert è quell'esperienza che contemporaneamente trascina ed è trascinata in una determinata direzione costruttiva ed evolutiva, in un movimento che è sia progressivo nel senso della strutturazione della mente che nel senso della relazione oggettuale, è necessario che questa spinta energetica abbia un corso come quello di un fiume. La funzione di contenimento dell'analista è presupposto basilare per lo sviluppo del transfert, da qui prende avvio l'uso dell'analista come funzione d'oggetto in tutta la sua graduale, minore o maggiore complessità.

L'elemento stabile e fondamentale per alimentare il transfert di Mario, un bambino di dieci anni in analisi per inibizione intellettiva, mi è sembrato che venisse rappresentato dalla funzione contenitrice: dal funzionamento dell'analista come prolungamento del Sé fino ad essere depositario del suo Sé frammentato, perché fosse tenuto unito nell'attesa che l'esperienza analitica ne permettesse l'evoluzione. Per Mario i frammenti di Sé sembravano sempre sul punto di erompere e disperdersi nello spazio, indebitamente insaturi di un'esplosività che era il prodotto di un'emergenza istintuale non protetta. Quando l'angoscia di perdita diventerà meno paralizzante Mario sarà in grado di accedere all'onnipotenza pulsionale. Dopo circa un anno di analisi Mario, verso la fine della seduta, fa un gioco che a me è venuto di chiamare delle "forze della natura". È come se nel momento in cui sta per finire la seduta, avesse bisogno di farmi capire quali problemi angosciosi dovrà fronteggiare e

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

rio scivola o che attentamente riesce a saltare, il fuoco invade parte della stanza per cui siamo costretti a fuggire.

La rappresentazione degli aspetti pulsionali qui assume un significato esistenziale drammatico e Mario li personifica e li argina in modo magico. Sembra che il meccanismo onnipotente, anche se illusorio, gli permetta per brevi momenti di assumere il conflitto dentro di sé e di fare così un'esperienza graduale e mitigata della violenza pulsionale. È una presa di contatto con aspetti del vero Sé, travolto in quel momento dall'emozione per la nostra separazione. Mario utilizza di tutto per dar corso alle sue spinte pulsionali, mentre l'analista, in quanto sospende le sue aspettative, si rende strumento del destino del transfert del paziente, cioè del potenziale del suo vero Sé. L'analista è strumento in quanto non sa dove porta ed è nella misura in cui è imprevedibile a se stesso che egli diventa oggetto di transfert e quindi disponibile a tutte le forme di baratto. Infatti non possono essere, in questo modo, utilizzate dal paziente le fantasie terapeutiche dell'analista, che porterebbero alla costituzione di un falso sé.

Dice C. Bollas (1989): “Ritengo che uno dei compiti dell'analisi sia di far sì che l'analizzando entri in contatto con il suo destino, cioè con la progressiva articolazione del suo vero Sé attraverso molti oggetti”. Per Bollas ogni relazione oggettuale può porsi come fatto quando l'oggetto impone un percorso di transfert secondo un proprio obiettivo inconscio determinante o essere invece “l'oggetto grazie al quale il bambino costruisce e articola aspetti del suo destino”.

Dopo un lungo periodo di analisi tenacemente ripetitiva, all'improvviso la successione trisettimanale delle sedute di Mario viene interrotta da una sua influenza. Mi telefona per dirmi che ha la febbre e che non può venire. È la prima volta che, dopo tre anni d'analisi, non ci vediamo per una settimana. Quando torna ha un aspetto vispo e tutto pimpante, fin dal corridoio mi dice, alludendo alle sedute in cui faceva il maestro: “Beh, come sono stati con il supplente?”. Questa breve domanda è rivelatrice di un movimento transferale complesso. Mario ha fatto un'esperienza consapevole di separazione, forse sostenuta anche da un'altra esperienza: che i suoi aspetti frammentati possono avere un contenimento anche quando lui non c'è e di conseguenza anche quando l'analista non c'è per lui.

Nella domanda del “supplente” emerge chiaramente ed a livello cosciente l'esistenza di due

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

più coeso ed integrato, capace di spostamento, condensazione e simbolizzazione, quale viene espressa dalla sua breve metafora ironica e complessa. Parallelamente io sentivo che in quel momento Mario era nato ad un suo modo di esistere e che quindi poteva portare avanti il suo destino.

Lasciare che il transfert si esprima, in tutta la sua potenzialità, equivale in modo forte a dire che si permetta ad una vita di prender corpo e che questo corpo possa realizzare il suo destino: essere se stesso nella relazione con il mondo ed essere responsabile di quella relazione che gli appartiene. Il transfert del bambino non è indirizzato ad un oggetto particolare del mondo, poiché egli non ha ancora definito i suoi oggetti; i suoi affetti sono rivolti a tutto ciò che lo circonda, a quel mondo ancora da scoprire da cui i suoi investimenti attingeranno oggetti significativi. Nel transfert c'è sempre qualcosa di nuovo che sorge. Così in effetti potremmo dire che l'aspetto ripetitivo del transfert è quello più marginale e secondario del fenomeno, un tenue riverbero del passato nel presente che dà continuità alla narrazione del soggetto. Ma sono gli aspetti costruttivi e non ripetitivi di ogni momento presente quelli che nella loro attualità e novità si pongono come nuove esperienze di vita che si aggiungono a quelle precedenti, pur adeguandosi in un processo di continuo e reciproco adattamento che dà stabilità e consolidamento al vissuto personale. Queste nuove esperienze sono creazioni della relazione analitica che danno il senso del processo della trasformazione psichica. Si costruisce il presente risignificando il passato. L'esperienza si arricchisce attraverso successive e continue proiezioni e introiezioni, anche se il suo andamento ripetitivo sembra sfidare il flusso del tempo e rivolgersi ad un passato prossimo o remoto il più possibile omogeneo e sovrapponibile all'esperienza originaria, come se nulla dovesse differenziarsi da essa. Ma è proprio in questa dinamica che quella esperienza lentamente si trasforma.

Se una delle accezioni del transfert è che gli affetti dei primi oggetti infantili vengono ripetuti sempre con gli oggetti che si incontrano nella vita, nel bambino assistiamo a come si gettano le basi del transfert, ad un transfert *in itinere*.

In ogni rappresentazione di gioco, di comportamento o di gesti Pietro, un bambino di tre anni con tratti autistici, ripete in analisi tutte le cose che, piacevolmente o spiacevolmente, lo hanno colpito nel momento precedente la seduta. L'analisi è un contesto privilegiato per "transferire" le emozioni più recenti in un registro simbolico, costruendo così da eventi fluidi ed informali, narrazioni

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

relazionale perduto poco prima, mentre Pietro dopo aver lasciato il padre entra in contatto con l'analista. Allo stesso modo, quando Pietro non parla, l'analista costruisce il percorso che va dalla casa del bambino allo studio, valorizzando quell'area di transito transizionale che era la piazza a metà del percorso.

L'analista anziché interpretare e indicare verbalmente i bisogni del bambino o i contenuti del suo dolore, che non sarebbe stato facilmente tollerabile dall'Io, ha lavorato sulle rappresentazioni di cose, che sono il presupposto e il fondamento dei processi simbolici e del sentimento di poter interagire con il mondo per poi poterlo introiettare.

Un giorno Pietro introduce nel gioco un nuovo tema: costruisce da solo il "paese di Anghiari", paese dei nonni paterni, dove lui trascorre abitualmente le vacanze. Quello che è interessante però osservate è la modalità con cui ciò avviene e si sviluppa. In un primo tempo sceglie, per la costruzione, una parte oscura della stanza, nettamente separata dall'area del gioco che, invece, è abitualmente davanti alla finestra. Il tenere questa rappresentazione al buio deve essere così significativo per lui che non solo la realizza dietro un cassettone, quasi per ripararla, ma talvolta sente anche l'esigenza di chiudere le persiane della stanza, rimanendo così in una fitta penombra.

Sembra proprio che Pietro possa provare a rappresentare e trasferire in analisi quel nucleo radicale originario, tenacemente protetto e difeso da ogni stimolo esterno: evidentemente un nucleo originario del Sé cui attingere e sul quale collassano gli affetti di più generazioni.

Sembra che la mente poco strutturata del bambino possa sviluppare il transfert solo come una tendenza a ripristinare una condizione precedente, una condizione che non ha ancora assunto qualità storiche, che non ha ancora subito spostamenti e condensazioni, ma che è un'esperienza appena vissuta e perduta. La condizione del momento prima non ha un valore storico, ma ha il significato di far rivivere nel presente quel momento appena conosciuto che non ha ancora la capacità di essere elaborato in un percorso spazio-temporale più ampio. Il bambino rende uniforme e sovrapponibile il contesto relazionale, anziché diversificarlo come avviene nella mente adulta.

Questo collassare tutto in unico contesto spazio-temporale, storia e preistoria, come a vivere sempre in una sorta di immanenza, è una morfologia della mente infantile, nel senso che il bambino fa sempre riferimento al prima. Il riportare ogni esperienza a quella originaria è un modo di cono-

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

ra ed avvia le formazioni di spostamento e condensazione, e dà profondità e complessità al passaggio fra processi primati e secondati.

Freud, per comprendere il fenomeno dei sogni, usa il concetto di “transfert” come trasferimento da un livello topico ad un altro e come trasferimento di moti pulsionali provenienti dall'inconscio e tendenti ad essere rappresentati nella coscienza.

Freud concepisce questa funzione di trasferimento come il risultato imprescindibile di un aggancio di questi moti pulsionali inconsci con i resti diurni, ovvero con le rappresentazioni di dinamiche relazionali del soggetto. In tale fenomeno di condensazione i resti diurni acquistano il valore di esperienza affettiva e cognitiva e il moto pulsionale ottiene il diritto di rappresentabilità nella coscienza. Questa duplice funzione rappresenta quella che potremmo chiamare la “doppia vettorialità” del transfert.

Il transfert dunque non è solo quel fenomeno che tende a sopperire a una mancanza o ad una perdita, ma è anche ciò che cerca fundamentalmente di costruire, di ampliare e arricchire la conoscenza di sé e del mondo, pur continuando a fare leva sulla tendenza a colmare un'assenza o sostituire una perdita.

Il transfert è conquista della vita con la forza dell'origine.

Il concetto di transfert riguarda un fenomeno di trasformazione e di organizzazione del caos primitivo della mente. È necessario, cioè, che la spinta energetica primitiva e caotica, che non ha ancora oggetti sostitutivi della condizione originaria, trovi degli argini ed una direzione.

Nella concezione del transfert come ritorno alle origini, quindi, la funzione dell'analista non riguarda soltanto quella di riconoscere il transfert, ma anche quella di essere l'attivatore e l'organizzatore del transfert. Attraverso l'esperienza di transfert l'Io acquisisce quei valori e funzioni di Sé vissuti nella relazione. Non è detto che il contenuto del transfert sia rivolto ad un oggetto particolare espresso e confinato in una data figura umana, può essere qualsiasi cosa. Il modello di relazione di transfert è un modello di conoscenza del mondo.

Nella storia di Pietro la costruzione di “Anghiari” è il suo tornare alle origini, prodotto dal grande dolore per la nascita della sorella. Con l'accettazione del dolore può nascere il bisogno di ritornare alle proprie origini. Interrogarsi sulle proprie origini è porsi anche il problema della propria nascita.

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

dei bambini, il primo significato del transfert è il lavoro che fa il bambino per dare senso alle cose vissute, prendendo a prestito i resti diurni per dare un senso a se stesso. Il secondo significato è quello che attraverso il delinearsi di un percorso, che è sia del bambino che dell'analista, si riproduce un ritorno ad uno stato precedente, in un tracciato che va verso le origini.

Bibliografia

- BOLLAS, C. (1989) *Forze del Destino*. Borla, Roma 1991.
- DE SILVESTRIS, P. (1992) Baratto e metafora: economia ed etica della trasformazione. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 24.
- FREUD, S. (1899) L'interpretazione dei sogni. *OSF*, 2.
- FREUD, S. (1912) Tecnica della Psicoanalisi. *OSF*, 6.
- FREUD, S. (1914) Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi. *OSF*, 1.
- FREUD, S. (1937) Analisi terminabile e interminabile. *OSF*, 11.
- JONES, E. (1953) Lettera di Freud a S. Ferenczi del 10 gennaio. In: *Vita e Opere di Freud*. Il Saggiatore, Milano 1966.
- KLEIN, M. (1952) Le origini della traslazione. In: *Scritti*. Boringhieri, Torino 1978.

Riassunto

Partendo da una lettera di Freud a Ferenczi in cui viene utilizzata la favola dei fratelli Grimm "La fortuna di Gianni", come metafora del concetto di transfert, l'autore definisce il transfert come tutto ciò che si muove dalla perdita originaria per tendere al recupero dell'oggetto perduto. L'uomo non ha altra possibilità: scambiare continuamente l'oggetto per mantenere il più possibile l'oggetto originario. L'esperienza transferale in analisi è essenziale per diminuire questo vincolo e per permettere al soggetto di costruire ed articolare aspetti del suo destino.

Summary

Il Transfert: una ricerca ininterrotta dell'origine

ference experience in analysis is essential to reduce this bond and permit to the subject to build and articulate aspects of his own destiny.

PIA DE SILVESTRIS

Via P. Segneri, 1/b

00152 Roma

FRONTIERE

BRUNA TRAMONTANA

Osservazione ed esperienza in un reparto di AIDS

Tento di esporre in queste note alcune riflessioni e le intense emozioni vissute nel corso della mia esperienza di lavoro all'interno del reparto per pazienti sieropositivi o affetti da Aids della Clinica di Malattie Infettive del II° Policlinico di Napoli.

Tale lavoro in reparto mi fu proposto dall'ANLAIDS (Associazione Italiana Lotta Aids) che, nel quadro delle sue iniziative, aveva ritenuto utile fornire un sostegno psicologico a persone sieropositive e ammalati di Aids ed anche incontri con il personale curante del reparto. Ho accettato quest'incarico, nonostante le prevedibili difficoltà, animata da un forte desiderio, quasi una sorta di sfida, per tentare di introdurre un'ottica psicologica in un ospedale napoletano. Mi sembra determinante precisare però che non vi era stata alcuna richiesta in tal senso da parte dei medici che, pur vivendo in una pesantissima situazione di evidente stress e lamentandone vagamente il malessere, non hanno mai apertamente ammesso né riconosciuto il proprio bisogno di aiuto e si sono visti costretti ad accettare la mia presenza imposta da un accordo a priori tra il Direttore della Clinica ed il Presidente dell'Associazione.

Inoltre, la modalità dell'ANLAIDS di gestire il contratto di lavoro con me ha rappresentato una fonte di ulteriore disagio. Per sue comprensibili necessità (valutare l'utilità dell'iniziativa nuova per Napoli, promuovere altri progetti, ecc.) l'Associazione aveva fissato la durata del mio incarico per un periodo di sei mesi a partire dal Dicembre '91; alla scadenza però me lo aveva rinnovato per altri sei mesi e così di volta in volta, mettendo mi in una condizione di perenne precarietà. Questi spezzoni di tempo sembrava m'impedissero di progettare interventi di ampio respiro, creavano come un'invisibile barriera a distanza ravvicinata che mi rendeva difficile pensare di poter apportare una qualche modifica in un assetto istituzionale così consolidato e sclerotizzato, o, sul versante dei pazienti, iniziare una relazione con un senso terapeutico e una possibile continuità.

Osservare per comprendere

Fin dai primi giorni, ho avvertito che la mia presenza, in un ruolo non istituzionalizzato, diverso, sentito intrusivo e forse minaccioso, ha come spinto il personale curante a coagularsi ancor più in quell'unico senso di appartenenza, proprio dell'Istituzione (Correale, 1991). I medici mi apparivano uniti da una sotterranea rete di leggi, regole ed abitudini ripetitive e strutturate, li vedevo funzionare come legati da un invisibile ed inconsapevole collante di fondo che separa o espelle ogni elemento estraneo.

Il mio compito quindi si è limitato ad osservare la "vita" del reparto ed a cercare di capire il pensiero sotteso a quel tipo di funzionamento, in un'alternanza di sentimenti confusi di angoscia, rabbia, impotenza.

La giornata lavorativa, che elasticamente iniziava verso le nove e trenta, quando cioè il caporeparto saliva al sesto piano, si divideva tra il giro visite ai pazienti ricoverati e le visite ambulatoriali alle persone sieropositive in day-hospital, con momenti rubati per immettere dati al computer per le ricerche scientifiche. Solo il martedì si aggiungeva lo *screening* per il test antiHIV, ma tutte queste attività venivano svolte in un clima di perenne fretta, con continue interruzioni, in un andirivieni caotico e in una confusione di compiti.

Ho cominciato a seguire i medici nel giro delle visite del mattino, osservando come si tenessero compatti e quasi schermati dalla cartella clinica, rispondendo alle domande dei pazienti con false rassicurazioni frettolose, evitando di informarli chiaramente sulle indagini o sulle cure, mostrando un'apparente disponibilità che si traduceva poi in un successivo evitamento. Sembrava che il sentimento predominante, del tutto inconsapevole, fosse la paura di dedicare un tempo ed un'attenzione a quel singolo paziente e che qualunque altro compito fosse da privilegiare perché rappresentava la possibilità di fuggire dalla relazione con la persona malata e da un possibile coinvolgimento.

Uguale sensazione di fuga e di distanziamento, anche qui coperti da un'apparente urgenza, si notava nelle ore del day-hospital. Qui i medici venivano pressati dai pazienti affollati sulla porta della stanza di accettazione o nel corridoio, in attesa del loro turno fin dal primissimo mattino. L'atmosfera appariva caotica perché si facevano tante cose tutte insieme, dal leggere radiografie al rispondere al telefono, dalla prescrizione di farmaci al controllo di una candidosi nella bocca di un

Osservazione ed esperienza in un reparto di AIDS

e di ascolto. Questo comportamento mi faceva pensare all'“istinto ad aggrapparsi” menzionato da Balint (1937) e successivamente ripreso da Bowlby (1982) nella sua teoria sull'attaccamento. “Il comportamento di attaccamento viene suscitato ogniqualvolta una persona è malata o in difficoltà, ed è suscitato in modo particolarmente intenso quando la persona è spaventata o quando la figura di attaccamento non è presente”. E più avanti: “Il ruolo di chi si prende cura consiste innanzi tutto nell'essere disponibile e comprensivo come e quando richiesto e, in secondo luogo, nell'intervenire non appena [...] la persona di cui ci si prende cura si trovi in difficoltà”.

Infine il test anti-HIV, richiesto per lo più da persone giovani e spaventate per il possibile rischio corso, veniva effettuato da uno specializzando che, prima del prelievo, sottoponeva l'utente ad un frettoloso ma intrusivo questionario per la raccolta di dati, utili per la ricerca, senza fornirgli un accoglimento disponibile ed attento.

Un discorso a parte meritano i pazienti sieropositivi o già in Aids conclamato; qui l'impatto emotivo è stato per me molto intenso. Le persone sieropositive, confrontate violentemente con la morte, sperimentano vissuti di paura, di dolore, d'inutilità, d'impotenza e di rabbia che contagiano massicciamente il personale curante. Si trovano in una fase di “transizione psicologica” in cui è avvenuta una rottura nella loro esistenza che, accanto ai danni fisici spesso irreparabili e dolorosi, determina grossi cambiamenti nel modo di vivere, nell'immagine di sé, nel rapporto con gli altri, nella previsione di un futuro che appare minaccioso e disperato. Il sentirsi progressivamente abbandonati dalle proprie forze fa percepire più forte la paura di abbandonarsi alla morte e perciò con violenza rifiutano o negano la loro malattia, si pongono con ostilità, rabbia e svalutazione verso chi li cura, oppure in una sorta di passiva sottomissione o di disperata rinuncia, sembrano supplicare almeno una dilazione del tempo.

La progressiva consapevolezza di una mia più profonda ed intima motivazione (legata anche alla rielaborazione del lutto per la morte di mia madre) mi aiutava a reggere il mio difficile compito ed a comprendere il comportamento ambivalente e contraddittorio dei medici nei miei riguardi. La loro formale cortesia copriva spesso una totale svalutazione. Al netto rifiuto di poter considerare insieme i vari bisogni di un malato, si contrapponeva una sorta di delega onnipotente ed *in extremis*; oppure la mia presenza, quando occasionalmente richiesta da un paziente, sembrava suscitare in loro

dall'inizio, alcuna ufficiale segnalazione ai pazienti della mia presenza, che sembrava del tutto ignorata.

Una stanza per esserci

In questo clima così carico di emozioni contraddittorie e coperte e di confusione, iniziai a “ritagliarmi” un posto, lo spazio fisico di una stanza attigua al corridoio dei ricoverati, dove portai due sedie, dei posters e una pianta. La stanza era un posto reale per “collocarmi” e per essere “collocata” e riconosciuta; forse anche la rappresentazione di un primo tentativo di costruire uno spazio mentale per me e per l'altro. Cominciai poi ad entrare da sola nelle stanze dei pazienti, cosa che fu chiamata con una sorta di pacata ironia il “giro della pietà”; cercavo di iniziare con i ricoverati un informale colloquio, meravigliata d'essere accolta, a volte perfino attesa. Mi sentivo profondamente in contatto con la loro sofferenza fisica e psichica, sentivo di poter condividere la loro disperazione e ribellione urlate o mute; mi restavano in mente per tanto tempo i loro sguardi, a volte torvi e pieni di rancore, a volte spaventati e come aggrappati a una parola qualunque, altre volte dolorosamente spenti. Cominciavano così ad arrivare richieste di chiarimenti circa le terapie, di rassicurazioni per le indagini invasive cui dovevano sottoporsi, venivano espressi irritazione e scontento per le innegabili carenze della struttura e piano piano emergeva qualche sentimento cosciente della gravità della propria condizione, le preoccupazioni, i dubbi, le ansie e quei pensieri tanto spaventosi e angosciosi che non si potevano comunicare ai familiari già terrorizzati e che sembrava impossibile poter tollerare nella propria mente. Questi colloqui s'interrompevano bruscamente o per l'improvviso aggravarsi della malattia o per il sopraggiungere della morte, lasciandomi dolorosamente custode di fili spezzati.

Contemporaneamente capivo come un tale carico d'angoscia fosse intollerabile per il personale curante. I medici si sentivano delusi e frustrati nella loro motivazione idealizzata di guaritori e dispensatori di salute, impotenti di fronte all'inesorabilità della malattia, invasi da un sentimento di fallimento personale, di perdita della fiducia in se stessi, di rabbia per l'ineluttabilità dell'esito sfavorevole. Inoltre sembrava inevitabile che strutturassero modalità difensive e meccanismi di scissione per non avvertire sentimenti di delusione e d'impotenza di fronte alle richieste pressanti dei,

Osservazione ed esperienza in un reparto di AIDS

In realtà era dal coinvolgimento e dall'impatto emotivo che tentavano di fuggire, dai sentimenti di paura, di dolore.

Un primo piccolo risultato positivo si ottenne finalmente quando, dopo numerose proposte respinte, si riuscì ad organizzare in modo efficiente e ordinato, in un tempo ed un luogo precisi, il servizio di *screening* per il test anti HIV che vedeva collaborare, anche se in momenti successivi e separati, lo psicologo ed il medico. Potevo così avere con l'utente, prima del prelievo, un breve colloquio ove accogliere la sua ansia e la sua paura rispetto al rischio corso, non intrudere brutalmente nella sua sfera privata, fornirgli risposte ed informazioni sulle reali modalità di contagio e dargli infine la possibilità di un primo contatto di presa in carico che, successivamente, e soprattutto nei casi di sieropositività, potesse rappresentare la base di un valido punto di riferimento. Ancora, al momento del ritiro della risposta al test, l'utente veniva di nuovo da me accolto nella stanza ove poteva richiedere ulteriori chiarimenti per le comunicazioni di sieropositività, che scatenavano quasi sempre pianto e disperazione, era possibile restare con la persona per accogliere i suoi sentimenti più immediati, per presentarla poi ad un medico per gli appuntamenti di routine.

Ogni tanto qualche persona sieropositiva, spesso incoraggiata da un familiare, richiedeva un colloquio per tentare di esprimere sentimenti confusi e devastanti. Questi pazienti si sentivano pericolosi e contagianti e perciò rifiutati e disprezzati, e si richiudevano in se stessi rinunciando prematuramente a momenti ed occasioni di vita; a volte invece attivavano una parte rabbiosa e distruttiva che li portava a continuare a comportarsi come se la malattia non ci fosse, senza rispettare i controlli medici e le cure e senza preoccuparsi di poter trasmettere il contagio. In qualche seduta, dopo dolorosi silenzi che potevo solo condividere, sembrava mi chiedessero come un permesso a farla finita; esprimevano il desiderio dell'eutanasia per smettere di soffrire o di trascinare una sopravvivenza senza dignità, ma al tempo stesso sembravano volere che fossi io a mantenergli una sorta di fede ed a restituirgli un senso alla vita. Questi vissuti violenti e così attanaglianti nel loro potere di contagio chiedevano d'essere accolti, tenuti e restituiti, se possibile, in una forma più pensabile e meno lacerante. Quando vedevo poi i pazienti uscire dalla stanza come rasserenati, mi chiedevo cosa fosse accaduto. Ho pensato poi che poteva attribuirsi alla capacità di fare rapporto, riuscendo a riaccogliere, pacati e come bonificati, quei sentimenti espulsi con violenza perché sembrava che la mente non

Osservazione ed esperienza in un reparto di AIDS

samente scomparire sia dalla corsia che l'aveva ospitata per mesi sia dalla memoria dei medici che l'avevano curata per anni. Non se ne parlava più, la stanza restava sbarrata per la disinfezione e dopo ventiquattro ore veniva occupata da un nuovo ricoverato. Ricci Bitti (1987) scrive che "il silenzio e la negazione sono il modo più spicciativo per comportarci come se la morte non ci riguardasse o non facesse parte della nostra esperienza". Mi domando ora se sia possibile che in un'Istituzione preposta alla cura del malato ci si possa far carico anche della sua morte. Sembra che nel disperato tentativo di mantenere in vita non vi possa essere spazio per il pensiero della morte che può essere tollerata solo se avviene con "stile e dignità", una morte cioè meccanica, isolata, disumanizzata ed impersonale che protegge lo staff curante - consentendogli di poter continuare a lavorare - perché sembra non far parte di un'esperienza comune e condivisibile. In reparto ho raramente colto, da qualche protesta irritata o da qualche brusco commento, il tentativo d'esprimere la commozione, la tristezza, il dispiacere e il lutto¹. I Kubler-Ross (1984) contrappone il concetto di morte presso le civiltà passate, al vissuto del mondo moderno e sostiene che "la morte resta un avvenimento spaventoso e orribile ed è tanto più rifiutato e negato quanto più si realizzano importanti progressi scientifici".

Mentre i mesi passavano ripetitivi e come immobili, cercavo di superare la barriera difensiva dei medici e di entrare in contatto con gli elementi sottostanti che sembravano essere messaggi inconsci e sotterranee richieste d'aiuto; proposi più volte incontri o riunioni di gruppo per discutere insieme i problemi inerenti il lavoro in reparto, condividere vissuti comuni, lasciar emergere o eventualmente proporre possibili soluzioni per una più efficace organizzazione. Tutti questi tentativi erano però sempre respinti sia con chiari rifiuti svalutanti, sia adducendo scuse come la mancanza di tempo, sia infine, in apparenza accolti, poi sempre disattesi. Capivo come un'idea "nuova" potesse esser sentita minacciosa per la stabilità del gruppo istituzionale che per opporvisi si compatta ancora più in comportamenti ossessivi, ripetitivi, ma rassicuranti. Riprendendo un concetto bioniano, sembra che qui l'Istituzione funzioni come la mente che si irrigidisce per opporsi al cambiamento catastrofico; questo concetto è stato utilizzato da E. Tabak de Bianchedi (1984) che, in un seminario tenuto a Napoli qualche anno fa, ha coniato il termine "*establecido*" per indicare la parte "*istituzionale*" della mente che resiste ai "fenomeni di disidentificazione". Cercavo perciò di approfittare di

nella primitiva motivazione che li faceva essere quotidianamente presenti in reparto nonostante le continue frustrazioni, tollerare l'aggressività dei pazienti ed i loro attacchi distruttivi e vivere in una condizione di inconsapevole, continuo stress. Tentavo forse, senza esserne del tutto consapevole, di costruire una sorta di alleanza con le persone che mi apparivano più disponibili, come avviene nella pratica clinica quando ci si allea alle parti "sane" del paziente.

All'inizio del '94, lentamente, in modo silenzioso e quasi furtivo, avevo cominciato a notare qualche cambiamento, mai però apertamente riconosciuto né collegato alla mia presenza. Nel giro di alcune visite ai ricoverati, per esempio, i medici si rivolgevano ora direttamente ai pazienti chiamandoli per nome² ed il tono, prima frettoloso e vago, era affettuoso e familiare, quasi a segnalare una diversa e nuova disponibilità di tempo e di ascolto. Ancora notavo che da qualche mese non c'era più l'affollarsi dei pazienti in attesa del controllo in day-hospital davanti alla stanza dell'accettazione; era stato deciso, quasi "segretamente", di ricevere per appuntamento, il che rendeva il servizio molto più fluido - evitando stanchezza, proteste ed assurde perdite di tempo ai pazienti - e preservava i medici da continue richieste e lamentele.

A fine luglio '94, nel salutarci prima delle vacanze estive, il capo reparto si era detto finalmente disponibile ad accogliere la mia proposta di lavorare insieme con riunioni quindicinali per discutere sui casi clinici, condividendone difficoltà e problematiche, nel tentativo anche di riuscire a riconoscere i propri sentimenti ed elaborare i propri vissuti.

Nel momento in cui cominciavo ad intravedere qualche spiraglio che poteva far sperare in un ipotizzabile lavoro, per quelle amare coincidenze che si verificano, nonostante l'impegno assunto e le mie sollecitazioni, l'ANLAIDS sospendeva questa iniziativa e decideva di promuovere un programma di prevenzione nelle scuole.

Note

1. Mi è capitato invece, qualche tempo dopo d'incontrare alcuni medici in occasione di un seminario, fuori dalla clinica, ed ho chiesto notizie di qualche paziente che purtroppo è morto. Ho notato come, senza il "camicie bianco", sia stato spontaneo condividere sentimenti di

3. Da novembre lavoro settimanalmente nella sede dell'Associazione offrendo un sostegno psicoterapeutico alle persone sieropositive ed ai loro familiari.

Bibliografia

- AVENI CASUCCI, M.A. (1982) Il problema della morte nella preparazione del medico. *Medicina geriatrica*, 15, 321.
- BALINT, M. (1961) *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano.
- BALINT, M. (1963) *Primary love and Psychoanalytic technique*. Tavistock Publications, London 1965.
- BION, W.R. (1961) *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.
- BION, W.R. (1975) *Memoria del futuro*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
- BOWLBY, J. (1969) *Attaccamento e perdita*. Boringhieri, Torino 1972.
- BOWLBY, J. (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1982.
- CITTERIO, L., SCARNECCHIA, M.G. (1995) Psicoterapia psicoanalitica e AIDS: possibilità o sfida? *Psicoterapia psicoanalitica*, 2, 1, 86-100.
- CORREALE, A. (1991) *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
- DE ROSA, A., VIZIOU, R. (1983) Sul rapporto medico-paziente con epilessia: considerazioni preliminari. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 44, 3.
- GIOVANNINI, D., RICCI BITTI, P.E., SARCHIELLI, G., SPELTINI, G. (1982) *Psicologia e salute*, Zanichelli, Bologna 1987.
- GUYOTAT, J. (1970) Médecin, malade et mort. *XII Colloque International de Psychologie Médicale*. Lyon.
- KUBLER ROSS, E. (1969). *La morte e il morire*. Cittadella, Assisi 1979.
- Lazzari, C., Campione, F., Chiodo, F. (1993) Aspetti psicologici e sociali dell'epidemia di AIDS. *Gli Argonauti*, 50.
- MISRACHI, A., HIRSCH, D. (1991) *Aspects psychologiques et psychiatriques du Sida*. Relazione di-

TABAK DE BIANCHEDI, E. (1984) Crecimiento mental y desidentificación. *Actas VI Simposio y Congreso Interno sobre Identificación*. APdeBA, Buenos Aires.

Riassunto

In queste note l'autrice si propone di comunicare un'esperienza di osservazione orientata psicoanaliticamente, in un reparto di Aids. Inizialmente descrive come il tipo di organizzazione istituzionale sia stata ostile all'intervento psicologico così come appariva chiusa ad ogni riconoscimento del proprio coinvolgimento emotivo e del bisogno di aiuto. Espone poi i primi tentativi, rifiutati e attaccati, per introdurre un'ottica psicologica che permettesse un lavoro comune e condivisibile. Quando si cominciava lentamente ad intravedere qualche spiraglio che facesse ipotizzare un eventuale inizio di cambiamento, l'incarico è stato bruscamente interrotto.

Summary

In these notes the author tries to share an experience of work in a department of Aids. Initially she describes how that kind of institutional organization was hostile to a psychological intervention as it seemed closed to recognize its emotional involvement and its need of help. She also exposes the faint attempts, refused and attacked, to introduce a psychological point of view to allow a common and shareable work. When she slowly began to see some flashes which could mean a possible beginning of change, the work was suddenly interrupted.

BRUNA TRAMONTANA
via S. Filippo, 20/F
80122 Napoli

ISTITUZIONI

ANNA FERRUTA

Miti delle istituzioni psichiatriche

Nel pensare a organizzare strutture di cura istituzionale per pazienti psicotici spesso si presentano alla mente alcuni “miti” come obiettivi del lavoro terapeutico: realizzare per il paziente una condizione di benessere che gli permetta di trovare una casa, un lavoro, dei rapporti sociali anche minimi.

Utilizzerò questi “miti” come metafore per indicare la competenza specifica dell’attività terapeutica nel lavoro nelle istituzioni psichiatriche: casa, lavoro, amici. Miti nel senso di “metastorie” che condensano significati emotivi accessibili e fondanti per tutti.

La casa che una istituzione deve preoccuparsi di fornire a persone con una sofferenza mentale grave riguarda l’ampiezza, solidità, vivibilità di uno spazio mentale personale.

Ci sono persone il cui mondo interno è ridotto ai minimi termini, a uno spazio angusto e privo di comodità, talvolta raffigurato nei sogni come soffitta, cantina, ripostiglio, o tradotto in una vita da barbone vissuta sotto i ponti. Si tratta dello spazio che nella loro vita è dedicato ad elaborare sentimenti ed emozioni personali.

Talvolta è occupato completamente dall’oggetto d’amore, in una specie di crogiolo in cui si è verificata una fusione tra la debole esistenza di vita mentale del soggetto, bisognoso di un contatto, e l’esuberante produttività offerta dall’oggetto d’amore che ha invaso quasi tutto lo spazio disponibile. Il soggetto finisce così per sentire e pensare proprio allo stesso modo dell’oggetto e per considerarsi esistente solo in questa condizione, che suscita tuttavia sensazioni di soffocamento. Claustrofobia e claustrofilia si alternano in modo violento: lo spazio mentale occupato dall’oggetto finisce per spingere a una fuga, alla ricerca di una dimensione più personale. D’altra parte il piccolo spazio mentale salvato (nella masturbazione, con un oggetto tenuto stretto in mano, una cantilena, un don-

Miti delle istituzioni psichiatriche

Un paziente in terapia, che dentro di me chiamo Papillon, sogna spesso di fuggire di casa, dal rapporto col padre, che è anticipatore di ogni richiesta e desiderio. Lo spazio che, dopo queste fughe oniriche, riesce a trovare per sé è troppo angusto e solitario: per essere veramente suo non deve essere abitato da nessuna presenza che glielo renda alieno. Dopo alcuni anni di cura il paziente riesce a vivere con piacere in una casa sua, tuttavia la prima volta che questa compare nei suoi sogni è accompagnata da un'angoscia persecutoria: qualcuno entra per sporcare e rovinare la casa. Si tratta di un sogno espressivo della consapevolezza che avere uno spazio mentale significa anche avere un campo nel quale possono darsi eventi psichici, nel quale la prima angoscia che viene messa in scena è proprio quella che venga occupato e danneggiato questo spazio, faticosamente raggiunto.

Bollas, in *L'ombra dell'oggetto* (1982), ha descritto il fenomeno per il quale lo spazio del mondo interno di una persona viene ristretto in modo eccessivo dalle figure parentali, che vi fanno ricadere la propria ombra. Talvolta la stessa relazione terapeutica è iatrogena, perché offre contenuti e stimoli che occupano e saturano le poche aree mentali libere del soggetto, portando così inconsapevolmente a compimento un'azione devastante dei primi oggetti. Le strutture intermedie dei Servizi Psichiatrici talvolta forniscono uno spazio meno oscurato dall'ombra dell'oggetto, nel quale possono aver luogo esperienze nuove.

Questo colore nuovo dell'esperienza emotiva è costituito dalla funzione diversa dell'oggetto, rispetto a quella di stendere la propria ombra sul soggetto. Bollas va alla ricerca, nella vita psichica dell'adulto, delle tracce delle prime rappresentazioni oggettuali, per individuare le prime esperienze soggettive dell'oggetto quale oggetto trasformativo, cioè come persona che aiuta il bambino a realizzare un processo che va dalla non integrazione all'integrazione delle sue esperienze esterne e interne. Egli ritiene che la ricerca dell'oggetto sia quella della sua funzione trasformativa, piuttosto che dell'oggetto concreto da cui dipendere. Molte situazioni patologiche sono legate a carenze o fallimenti dell'oggetto trasformativo, che non è intervenuto, o è intervenuto troppo, installandosi nella mente del soggetto, finendo col dirigerlo e stendendo su di lui la sua ombra.

Questa prospettiva può essere utile per orientare la scelta terapeutica verso interventi non direttamente centrati sulla realtà concreta (ad esempio, se far convivere il paziente con la madre oppure no) e che non si rifanno nemmeno a uno schema causale (la madre responsabile della malattia del

Miti delle istituzioni psichiatriche

è carente o quasi assente, e perciò tanto più essenziale per le funzioni minimali a cui ha comunque assolto, per esempio le cure fisiche; succede che il paziente resti legato alla manipolazione fisica da parte della madre, pur di usufruire della modesta qualità psichica dell'intervento. Altre volte l'oggetto è molto presente ma poco trasformativo, si è installato nella mente del soggetto stabilendo un imprinting originario, per cui egli si sente quello che è, solo se funziona in quel modo, dettato dalla presenza dell'oggetto; un modo che non trasforma la sua esperienza, ma vi si sovrappone e permane come un Dio visibile. Occorre riconoscere l'essenzialità per il paziente di essere in contatto con un oggetto trasformativo e anche l'imponenza dell'oggetto presente in lui.

Che fare allora? Si può contrastare o modificare l'ombra dell'oggetto? Si può esserne consapevoli come curanti e tentare, nello stabilire il rapporto con il paziente e nel costituirsi come nuovi oggetti trasformativi, di immedesimarsi nell'ambiente mentale in cui vive e convivere anche noi con quell'ombra, pensando di mettervi accanto la nostra, più modesta e più mobile. In genere l'atto stesso di riconoscere l'ombra dell'oggetto può tranquillizzare i curanti e sottrarli alla logica degli schieramenti (con il paziente contro i genitori).

Tale riconoscimento può avvenire non sulla base di una neutralità impossibile, di un essere al di sopra delle parti, e nemmeno sulla base della pura e semplice sostituzione del vecchio oggetto con oggetti nuovi, il che porterebbe alla ripetizione delle relazioni precedenti. Il riconoscimento può avvenire sulla base di una immedesimazione più ricca e completa con il mondo interno del paziente e con l'imponenza delle figure in esso presenti, che lo costituiscono e che non possiamo demolire. La nuova casa mentale di un Centro Diurno, ad esempio, può ospitare anche i gruppi dei genitori, come tentativo di ridurre l'ombra dell'oggetto e di far convivere personaggi diversi.

C. Neri (1993) propone un'ulteriore, possibile articolazione di questo discorso. Egli utilizza i concetti di campo e di fantasia transgenerazionale come miti ed eventi emotivi presenti, ma non fatti propri e personalizzati dal soggetto, come zone oscure ed elementi di rigidità del Sé, strutture in cui il personale e il familiare sono addensati e non distinti. Osserva che spesso il paziente ha necessità di affrancarsi dal campo per lasciare emergere ciò che è individuale e nel contempo necessita di preservare il corpo per tenere insieme se stesso e l'unione con le persone prossime.

Neri studia quest'area indistinta presente nel paziente (che si richiama ai fattori ego-alieni di

un'identità negativa, basata su un rapporto d'oggetto narcisistico instaurato nei loro confronti da parte dei genitori. La Faimberg descrive il processo che riguarda pazienti che presentano un vuoto psichico, ma che rivelano poi di avere fatto propria, in una parte scissa, una storia che riguarda uno dei genitori, da cui sono stati intrusi. Sono pazienti vuoti, perché è presente la storia di un oggetto alienante che non si assenta mai, che ha intruso tirannicamente dentro di loro. Questo accade quando i genitori si appropriano narcisisticamente di ciò che trovano buono nel bambino e che quindi considerano parte di sé, di cui il bambino è spogliato e reso vuoto; e quando gli attribuiscono aspetti della propria storia che odiano, facendo consistere in questo la differenza da sé del bambino, che viene così riempito e intruso di una storia che non gli appartiene. In questi casi occorre fare spazio nella mente del paziente, riconoscergli qualcosa di personale di cui lo stesso terapeuta è ignorante e favorire un processo di disidentificazione da queste identificazioni alienanti inconse. Spesso un rapporto terapeutico a due è troppo stretto: lo spazio di una struttura intermedia, con la sua flessibilità, le sue risorse favorevoli all'appartarsi e alla segretezza, la varietà delle stesse vicende transferali possibili (ad esempio con i mutevoli e precari tirocinanti) offre quegli spazi di personalizzazione, che consentono di emergere da questo stato di "troppo vuoto-troppo pieno".

J. Cooren (1993) parla delle difficoltà che si incontrano a fare emergere aspetti personali nella relazione psicoterapeutica, proprio perché è stata spazzata via parte dello spazio atto a descriverli e a dar loro voce, come invece ora può fare Papillon, rappresentando nel sogno l'intenzione assassina dell'oggetto, prima impensabile. Cooren parla di *emprise incestueuse*, cioè della situazione di presa di possesso mentale del bambino da parte di un genitore, in cui l'esercizio del potere parentale appare smisurato, abusivo, totalitario, comportante un avvicinamento esclusivo e permanente, mentale e fisico, qualunque sia il sesso del bambino. Ciò determina nella psiche infantile l'iscrizione di una traccia di assassinio, che occorre decifrare come forza che tende a far scomparire la rappresentabilità stessa, e quindi la vita della mente.

Ci sono persone poi, il cui **mondo interno è dotato di fragili confini**: chiunque vi può entrare e uscire, approfittando dell'estrema vulnerabilità al rapporto con gli altri, rimediabile spesso solo con il ritiro in casa allo scopo di evitare ogni contatto. Talvolta queste persone rivelano insospettite qualità e ricchezze interiori, che tuttavia possono conservare solo chiudendosi in una specie di forziere,

Miti delle istituzioni psichiatriche

Ciò è illustrato dal caso di un paziente che partecipa a una struttura intermedia. Arnaldo, buon musicista, figlio di una cantante lirica tipo “Regina della notte” del *Flauto Magico*, riesce a tenersi insieme, raccogliendo successi e riconoscimenti, ma poi all’improvviso si scioglie in una dispersione totale del sé: trema come una gelatina, sbava, vacilla, balbetta. È tenuto insieme dallo sguardo della madre: lontano da questo si disfa, a meno che riesca a sostituirlo, come tenta di fare, con il Buddismo, che è la religione della madre. Un’impresa di Sisifo², fatta e disfatta mille volte.

Un’altra paziente, commentando un sequestro di persona, dichiara che se lei si trovasse sequestrata, sarebbe preoccupata di non avere con sé la crema idratante, per il fatto che ha la pelle fragile, che si taglia e si screpola facilmente. Si rende conto dell’assurdità di questa preoccupazione, apparentemente irrilevante in una situazione così drammatica. Il fatto è che si tratta di una persona che viene sequestrata mentalmente da forti *imago* persecutorie e che con grande fatica si è costruita una pelle contenitiva degli aspetti peculiari del sé: se questa si frantumasse, provocherebbe la dispersione del nucleo della personalità. Didier Anzieu (1985) è l’autore che ha approfondito la funzione dell’Io-pelle, come funzione mentale del contenitore del nucleo del sé, che è sia una barriera di confine e di differenziazione dall’altro, sia uno schermo di iscrizione degli stimoli, delle sensazioni e comunicazioni che vengono dal mondo esterno al sé, desiderate, attese, temute, godute.

Una struttura istituzionale può fornire uno spazio mentale nel quale siano presenti oggetti trasformativi, che tollerino l’ombra dell’oggetto e che allo stesso tempo garantiscano la solidità dello spazio, rispetto ai rischi frequenti di scosse di terremoto da parte dell’oggetto. È un po’ come costruire una casa sulla faglia di Sant’Andrea, sapendo che le scosse accadono, preparandosi e sperando che quella catastrofica non arrivi mai.

Per quanto riguarda il lavoro, una delle strutture di un Servizio Psichiatrico (Ambulatorio, Centro Diurno, Comunità, Gruppi di socializzazione e di psicoterapia) può essere sufficientemente mobile ed elastica da consentire un lavoro psichico: per questo è opportuno proporre un programma differenziato per ogni paziente, che sia concordato e rimesso a punto ogni volta con lui. In questa elasticità e personalizzazione della partecipazione c’è l’intento di fare con il paziente un lavoro che gli permetta l’esperienza di un movimento psichico interno, al fine di emergere da strutture mentali

Miti delle istituzioni psichiatriche

coanalitica, attente cioè al lavoro psichico, siano più opportune. “Istituzione” non è rinuncia alla vita psichica, ma forme possibili di animare il deserto della mente. Alcuni casi di bulimia e depersonalizzazione, incontrati di recente nelle istituzioni, mi sembrano esemplificativi di una condizione catastrofica di staticità e di movimento apparente nel rapporto con l’altro da sé, e necessitanti quindi un approccio relazionale. In entrambe le situazioni (bulimia e depersonalizzazione) l’altro da sé appare troppo estraneo e troppo familiare, estraneo al nucleo autentico del sé al punto da doverlo vomitare fuori o da allontanarlo a distanze planetarie fino a diventare extraterrestri, oppure spasmodicamente mancante e quindi da ricercare avidamente in una frenetica attività, per poi di nuovo evitare questo altro febbrilmente cercato, chiudendosi in una falsa e illusoria pienezza di sé.

Rientra in questa concettualizzazione di “istituzione” della mente un paziente, Marcello, chiuso in casa, schizofrenico paranoide, che ha angosce persecutorie ad andare in giro perché teme di essere aggredito dai fascisti e che viene avvicinato con visite domiciliari da uno psicologo che gli propone di ‘scortarlo’. La proposta ha successo e viene siglata dal regalo della madre al terapeuta: una pianta accompagnata dal biglietto: “Complimenti per il riuscito intervento”. Ansie, gioia, movimento, vengono irrigiditi nel rito istituzionale della pianta, che ribadisce la staticità, sia pure dotata di una piccola vita vegetativa. Dopo un certo tempo il paziente si muove, gettando oggetti dalla finestra. Viene ricoverato e si muove ancora, in modo incoerente e folle: opera degli strappi negli abiti, cammina nel corridoio, fa i bisogni in giro, adotta un comportamento agitato e poco istituzionale.

Questo caso mi permette di parlare più in generale degli aspetti istituzionali della mente dei pazienti gravi: organizzazioni statiche e ripetitive, spesso mortifere o vegetative, ma che forniscono loro un elemento importante per la sopravvivenza: un minimo di stabilità che si presenta nella forma della staticità. Allora le istituzioni psichiatriche tendono a rispondere a questo bisogno in modo adattativo e speculare, offrendo mura, sicurezze, riti che si ripetono, poco movimento. Eppure questi elementi sono essenziali per la sopravvivenza psicofisica dei pazienti: vediamo che quando si animano ed esprimono movimenti psichici, si disgregano, come nel caso di Marcello, oppure trasformano l’esigenza di vita mentale in una di frenesia alimentare o motoria, come bulimici e anoressici.

I due elementi, esigenza di stabilità e di vitalità interiore, si confrontano e si contrastano: l’istituzione, prima di essere costruita fuori nel sociale, è presente nell’assetto mentale del paziente,

Rispetto a questo modo di pensare il paziente grave, scisso internamente tra una parte istituzionale che ne garantisce la sopravvivenza e una parte embrionale viva che i “fascisti” possono uccidere, il pensiero psicoanalitico può offrire uno strumento particolarmente prezioso, che gli è peculiare e che, a prima vista, appare estraneo ai riti e alle necessità quotidiane dell’istituzione: il setting.

L’uso duttile e fermo del **setting** costituisce un elemento importante e terapeutico del lavoro istituzionale. Intendo parlare di significato concettuale del setting, che nel lavoro psicoanalitico si declina in modalità particolari che gli sono specifiche e che non ha senso trasferire come tali in altri contesti. Il significato del setting consiste nell’approntare un modo di mettersi in relazione con il paziente che presenti alcune caratteristiche fondamentali.

In primo luogo un quadro stabile ed esplicitato nel quale avvengono gli incontri, sottratto alla casualità e arbitrarietà degli impegni dei curanti o ai dettami di una scienza che avrebbe sede altrove. Il quadro terapeutico fornisce un elemento di stabilità e sicurezza, su cui la parte istituzionale del paziente può poggiare, e lo scenario mentale nel quale possono avvenire vicende che danno significato e struttura ai movimenti psichici. Il setting va inteso come spazio-tempo con funzioni significative, che consente quel minimo di stabilità e di movimento favorevole alla manifestazione ed espressione di embrioni di vita psichica. È un modo di pensare e organizzare il lavoro istituzionale attento a costruire spazi di pensabilità, più che soluzioni e risposte a singoli problemi del paziente. Queste verrebbero inglobate nel sistema non funzionante, costituito dalla scissione tra staticità e fermenti frenetici senza significanti e significati. Non è facile resistere alla tentazione di dare ‘risposte, intese come presupposte soluzioni finali di singoli problemi del paziente, piuttosto che fornire uno spazio significativo, un teatro in cui la mente possa prendere alcune forme, senza correre il rischio di disgregarsi e di perder la parte che dava sicurezza e stabilità.

Questo **setting come scenario della pensabilità** può essere fornito attraverso le varie forme del lavoro istituzionale: colloqui, ricoveri, accompagnamenti, attività espressive, necessità della vita quotidiana. La lezione psicoanalitica del setting, utilizzata al di fuori dell’analisi con il lettino, invita a vedere nelle varie attività di contatto con il paziente uno degli elementi di un teatro relazionale che gli fornisce sicurezza e significazione, più che cose.

In che modo ciò possa realizzarsi è insieme complesso e semplice: richiede l’attenzione alla

Miti delle istituzioni psichiatriche

me contenitore delle emozioni controtransferali dei terapeuti, da riportare in un altro setting, altrettanto essenziale. Questo è il setting del gruppo di lavoro, della riunione dei curanti che rimettono insieme gli spezzoni di vita psichica del paziente riflessi e dispersi nei vari incontri con loro, e che co-struiscono un altro teatro della pensabilità, distinto, ma comunicante, attraverso l'inconscio degli operatori, con quello del paziente.

L'aspetto rivolto a fornire al paziente socialità mi sembra connesso con l'esigenza di farlo uscire da una condizione di non esistenza o di arroccamento, mettendogli a disposizione strumenti per articolare un mondo interno embrionale con un mondo esterno vivibile.

Si tratta di lavorare per far emergere lo *spontaneous gesture* di Winnicott, che indica l'esistenza di un vero sé potenziale. Talvolta il lavoro non può essere di psicoterapia individuale, ma ambientale, attenta a non chiedere prestazioni, nemmeno prestazioni psicoterapeutiche; una psicoterapia ambientale che consenta l'emergere delle zone oscure e spontanee che sono state iperprotette difensivamente e che possono essere soppresse nel momento più disperato, cercando di ucciderle fisicamente con un tentativo di suicidio. Quando ciò accade, spesso l'atto protegge dal fantasma che tenta di affiorare, come dice Racamier (1992); mentre la psicoanalisi dovrebbe creare una condizione adatta a far emergere il fantasma e spezzoni di vita psichica. Il problema è riuscire a far crescere gesti spontanei invece che comportamenti anche ottimali ma telecomandati, situazione di cui molti pazienti si lamentano, perché il loro desiderio si trasforma subito in un telecomando con frasi programmate che poi non riescono a dire e a eseguire, proprio per la mancanza di contatto con il vero sé.

Questo ci riporta a prestare attenzione alla qualità della risposta da dare a ogni paziente. La psicoanalisi postfreudiana, soprattutto con Bion e Winnicott e Gaddini, ha studiato l'importanza della qualità della relazione di base, cioè della modalità con la quale l'oggetto accoglie, riconosce, elabora, le sensazioni ed emozioni del soggetto che, se avverte che il proprio progetto vitale non ha possibilità di evolversi, può utilizzare difese di attacco all'altro, sia come termine di un rapporto duale, sia come terzo che minaccia di annientamento il senso di Sé. La qualità della risposta si riferisce alle caratteristiche essenziali che consentono a un soggetto di sopravvivere, attraverso riconoscimento dell'identità e accoglimento delle proiezioni e delle angosce non persecutoriamente rigettate indie-

un bel ragazzo, ma vive chiuso in casa con il vecchio padre e il cane, con i quali dorme, e pertanto porta sul volto il colore della luna. Che dire? Sostenere il narcisismo e accettare il rapporto seduttivo, dicendogli che è bello? Tenersi a un setting rigido, dicendogli che non si tratta di un problema terapeutico? Dirgli, interpretando selvaggiamente, che sente la mancanza della mamma, che gli è morta a quattro anni? Prendere un strada tangenziale, dicendogli 'abbastanza'? Oppure cercare un'altra risposta, quella che non ha avuto, cioè quella fornita da un oggetto trasformativo, e quindi offrirgli la possibilità di fruire di questa funzione, piuttosto che di una cosa (lavoro-soldi -attività sociale)? Come fare a trovare la qualità della risposta che ha un valore trasformativo ed evolutivo? Parlando del paziente nel gruppo dei curanti, evocando, passando in rassegna le risposte seduttive e colpevolizzanti e cercando quelle a maggiore tasso mutativo, mantenendo, grazie al gruppo, un'apertura di mente al lavoro.

È la consapevolezza della responsabilità relativa alla qualità della risposta a costituire la funzione specifica dei curanti, nonostante la storia disastrosa del paziente e l'influenza patologica dei parenti. Questo è il terreno dei curanti, terreno che deve essere coltivato da un adeguato equipaggiamento teorico. Diversamente, è sopraffatto dalla gravità della storia del paziente e del contesto ambientale. Questo è il nostro specifico e la nostra responsabilità: la qualità della risposta.

Di Chiara (1994), nella Relazione che ha inaugurato l'anno scientifico 1994/95 del Centro Milanese di Psicoanalisi (*La distruttività come "sindrome psicosociale"*) approfondisce questa tematica, osservando che la condizione mentale di base dell'animale uomo è più ricca di plasticità che di istinto in senso etologico, e lo rende quindi disponibile a comportamenti diversi e variabili, fortemente indirizzati da elementi culturali, che attivano e sfruttano i mezzi presenti nell'uomo, dalla capacità muscolare aggressiva alla capacità di obbedienza; "Questa plasticità è il punto di forza e di debolezza insieme, perché può curvare l'evoluzione in direzioni diverse" (p. 8).

Con la consapevolezza del valore-limite della qualità della risposta, che va elaborata in contesti gruppalì, per sfuggire al corto-circuito psicotico delle proiezioni senza elaborazione, di quell'eccesso di chiarezza di cui parla Meltzer, che rende invisibili gli altri oggetti e le loro piccole ombre, e con gli strumenti forniti da strutture istituzionali elastiche e differenziate, possiamo offrire ai pazienti uno spazio mentale solido e ampio e un movimento emotivo, alla ricerca di una condi-

Note

1. “Sin dal mio ottavo anno di vita, in me si era stabilizzato quell’atteggiamento psicologico che sarebbe rimasto mio per tutta la vita. Infatti, ogni volta che i miei slanci istintivi, di qualsiasi natura fossero, si infrangevano contro il muro della realtà, ritrovavo la pace e la felicità salendo sull’albero delle stelle, cioè rifugiandomi nelle sublimazioni intellettuali” (*Cinq Cahiers*, I, p. 271, citato da Bertin C., 1982).
2. “Questo universo, ormai senza padrone, non gli appare né sterile né futile. Ogni granello di quella pietra, ogni bagliore minerale di quella montagna, aumentata di notte, formano, da soli, un mondo. Anche la lotta verso la cima basta a riempire il cuore di un uomo. Bisogna immaginare un Sisifo felice” (Camus 1942).

Bibliografia

- ANZIEU, D. (1985) *L’io-pelle*. Borla, Roma 1987.
- BERTIN, C. (1982) *L’ultima Bonaparte*. Centro Scientifico Torinese, Torino 1984.
- BION, W. (1962) *Apprendere dall’esperienza*. Armando, Roma 1972.
- BOLLAS, C. (1987) *L’ombra dell’oggetto*. Borla, Roma 1989.
- CAMUS, A. (1942), *Il mito di Sisifo*. Bompiani, Milano 1964.
- COOREN, J. (1993) *Emprise incestueuse et irréprésentable*. Letto al Colloquio italo-francese di Napoli della S.P.L e della S.P.P.
- DI CHIARA, G. (1994) *La distruttività come “sindrome psicosociale”*. Letto all’inaugurazione dell’Anno Scientifico del Centro Milanese di Psicoanalisi.
- FERRUTA, A., GALLI, T., LOIACONO, N. (a cura di) (1994) *Uno Spazio Condiviso*. Borla, Roma.
- GADDINI, E. (1989). *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M., BARANES, J.J. (1993) *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma 1995.
- MELTZER, D. (1973) *La comprensione della bellezza*. Loescher, Torino 1981.
- NERI, C. (1993) Campo e fantasie transgenerazionali. *Rivista di Psicoanalisi*, 39, 1, 43-64.

Riassunto

Il lavoro propone la lettura di alcuni obiettivi (casa, lavoro, rapporti sociali), ricorrenti nel lavoro terapeutico nelle istituzioni psichiatriche per pazienti gravi, come strutture miti che, che condensano significati emotivi fondamentali e complessi. L'Autore approfondisce la natura inconscia e strutturante del bisogno di uno spazio mentale personale e di un lavoro psichico, come movimento interiore che non intacchi la stabilità del sé. Attraverso una riflessione sulla lezione psicoanalitica del setting, indica i modi attraverso cui è possibile costruire capacità relazionali, nel rapporto con il paziente e all'interno del gruppo di lavoro dei curanti.

Summary

This paper deals with some aims of the psychiatric work with seriously disturbed patients (house, job, relationships): these can be regarded as myths, that is a condensation of emotional complexes and basic meanings. The Author examines the unconscious and generative quality of the search for a personal mental space and for a psychic work, as an interior movement not threatening the self. Analytical setting teaches a lot about the ways of creating abilities for relationships, in therapy and in discussion's groups.

ANNA FERRUTA
viale Bianca Maria, 5
20122 Milano

NOTE

MARIA LUCIA MASCAGNI

Studiare Winnicott. Appunti in margine a *Esplorazioni psicoanalitiche*

Nell'ambito della letteratura psicoanalitica la pubblicazione dei lavori inediti di Winnicott costituisce fin dalla sua morte un problema aperto e finora, a mio parere, malamente affrontato. Se si prescindere dalle opere uscite postume, ma già predisposte dall'autore, come lo stesso *Gioco e realtà* (1971), *Frammento di un'analisi* (1978)¹ e *Piggle* (1977), i volumi in cui in seguito i suoi curatori - la moglie Clare, Ray Shepherd e Madeleine Davis - hanno man mano raccolto gli altri scritti sono di solito poco soddisfacenti per lo studioso, non in relazione alla qualità del materiale, quasi sempre interessante, ma per la mancanza di un criterio scientifico che organizzi con coerenza l'insieme delle pubblicazioni.

I lavori non sono presentati né in base a un ordine cronologico, né propriamente in base a un ordine tematico, e spesso i nuovi libri accolgono con sorprendente disinvoltura saggi già contenuti in quelli precedenti².

Eppure dietro questa apparente incuria c'è stato un progetto che viene infine esplicitato nell'introduzione ad *Esplorazioni psicoanalitiche* (1989). Shepherd e Davis (Clare Winnicott morì prima che il lavoro fosse concluso) riferiscono di avere stabilito, dopo la morte di Winnicott, di suddividere il centinaio di manoscritti da lui lasciati e i saggi editi su riviste o antologie, in volumi il cui indice sarebbe stato determinato dal pubblico cui erano destinati: "abbiamo deciso che il criterio di raccolta sarebbe stato l'uditorio per il quale erano stati pensati" (p. 5). Un criterio assai discutibile e in realtà neanche facile da applicare con un autore come Winnicott, non solo per la varietà e disomogeneità dei suoi uditorii, ma assai di più per la qualità peculiare del suo pensiero e della sua scrittura che si costruisce in uno spazio mentale e comunicativo estremamente mobile e libero, tale da farci comprendere quanto profonde siano state le ragioni che hanno fatto di lui lo scopritore e il teorico dello "spazio potenziale."

cazione per un simposio di psicoanalisi). Ossia a tutti i potenziali lettori di tutti i libri di Winnicott. Se d'altra parte guardiamo ai contenuti del libro, mentre il testo scritto per gli analisti non contiene novità rilevanti³, il lavoro "Il neonato e la madre", pensato per un pubblico di pediatri e neuropsichiatri infantili, è prezioso per gli studiosi di Winnicott. Intanto c'è una pagina molto illuminante sul concetto della "continuità dell'essere", sul modo in cui l'autore concepisce il cerchio come potenziale forma rappresentativa dell'esperienza di sé, sul dolore mentale e sulla scissione della personalità (Winnicott 1964, 42). Inoltre qui Winnicott parla per la prima volta di Piggie, che al tempo di questa conferenza cominciava la sua analisi⁴. È infine da questo lavoro che apprendiamo la morte per suicidio della paziente del sogno della ghiaia, presentata per la prima volta in "Ricordi della nascita, trauma della nascita ed angoscia" (1949), uno dei grandi saggi di *Dalla pediatria alla psicoanalisi*.

Concepire ciascun libro come un'antologia tematica del tutto indipendente dagli altri volumi e probabilmente destinata a lettori differenti non ha reso un buon servizio a Winnicott e ci ha privato di quel corredo di note, rimandi, informazioni che accompagnano una buona edizione di un'*opera omnia*⁵. E invece uno studio di Winnicott basato sul confronto puntuale dei suoi testi è fondamentale per una comprensione critica del suo pensiero tanto spesso frainteso e banalizzato. Del resto l'analista che ci ha dato forse la lettura più sottile e illuminante di alcuni aspetti della teoria di Winnicott, Pontalis, ha lavorato proprio sulla collazione dei testi⁶.

È comprensibile, tuttavia, che poiché Winnicott non aveva creato intorno a sé una scuola, Clare Winnicott sentisse l'esigenza di fare conoscere i suoi scritti inediti in tempi più brevi di quelli che avrebbe comportato un progetto editoriale più vicino al modello dell'edizione critica. Ora non ci resta che sperare che, quando sarà possibile pubblicare gli appunti clinici di Winnicott, chi se ne occuperà ci dia un lavoro più accurato.

Esplorazioni psicoanalitiche. Winnicott e gli altri

Ma già *Esplorazioni psicoanalitiche* è curato meglio degli altri libri. Esso è stato progettato "per gli psicoanalisti e gli psicoterapeuti" (p. 5), in conformità al criterio che sappiamo. È diviso in quattro parti: "Psicoanalisi: teoria e pratica", "Psicoterapia psicoanalitica di bambini e adolescenti", "Il

Questa conferenza, nota ai lettori italiani forse quasi solo per il capitoletto che le dedicò M. Little (1990, 92-94) nel racconto della propria analisi con Winnicott, costituisce davvero un'ottima introduzione di Winnicott a se stesso. Vediamone l'inizio, dove egli affronta il problema della relazione fra il suo pensiero e quello degli altri autori psicoanalitici e le ragioni dello scarso spazio destinato nei suoi scritti alla discussione delle teorie altrui. "A mano a mano che il tempo passa, mi rendo sempre più conto di tutte le cose che ho perso per non aver messo in relazione come si deve il mio lavoro con il lavoro degli altri. Non è solo seccante per gli altri, è anche una maleducazione: e il risultato è stato che ciò che ho detto è rimasto isolato e chi vuole arrivarci deve fare un sacco di lavoro" (p. 605). Riandando alle origini della propria teoria Winnicott rintraccia la continuità che lega all'analisi con Strachey i suoi scritti principali: essi sono "la continuazione" di una serie di sogni, fatti durante l'analisi e poi dimenticati. "Sapevo che questi sogni erano differenti dagli altri. Non erano per l'analisi, erano come un consolidamento del lavoro fatto. E io ho sempre detto che se fossi partito all'inizio avrei scritto questi sogni per poi un giorno riunirli insieme, ma naturalmente non l'ho mai fatto. Se uno cominciasse a farlo, non sognerebbe mai. Così, alla fine dell'analisi, tutto questo diventa una cosa che sentiamo di dover scrivere e la cosa sorprendente è che si trova gente che ci ascolta. È quasi una compulsione, e se solo sapessi farlo bene sarebbe un'opportunità meravigliosa" (*ibidem*).

Se questo territorio così prossimo allo spazio del sogno è quello degli scritti di Winnicott e, secondo lui, di tutta la teoria psicoanalitica, non è sorprendente che il pensiero degli altri autori, poco presente nel momento dell'elaborazione teorica, riceva tuttavia accoglienza in spazi ancora più privati, come quello del sogno vero e proprio. È così che Winnicott può fare un sogno "al posto" di Jung (Parte prima, pp.250-252), dopo aver scritto un'appassionata recensione di *Ricordi, sogni, riflessioni* (Parte terza, pp. 508-519)⁷.

Chi si accingesse a uno studio, che sarebbe di grande utilità euristica, sulla relazione del pensiero di Winnicott con la letteratura psicoanalitica, dovrebbe tener conto anche di questo tipo di materiale che testimonia il modo molto personale che aveva Winnicott di occuparsi delle idee degli altri⁸.

In *Esplorazioni psicoanalitiche* l'interesse di Winnicott per i libri degli altri è documentato in particolare dalla terza parte (pp. 409-542). Essa raccoglie principalmente recensioni, ma ospita an-

Klein: considerazioni preliminari”, datato 16 luglio 1962. I curatori ci danno l’informazione curiosa che sarebbe stato scritto “la sera tardi” [!] e non più rivisto, ma il lavoro è di grande interesse sia per il materiale clinico, sia per la discussione del concetto di invidia della Klein, sia per la storia del concetto di invidia dello stesso Winnicott. Sappiamo dal quinto capitolo di *Gioco e realtà*, che riprende con una lunga introduzione un saggio fondamentale del ‘66, a quali conclusioni Winnicott arrivò su questo punto. Sono le pagine della teoria degli elementi “femminile” e “maschile” che fanno parte della formazione dell’identità di tutti gli esseri umani. Winnicott associa “il puro elemento femminile” all’esperienza di “essere” e alla capacità della madre di offrire al bambino un seno che “è” (piuttosto che un seno che “fa”), ossia di consentirgli di “essere” il seno e di “crearlo”. Quando la madre fallisce in tale compito, la conseguenza non è l’insorgere dell’invidia, ma una mutilazione dell’identità del bambino. “L’invidia è un termine che può diventare applicabile nell’esperienza di un mancare esasperante [le parole di Winnicott sono: *tantalizing failure*] del seno come qualcosa che È” (Winnicott 1971, 146). Come si ricorderà Winnicott era partito dalla scoperta di un’invidia del pene in un suo paziente maschio adulto. Le carenze della relazione madre-bambino non avevano reso questo paziente “invidioso”, ma avevano provocato una dissociazione quasi completa tra l’elemento maschile della sua personalità e quello femminile. (Tornerò a questo paziente più avanti, a proposito del nuovo materiale che *Esplorazioni psicoanalitiche* offre sulla sua analisi).

Se il lavoro del ’62 non ha la coerenza del capitolo di *Gioco e realtà*, contiene però una riflessione molto più ampia e variegata sull’invidia. Già nella recensione a *Invidia e gratitudine* Winnicott aveva criticato la connessione stabilita dalla Klein fra invidia e sadismo orale e aveva affermato la priorità, in termini evolutivi, di quest’ultimo, che precede la fusione degli istinti, rispetto all’invidia, che richiede un certo grado di organizzazione dell’Io. In “Un apprezzamento e una critica alla definizione di invidia secondo la Klein”, Winnicott riconosce alla Klein il merito di avere studiato l’invidia separatamente dal caso particolare dell’invidia del pene e di avere richiamato l’attenzione su quelle fasi della relazione analitica in cui i pazienti manifestano nel transfert l’“invidia del seno buono”. Tutto ciò condurrebbe alla “questione [...] della capacità dell’analista di adattarsi ai bisogni del paziente” (p. 473) e, in prospettiva, a quella della dipendenza originaria del bambino dalla madre; ma la Klein ha mancato di affrontarle entrambe.

termini soddisfacenti, non avrebbe mai saputo quanto le faceva rabbia dover dipendere dal compito nutritivo di sua madre o del seno. Da parte di sua madre, comunque, c'era questa tendenza a rimanere aggrappata al suo ruolo: per questo motivo lei si è reso conto dell'enorme bisogno di essere libero che ha dominato gran parte della sua vita. Ma al di là di questo c'è la sua rabbia rispetto a sua madre o rispetto al seno buono proprio per il fatto che le sono necessari” (p. 475).

Winnicott dice di essersi accorto che, dando questa interpretazione, aveva in mente “qualcosa che corrisponde quasi del tutto al concetto kleiniano dell'invidia del bambino per il seno buono” e ribadisce che in molti casi “è probabile che il bambino non arrivi mai a conoscere quella che Melanie Klein chiama ‘invidia del seno buono’ e che io chiamo *intolleranza alla necessità di una ripresentazione esterna di ciò che è originariamente avvertito come parte del Sé*” (*ibidem*; il corsivo è mio). E più oltre: “Nei casi che incontriamo in analisi, si può supporre che ci sia stata una situazione tormentosa [lo stesso termine *tantalizing* del passo di *Gioco e realtà* che ho citato sopra] in cui il maternage era talvolta sufficientemente e talvolta non sufficientemente buono, cosicché il bambino sapeva dell'esistenza di un seno buono, ma non poteva averlo se non sotto forma di una pressione che veniva a distruggere la continuità del Sé. [...] Qui abbiamo il paradosso di un seno buono che è anche un persecutore [...]. Appare così l'aggressività direna contro l'oggetto buono, ma è un'aggressività reattiva, non l'aggressività del primitivo impulso libidico che rappresenta una conquista, una fusione di erotismo muscolare e di orgia sensoriale delle zone erogene” (p. 478).

Questa possibilità di trasformazione del seno buono in persecutore (tema altrove affrontato in relazione alla situazione analitica e ben noto ai lettori di *Dalla pediatria alla psicoanalisi* per lo “stato di persecuzione” temporaneamente associato al conseguimento dell'integrazione nell'“*I am*”) è interessante anche perché consente altri confronti nella letteratura psicoanalitica. Sto pensando alla riflessione condotta sulle origini dell'invidia rispettivamente da Eugenio Gaddini (1969, 164 e NdC 12) e da Frances Tustin (1981, 101). Entrambi questi autori considerano l'invidia un affetto più evoluto, più “oggettuale” rispetto alla rivalità e per certi aspetti il loro concetto di “rivalità” richiama l'esperienza di persecuzione precoce descritta da Winnicott. I bambini autistici della Tustin, che a un certo punto diventano capaci di rappresentare i “rivali forieri di morte” da cui si sentono minacciati, sembrano in contatto con questa catastrofica trasformazione di un seno che diventa altro da sé

Il corpo: luogo della psiche

Il merito principale della Klein agli occhi di Winnicott - e qui torno a "*Winnicott on Winnicott*" - consiste nel fatto che, mentre Freud ci ha fatto conoscere "la realtà psichica interna, la fantasia e il sogno, [...] è stata lei a mettere in evidenza l'importanza di dare un posto a tutto quello che avviene tra il nutrirsi e la defecazione e che riguarda l'interno del corpo", ossia ha elaborato un modello teorico in grado di far comprendere come "il paziente o il bambino localizzi all'interno la fantasia" (p. 607)⁹. Giudizio controverso perché, precisa Winnicott, "A Melanie Klein non piaceva questo mio modo di mettere la cosa; gliene parlai e mi disse che non era giusto" (*ibidem*).

In effetti è possibile che la Klein non si riconoscesse in un lessico che è più winnicottiano che kleiniano; tuttavia è significativa la persuasione di Winnicott che, se la Klein non gli avesse insegnato proprio questa cosa circa la relazione tra mondo interno e "interno del corpo", egli non avrebbe mai potuto analizzare dei bambini. Penso che qui egli segnali un passaggio fondamentale per comprendere sia la continuità sia la novità del suo pensiero rispetto a quello kleiniano e credo che sarebbe stimolante accogliere il suo suggerimento e verificarlo tentando una rilettura della Klein in questa chiave.

Sappiamo quanta importanza abbia il corpo per Winnicott¹⁰. Nell'esperienza corporea (per esempio nei "primi movimenti compiuti nell'utero", Winnicott 1950, 42) affondano le radici della continuità dell'essere, qui sta l'origine della psiche che, come l'autore ripete spesso, altro non è se non "l'elaborazione immaginativa dell'esperienza somatica" (Winnicott 1949, 303). D'altra parte l'esperienza della trasformazione corporea durante la gravidanza contribuisce al formarsi della preoccupazione materna primaria e al bambino di prima infanzia "l'amore può essere mostrato solo in termini di cure fisiche, come nell'ultimo stadio prima della nascita non prematura" (Winnicott 1962b, 69)¹¹. Sia l'*holding*, sia, anche più palesemente, l'*handling* si esprimono in termini corporei, sebbene la loro efficacia risieda non nella perfezione delle cure fisiche, ma nelle qualità squisitamente psicologiche di un buon adattamento materno; se questo manca, *holding* e *handling* non solo risultano inadeguati, ma diventano "pressioni esterne" (Winnicott 1989, 75) che turbano lo sviluppo del bambino e interferiscono con l'*object presenting*, che è il terzo fondamentale compito delle cure materne.

naturale, può essere inizialmente definito “un’*elaborazione immaginativa* riguardante le funzioni corporee in relazione agli oggetti e all’angoscia” (p. 75).

Eppure l’insediamento della psiche nel soma (personalizzazione) è un punto d’arrivo nell’esperienza del bambino e può non essere mai pienamente raggiunto. Alla base del concetto c’è l’“lo corporeo” di Freud (1922), così reinterpretato: “Freud avrebbe potuto continuare e dire che, *in condizioni di sanità*, il Sé mantiene questa apparente identità con il corpo e con il suo funzionamento (l’intera, complessa teoria dell’introiezione e della proiezione, così come la concettualizzazione del termine ‘oggetto interno’, è uno sviluppo di questo tema)” (p. 131)¹². Sto citando da “*Psychosomatic illness in its positive and negative aspects*”, uno dei principali lavori di Winnicott che *Esplorazioni psicoanalitiche* ha il merito di raccogliere e che, grazie all’edizione di Cortina, abbiamo ora per la prima volta in traduzione italiana.

Quando la coesione psicosomatica non viene raggiunta l’esperienza dell’“io sono” ne risulta alterata. Sia il senso di esistere sia la vita istintuale sono danneggiati. Ciò ha a che fare con la fantasia e con la possibilità che il bambino la “localizzi all’interno”, come diceva Winnicott a proposito della Klein.

Prendiamo un esempio da un breve scritto del ‘39: “una bambina se ne sta sdraiata a succhiarsi il pollice e a pensare, quando arriva qualcuno che le toglie il pollice dalla bocca; e lei deve imparare a pensare *senza* l’accompagnamento orgastico che sarebbe naturale” (p. 31). Poiché la personalizzazione è possibile solo se la madre è in grado di capire ed accettare che mente e corpo del bambino sono “un’unità” nel tempo in cui ancora il bambino non ne sa nulla, anche l’analista ha un compito analogo. In un appunto senza data leggiamo: “Ho imparato di recente ad adottare la procedura che segue nella pratica analitica. Quando viene alla luce la fantasia rappresentata nel materiale di transfert, io mi chiedo: in cosa consiste e quando si verifica il funzionamento orgastico che accompagna questa fantasia? E, *per contro*, quando nella situazione analitica si manifesta un funzionamento orgastico corporeo io mi chiedo: quale materiale fantastico mi sta mostrando il paziente con questo funzionamento?” (p. 37)¹³.

Se l’ambiente interferisce con il processo che porterebbe alla coesione psicosomatica del bambino, è probabile che la capacità di pensare di quest’ultimo si orienti ad assumere le funzioni delle

psicosomatica. Il fallimento, come è noto, si verifica nell'area del paradosso e dell'"accettazione del paradosso" che consente al bambino di creare l'oggetto che trova, e di distruggere l'oggetto per trovarlo. Winnicott pone qui, nel luogo in cui l'oggetto distrutto sopravvive e può essere riconosciuto e amato, e d'ora in poi anche usato, l'origine della fantasia vera e propria, alla quale ha senso attribuire la qualità di "inconscia" o di "rimossa". Pone qui anche il punto di divaricazione tra il suo pensiero e la teoria "ortodossa". Rileggiamo un passo da "L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni" (1968), che i curatori riproducono in *Esplorazioni psicoanalitiche* insieme ad altre pagine sullo stesso tema, comprese le risposte dell'autore durante la discussione del saggio: "è la distruzione dell'oggetto che pone l'oggetto fuori dell'area del controllo onnipotente del soggetto [...] il soggetto può ora cominciare a vivere una vita nel mondo degli oggetti, [...] ma il prezzo da pagare sta nell'accettare la continua distruzione, nella fantasia inconscia, relativa all'entrare in rapporto con l'oggetto. [...] una volta raggiunto questo stadio, i meccanismi proiettivi aiutano a notare quello che c'è ma non sono la ragione per cui l'oggetto c'è. Secondo me, questo diverge dalla teoria psicoanalitica ortodossa, che tende a vedere la realtà esterna solo in termini di meccanismi proiettivi dell'individuo" (p. 245).

Se dunque si può considerare la fantasia (non diversamente dall'acquisita consapevolezza della realtà esterna) il frutto della relazione madre-bambino e del compimento della scoperta dell'oggetto, credo si possa dire che il "fantasticare" resta assai più vicino all'esperienza corporea primitiva. Le radici della fantasia sono in un'esperienza che all'origine è mentale solo per la madre, ma in seguito la fantasia ha una libertà di movimento sempre più vasta e può prescindere dal corpo, pur facendo per sempre implicitamente conto su un sé corporeo in cui risiedere. Il "fantasticare" si appoggia all'utilizzazione della facoltà mentale per eccellenza, il pensiero, ma in realtà rimanda al corpo, sta al posto di un'esperienza corporea precoce, in coerenza col fatto che il pensiero stesso ha preso il posto del corpo nel processo di insediamento della psiche. Il "fantasticare" non ha un luogo in cui abitare come non ha un tempo in cui svolgersi e trasformarsi, è senza tempo e senza spazio, e se riesce ad attribuirsi uno si tratta di uno spazio scisso e improprio, come quello della testa in quanto sede del cervello¹⁵.

Rispetto a una tale scissione la malattia psicosomatica contiene un elemento positivo (pp. 131-

ro del '70 intitolato "Le basi di sé nel corpo" (pp. 284-287). Iiro aveva subito un gran numero di interventi chirurgici per una sindattilia. Egli era in grado di collaborare con i medici e di accettare il bisogno della madre di normalizzarlo, purché non venisse scalfito il suo vissuto primario di essere amato per quello che era e che dunque fosse normale essere com'era¹⁶.

Ambiente facilitante e situazione analitica

Così come la felice esperienza della "distruzione dell'oggetto" non ha nulla a che fare con l'aggressività intesa in senso classico, il suo fallimento non suscita né aggressività né angoscia. Il vissuto è invece quello delle agonie primarie. Angoscia "qui non è un termine abbastanza forte" (p. 108) e se lo si usa è indispensabile farlo accompagnare dall'aggettivo "impensabile" (*unthinkable anxiety*). Questa non pensabilità di un dramma preoggettuale giustifica in chi l'ha subito l'incapacità di rappresentarselo e di collocarlo nel tempo e la tendenza, poiché si tratta di qualcosa che deve ancora essere incontrato, ad aspettarsi "un crollo dell'unità del Sé" nel futuro. Sto facendo riferimento a "Fear of breakdown", un lavoro attribuito dai curatori al '63, conoscitissimo (e molto citato anche nella letteratura psicoanalitica italiana) per l'edizione postuma del 1974. La sua presenza in *Esplorazioni psicoanalitiche* fa sì che ne abbiamo ora la prima traduzione italiana.

C'è un punto dell'analisi in cui occorre dire al paziente che il crollo che egli teme "è già avvenuto" (p. 109); è il momento in cui il paziente è pronto a prendere contatto con l'agonia primaria (rispetto alla quale non c'era a suo tempo un Io in grado di organizzare delle difese), utilizzando sia la "dipendenza dall'Io ausiliario dell'analista" (p. 113), sia, all'interno di questa, gli errori dell'analista (p. 109). Così "poco a poco il paziente riunisce il fallimento originale dell'ambiente facilitante nell'area dell'onnipotenza, all'esperienza di onnipotenza che appartiene allo stato di dipendenza (l'evento transferale)" (*ibidem*, p. 109; vedi anche Winnicott 1962a, pp. 325-337); il che può corrispondere a "ricominciare" i processi integrativi dalla "non-esistenza" e dal "vuoto" degli inizi.

Torniamo al paziente di *Gioco e realtà* cui ho accennato sopra a proposito del problema dell'origine dell'invidia. Sull'analisi di questo paziente *Esplorazioni psicoanalitiche* ci offre nuovo materiale. Winnicott parla per la prima volta di lui in un lavoro del '59, quindi parecchi anni prima di imperniare sulla sua analisi il saggio "Sugli elementi scissi maschili e femminili negli uomini e

maschio” (pp. 65-66). (Per inciso si noti qui in che modo Winnicott collega qualità dell’*handling e* fantasia materna).

L’interpretazione più importante che Winnicott diede al suo paziente è quella riportata nel lavoro del ‘66, e forse è in assoluto la sua interpretazione più famosa. Egli disse: “Io sto ascoltando una ragazza. So perfettamente che lei è un uomo ma io sto ascoltando una ragazza, e sto parlando con una ragazza. Sto dicendo a questa ragazza: ‘Lei sta parlando di invidia del pene’” (p. 191). Alla luce del materiale che ora conosciamo (oltre a “Niente al centro”, pp. 63-66, si veda “Nota su un caso riguardante l’invidia”, pp. 93-96 e gli appunti di alcune sedute del ‘59 e del ‘63, pp. 205-210) questa interpretazione ci appare meno sorprendente, perché ci rendiamo conto che paziente e analista stavano lavorando da anni su un elemento femminile scisso. Nello stesso tempo si pone il problema del perché essa più delle precedenti si sia rivelata mutativa.

Come si ricorderà dopo aver dato questa interpretazione Winnicott aggiunse: “sono *io* che vedo la ragazza, e ascolto una ragazza che parla, mentre in realtà c’è un uomo sul mio divano. Il matto *sono io*”. E nel suo saggio commenta: “Questa follia che era mia lo mise in grado di vedersi come una ragazza *dalla mia posizioni*” (p. 192).

Rispondendo agli interventi che alcuni analisti scrissero su questo saggio, Winnicott precisa: “Il punto principale della mia comunicazione era [...] la necessità, che ritengo fondamentale, di trattare i fattori ambientali in termini di transfert¹⁷. Si potrebbe dire che il paziente era alla ricerca del tipo giusto di analista matto, e che per soddisfare i suoi bisogni io dovevo assumere proprio quel ruolo. Proprio questo particolare ho considerato la cosa più importante che avevo da dire, un problema di maneggiamento del transfert e della corrente di sentimenti controtransferali prodottasi nell’aver accettato il ruolo che mi era stato assegnato” (p. 211).

Tutto ciò implica una discussione del concetto di narcisismo. In un’altra risposta al medesimo dibattito Winnicott scrive: “Ho tentato di esporre la nuova teoria [...] in termini di oggetto soggettivo e di oggetto oggettivamente percepito; ho potuto così riesaminare [...] il potente effetto che sul bambino ancora immaturo ha l’atteggiamento della madre, quindi dei genitori, circa l’adattamento al bisogno. In altre parole, mi sono trovato a riesaminare il movimento verso il principio di realtà a partire da... che cosa? Non mi sono mai sentito soddisfatto dall’uso del termine ‘narcisistico’ per de-

frontarsi con l'oggetto, la presenza dell'analista, il suo silenzio e le sue parole hanno un significato ben diverso che in un'analisi classica. Sono troppo note le opinioni di Winnicott a questo proposito e d'altra parte l'argomento è troppo vasto perché sia il caso di affrontarlo qui. Approfondirlo implicherebbe anche una considerazione della letteratura psicoanalitica più recente che è molto attenta a tali problemi. Si ricorderà comunque come Winnicott tenesse a distinguere tra interpretazioni e "personale bisogno di interpretare" (p. 241) dell'analista, connesso quest'ultimo non al bisogno del paziente, ma alle "necessità dell'analista" che trova inevitabilmente difficile far fronte agli attacchi distruttivi primitivi del paziente, soprattutto se si manifestano nella forma di un transfert delirante (il concetto è preso dalla Little - 1986; 1990 - che lo elaborò a partire dalla sua stessa esperienza di paziente di Winnicott)¹⁹. Quanto alle interpretazioni vere e proprie, *Esplorazioni psicoanalitiche* ha il merito di raccogliere un altro dei fondamentali lavori di Winnicott, "Interpretation in Psychoanalysis" che fu scritto, come "L'uso di un oggetto", nel 1968 e che appare per la prima volta in traduzione italiana.

"Lo scopo dell'interpretazione deve includere - scrive l'autore - la sensazione, da parte dell'analista, che è stata fatta una comunicazione che necessita di un riconoscimento. [...] Il principio che sto enunciando in questo momento è che l'analista riflette ciò che il paziente ha comunicato" (pp. 231-232)²⁰. Winnicott definisce "molto semplice" questo principio e ne offre di seguito una complessa elaborazione teorica: "nella limitata area definita dal transfert del momento, il paziente ha un'accurata conoscenza di un certo dettaglio o di una serie di dettagli. È come se ci fosse una dissociazione che riguarda il punto in cui è arrivata l'analisi in quel particolare giorno. È utile ricordare che in questo modo limitato, o da questa posizione limitata, il paziente può dare all'analista un campione di verità, cioè qualcosa che è assolutamente vero per il paziente, cosicché, quando l'analista lo restituisce, l'interpretazione viene accettata dal paziente, che è già emerso, fino a un certo punto, da quest'area limitata o da questa condizione dissociata. In altre parole l'interpretazione può esser data all'intera persona, mentre il materiale dell'interpretazione deriva solo da una parte della persona stessa; come persona intera il paziente può non essere in grado di produrre il materiale per l'interpretazione. In questo modo, le interpretazioni vengono a far parte della costruzione di un insight. Un particolare importante è che l'interpretazione sia stata fatta entro un certo numero di minuti

Intendere l'interpretazione come un riflettere al paziente ciò che egli ha comunicato significa riportarla nello stesso ambito della funzione di specchio della madre (Winnicott 1967; va notato che questi fondamentali lavori sono stati scritti negli stessi anni). Si ricorderà come Winnicott pone la questione: "Che cosa vede il lattante quando guarda il viso della madre? Secondo me di solito ciò che il lattante vede è se stesso. In altre parole la madre guarda il bambino e *ciò che essa appare è in rapporto con ciò che essa scorge*. [...] Molti lattanti, tuttavia, devono avere una lunga esperienza di non vedersi restituito ciò che danno.

Guardano e non si vedono. Ne derivano conseguenze. Prima di tutto la loro capacità creativa comincia ad atrofizzarsi" (Winnicott 1967, p. 191).

Nella capacità della madre di rispecchiare il lattante affondano le radici della reciprocità.

Reciprocità e controtransfert

Lascerò ora *Esplorazioni psicoanalitiche* per considerare altre parole dette da Winnicott a un paziente, come quest'ultimo le ha riferite. Si tratta di un paziente d'eccezione, Harry Guntrip (1975), che ci ha lasciato un racconto assai toccante della sua vita e delle sue due analisi, quella con Fairbairn e quella con Winnicott.

Guntrip era figlio di un predicatore metodista e di una donna che non avrebbe desiderato affatto di essere madre, dato che era stata costretta ad allevare, fin da quando era lei stessa bambina, i suoi fratelli minori. Guntrip fu il loro primogenito. A due anni di distanza nacque un fratellino, che morì quando il maggiore aveva tre anni e mezzo. In quella circostanza Guntrip si ammalò in modo misterioso e fu salvato perché la madre lo allontanò da sé e lo affidò per un periodo alle cure di una zia. Guntrip impiegò tutta la vita a cercare di sciogliere il dramma della sua infanzia che si ripropose a lungo in una serie di sintomi, anche somatici. Dopo l'analisi con Fairbairn, in cui fu interpretato principalmente il conflitto edipico, intraprese una seconda analisi con Winnicott sia pure con un setting anomalo, giacché potevano incontrarsi solo due volte al mese. L'analisi durò dal 1962 al 1968. Per riempire il vuoto fra le sedute Guntrip prendeva appunti accuratissimi di quanto era stato detto. A prescindere dal significato che ciò poteva avere nel lavoro analitico, egli ci ha reso un grande servizio, perché le interpretazioni che riporta conservano a tal punto la qualità peculiare del linguaggio

connessa alla perdita prematura dell'oggetto soggettivo già prima del crollo avvenuto alla morte del fratellino, che egli aveva accolto come rappresentante della propria piccolezza e fragilità.

Ciò è quanto basta per poter comprendere le parole di Winnicott cui mi riferivo sopra. In una seduta di fine analisi in cui Guntrip ritrovava l'esperienza del buon seno materno perduto, Winnicott disse: "Anche lei ha un buon seno. Lei è sempre stato più capace di dare che di ricevere. Io sono buono per lei, ma anche lei è buono per me. Fare la sua analisi si potrebbe dire la cosa più rassicurante che mi sia accaduta. La persona che viene prima di lei mi fa sentire che non sono buono affatto. Non è necessario che lei sia buono per me. Non ne ho bisogno e potrei farne a meno, eppure in realtà lei è buono per me" (Guntrip 1975, 153; la traduzione è mia).

Come si vede non è tanto un'interpretazione quanto una comunicazione di controtransfert e come tale corregge l'interpretazione, che pure contiene *in nuce*, di una modalità difensiva del paziente, che protegge l'analista dalla distruzione riproducendo una beata situazione di allattamento in cui non è tanto importante chi nutre chi. Tutto questo può essere sullo sfondo, ma qui c'è la comunicazione dell'esperienza di una madre viva, capace di identificarsi con il suo bambino e di accogliere il dono che riceve da lui.

Se torniamo ad *Esplorazioni psicoanalitiche* ecco come Winnicott descrive la stessa reciprocità nella relazione primaria: "non esiste comunicazione fra il bambino e la madre se non si sviluppa una situazione di nutrimento reciproco. Il bambino nutre, e l'esperienza del bambino include l'idea che la madre sappia cosa vuol dire essere nutriti. Se questo accade a tutti i bambini di dodici settimane, allora può, anche se non deve necessariamente, essere vero in un modo più nascosto in qualche epoca precedente" (p. 277).

In altre parole, se c'è "un mangiare e un essere mangiati in cui il secondo termine è solo un effetto della legge del taglione" (p. 103), c'è anche un mangiate ed essere mangiati "in cui la dualità è semplicemente un'espressione dell'identificazione reciproca del bambino e della madre, o una mancanza di differenziazione da parte del bambino"; in questo caso il sentimento di essere mangiati deriva solo dal fatto che un buon adattamento materno implica che "tutto ciò che il bambino prova viene provato anche dalla madre" (*ibidem*). Mi sembra che qui sia raffigurato con molta efficacia il percorso che va da uno "stato eccitato" che viene completamente filtrato dall'*holding* materno, non

Nelle parole di Winnicott circa la propria esperienza controtransferale Guntrip trovò la conferma di aver “finalmente una madre capace di apprezzare il suo bambino” (Guntrip 1975, 153) e, se guardiamo al seguito della sua storia, egli appoggiò su quella garanzia di reciprocità ritrovata il tenace lavoro di autoanalisi in cui continuò a cercare le radici di se stesso negli anni che gli restato non da vivere. Lo scritto in cui egli descrive i risultati che stava conseguendo con questa fatica uscì sull'*International Review of Psycho-Analysis* insieme all'annuncio della morte dell'autore.

Il che fa pensare alla riflessione che Winnicott formulò concludendo una conferenza sull'individuazione: “io penso che il compito di un individuo rimanga per tutta la vita quello di diventare sempre più indipendente, pur conservando un buco in cui rifugiarsi. Un termine come individualizzazione [...] può dunque applicarsi alla vita intera” (p. 311).

Note

1. Qui si sente quanto può contare la mano di un curatore. La prefazione di Masud Khan, che presenta i dati emersi dalla lettura delle carte di Winnicott relative a questo paziente, è fondamentale per la comprensione del libro.
2. Mi riferisco soprattutto a *Il bambino deprivato* (1984), *Dal luogo delle origini* (1993), *Colloqui con i genitori* (1993). La critica non vale naturalmente per le *Lettere* (a cura di F.R. Rodman, 1987) e tantomeno per *Sulla natura umana* (1988) dove non era compito dei curatori (Bollas, Davis, Shepherd) progettare il piano dell'opera che era già stato predisposto dall'autore.
3. Esso costituisce la prima parte di un lavoro apparso in *Nouvelle Revue de Psychoanalyse. Esplorazioni psicoanalitiche* (pp. 284-306) ne riporta la versione integrale.
4. Siamo nel 1964 e Winnicott presenta un riassunto della seconda seduta di Piggie. C'è qui un'annotazione che poi cadrà nel libro dedicato a questa analisi infantile, ma che è tipicamente winnicottiana. La seduta è quella in cui Piggie rappresenta una scena di nascita calandosi dal grembo del padre sul pavimento. Dopo una decina di queste “nascite” il padre non ne poteva più “e allora lei cominciò a giocare a venir fuori dalla sua testa. *Questo non gli*

cese, facendo con lei un lavoro di chiarificazione concettuale del lessico così proficuo che poi utilizzò certi passi della loro corrispondenza in altri scritti). Sulle imprecisioni concettuali delle traduzioni italiane di Winnicott ha scritto un acuto articolo Meacci (1989). Talvolta non si tratta solo di imprecisioni, ma di gravi fraintendimenti che rischiano di fuorviare il lettore (per esempio *fantasying*, fantasticare, tradotto per due volte nel secondo capitolo di *Gioco e realtà* con “fantasia”). Altre volte c'è piuttosto un problema di sciatteria. Quando traducevo per Cortina *Il bambino deprivato* che accoglie parecchi scritti già editi in libri precedenti ho risolto un dubbio che avevo avuto a suo tempo come lettrice. A proposito del caso di Ada, nei *Colloqui terapeutici con i bambini*, ero rimasta sorpresa dall'importanza che sembrava avere, nel commento al sogno del ladro, la presenza di un orologio. Quando ho incontrato il lavoro in lingua originale ho scoperto che il ladro di Ada non aveva un orologio, bensì un mantello (*chak*), come ogni rispettabile ladro onirico. In genere le edizioni italiane di Winnicott di Cortina sono più accurate delle precedenti e soprattutto di quelle di Armando. Tra quelle degli altri editori va segnalata l'edizione di Piggie, tradotto per Boringhieri da Eugenio e Renata Gaddini.

6. Si veda il suo confronto puntuale tra la versione di “Oggetti transizionali e fenomeni transizionali” del '51 e quella del '71 (Pontalis 1971, 90-91).
7. Non deve sfuggire la stretta parentela del sogno con quelli di cui Winnicott parla nella conferenza del '67. Raccontandolo egli esordisce così: “Questo è solo uno della lunga serie dei sogni significativi che ho avuto prima, durante e dopo l'analisi, sogni che appaiono come il risultato del lavoro fatto e ognuno dei quali genera una nuova crescita dell'Io o un nuovo chiarimento” (p. 250). Il sogno riguardava gli impulsi distruttivi primitivi. “Mi resi [...] conto, mentre il sogno scivolava via da me prima che mi svegliassi del tutto, che stavo sognando per Jung e per alcuni miei pazienti oltre che per me stesso” (p. 252).
8. In tal senso sono molto significative le *Lettere* (Winnicott 1987). Spesso subito dopo le riunioni scientifiche Winnicott scriveva a qualche collega per continuare la discussione.
9. Si vedano anche i riferimenti alla Klein contenuti nella dura critica del lavoro di Sandler sul Super-io: “lo scritto di Sandler - dice tra l'altro Winnicott - ci lascia con il desiderio di qual-

10. In ciò naturalmente ha contato molto il suo essere pediatra (vedi Winnicott 1967b, 71).
11. E la depressione psicotica, che Winnicott collega alla perdita precoce di buone cure materne, corrisponde a un vissuto di perdita nel corpo: “la perdita può essere quella di certi aspetti della bocca che scompaiono, dal punto di vista del lattante, insieme alla madre e al seno” (Winnicott 1963, 287).
12. Anche se in modo non sistematico Winnicott si è sempre confrontato con Freud sia per mettere in luce la continuità o la complementarità delle proprie idee con il pensiero freudiano, sia per dissentirne (si pensi alla sua critica dell’istinto di morte). *Esplorazioni psicoanalitiche* offre materiale interessante per approfondire il confronto. Si veda per esempio la nota “Psicogenesi di una fantasia di percosse” (pp. 59-66), che riprende il tema “Un bambino viene picchiato” (Freud 1919) nella prospettiva della relazione del bambino con l’inconscio rimosso della madre. Si veda anche la rilettura metapsicologica dell’immagine allucinatoria alla luce della funzione materna dell’*object presenting*. L’oggetto transizionale può allora essere inteso come il “divenir reale dell’allucinazione” (pp. 67-68) e, allo stesso tempo, come “parte della realtà esterna percepita oggettivamente” (p. 68).
13. Un esempio particolarmente felice della ritrovata integrazione tra esperienza di eccitazione corporea e fantasie corrispondenti è costituito dalla nona seduta di Piggie, quando la bambina succhia intensamente il contenitore di un bagno oculare riandando al suo amore per la madre buona perduta come oggetto soggettivo (Winnicott 1977, 110).
14. Pur non usando ancora il termine, Winnicott già nel 1935 l’aveva definito come “una manipolazione onnipotente della realtà esterna” e una “fuga dalla realtà interna” (Winnicott 1935, 158 e nota).
15. A tale argomento e alle conseguenze della confusione tra mente e cervello Winnicott (1949) dedicò l’ultima parte del saggio “L’intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma”. Tornò poi varie volte su questo tema. *Esplorazioni psicoanalitiche* raccoglie numerosi interventi critici sulla leucotomia e sulle terapie convulsive (pp. 545-591) e un interessante lavoro scritto per i fisioterapisti.
16. Naturalmente quando c’è una deformità fisica è molto più difficile garantire al bambino una

Esplorazioni psicoanalitiche, p. 355). L'esigenza di riportare nell'ambito dell'onnipotenza i vissuti relativi all'ambiente è così forte nella fase della dipendenza assoluta, che i pazienti preferiscono provare intensi sentimenti di colpa e di autosvalutazione per un comportamento imprevedibile e disturbante dell'analista, piuttosto che accennare che sia successo qualcosa di esterno alla propria area di influenza. (Vedi in *Esplorazioni psicoanalitiche* "Mancanza e presenza di senso di colpa in due pazienti", pp. 183-188). In tal caso il senso di colpa è altra cosa ovviamente da quello che diventa accessibile al bambino con il raggiungimento del *concern* (capacità di preoccuparsi).

18. Il confronto del pensiero di Winnicott sull'oggetto soggettivo con quello di Freud sul narcisismo primario meriterebbe un particolare studio. In un lavoro recentissimo Genovese (1995) richiama l'attenzione sul fatto che la teoria di Winnicott segna "un recupero (anche rispetto alle posizioni kleiniane), e non un abbandono, dell'idea di una primitiva fase narcisistica".
19. Dell'analisi di M. Little con Winnicott mi sono occupata nella mia recensione al suo libro *Il vero Sé in azione* apparsa in *Psicoterapia Psicoanalitica* 1, 1, 1994, 166-170.
20. Winnicott distingue tre tipi di comunicazione. La prima ha origine nel tempo dell'oggetto soggettivo e non si esprime nel rapporto, bensì nella continuità dell'essere. Tale comunicazione è "silenziosa per sempre" (Winnicott 1963, 242). Non riconoscerla e non rispettarla costituisce una "violazione del nucleo del Sé" (*ibidem*). In una fase più evoluta dell'organizzazione psichica questo genere di non-comunicazione che è tuttavia comunicativa può corrispondere nel bambino e nel paziente all'esperienza dell'"essere solo alla presenza di qualcuno" (*ibidem*; Winnicott 1958, 31). Ci sono poi altre due forme di comunicazione che diventano accessibili al bambino grazie alla sua relazione con l'ambiente facilitante: "la comunicazione *esplicita*, indiretta e piacevole" e quella "intermedia [...] che dal gioco si difonde in esperienze culturali di ogni tipo" (Winnicott 1963, 242). Non c'è dubbio che dal punto di vista di Winnicott l'interpretazione analitica deva porsi nell'ambito di quest'ultima forma di comunicazione che ha luogo nello spazio transizionale.

- GADDINI, R. (1979) *Il processo maturativo*. CLEUP, Padova.
- GENOVESE, C. (1995) *Economia della mente e relazione*. Presentato alle giornate di studio: "Eugenio Gaddini: il suo pensiero oggi nella psicoanalisi italiana". Roma, 2-3 dicembre 1995. Inedito.
- GUNTRIP, H. (1975) My Experience of Analysis with Fairbairn and Winnicott. *Int. Rev. Psychoanal.*, 1975,2,145-156.
- LITTLE, M.I. (1986) *Verso l'unità fondamentale*. Astrolabio, Roma 1994.
- LITTLE, M.I. (1990) *Il vero Sé in azione*. Astrolabio, Roma 1993.
- MEACCI, S. (1989) Per una guida all'opera di Winnicott. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 56, 6, 697-714.
- PONTALIS, J.-B. (1971) L'illusione mantenuta. In: *Tra il sogno e il dolore*. Borla, Roma 1988.
- TUSTIN, F. (1981) *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma 1983.
- WINNICOTT, D.W. (1935) La difesa maniacale. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1949) L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma. *Ibidem*.
- WINNICOTT, D.W. (1950) Accrescimento e sviluppo in condizioni di immaturità. In: *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando, Roma 1968.
- WINNICOTT, D.W. (1955) Le forme cliniche del transfert. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958), 351-356.
- WINNICOTT, D.W. (1957) La capacità di essere solo. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.
- WINNICOTT, D.W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1960) La distorsione dell'Io in rapporto al vero ed al falso Sé. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.
- WINNICOTT, D.W. (1962a) La dipendenza nell'assistenza all'infante ed al bambino e nella situazione psicoanalitica. *Ibidem*.
- WINNICOTT, D.W. (1962b) L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. *Ibidem*.
- WINNICOTT, D.W. (1962c) Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi. *Ibidem*.
- WINNICOTT, D.W. (1963) Comunicare e non comunicare: studio su alcuni opposti. *Ibidem*.

- WINNICOTT, D.W. (1966) Sugli elementi scissi maschili e femminili negli uomini e nelle donne. In: *Gioco e realtà* (1971), 136-150; e in: *Esplorazioni psicoanalitiche* (1989), 190-204.
- WINNICOTT, D.W. (1967a) La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In: *Gioco e realtà* (1971), 179-188.
- WINNICOTT, D.W. (1967b) Sanità dell'ambiente nell'infanzia. In: *I bambini e le loro madri* (1987), 71-80.
- WINNICOTT, D.W. (1968) L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni. In: *Gioco e realtà* (1971), 151-164; e in: *Esplorazioni psicoanalitiche* (1989), 240-249.
- WINNICOTT, D.W. (1971a) *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1971b) *Colloqui terapeutici con i bambini*. Armando, Roma 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1974) Fear of Breakdown. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 1974,1, 103-107. Tr. it. La paura del crollo. In: *Esplorazioni psicoanalitiche* (1989), 105-114.
- WINNICOTT, D.W. (1977) *Piggle*. Boringhieri, Torino 1982.
- WINNICOTT, D.W. (1978) *Frammento di un'analisi*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1981.
- WINNICOTT, D.W. (1984) *Il bambino deprivato*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1986.
- WINNICOTT, D.W. (1986) *Dal luogo delle origini*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
- WINNICOTT, D.W. (1987a) *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1987.
- WINNICOTT, D.W. (1987b) *Lettere*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- WINNICOTT, D.W. (1988) *Sulla natura umana*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- WINNICOTT, D.W. (1989) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- WINNICOTT, D.W. (1993) *Colloqui con i genitori*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.

MARIA LUCIA MASCAGNI

Via Padova, 122

41100 Modena

LETTURE

RAYMOND CAHN

Adolescenza e follia

Borla, Roma 1994, pagg. 301. Lire 45.000.

(Ed. orig.: *Adolescence et folie*. PUF, Paris 1991).

La lettura di questo testo mi ha fatto riflettere a lungo ed ora credo che qualsiasi cosa io possa scrivere, non renderà mai conto in modo soddisfacente della ricchezza e profondità psicoanalitica che vi ho trovato.

Adolescenza e follia non è soltanto un punto di sintesi per coloro che si occupano di psicoterapia psicoanalitica dell'adolescenza, ma fornisce agli psicoanalisti tutti uno sguardo a tutto campo, clinico e teorico, sui quesiti che pone la psicosi e l'organizzazione mentale psicotica, sia nella prevenzione che nel trattamento. Raymond Cahn ci rende partecipi e fruitori di oltre sedici anni di lavoro e ricerca personale ed istituzionale con adolescenti dai tredici ai venti anni, durante i quali ha posto in luce in particolare due obiettivi:

- 1) l'approfondimento del funzionamento psicotico mediante l'avvicinamento della problematica propria dell'adolescenza; il contatto con i luoghi oscuri che permettono un "accesso più facile ai funzionamenti in apparenza più primitivi" per "l'aspetto per così dire ancora caldo, fluido, di molti quadri psicotici [...] ci fornisce qualche possibilità di coglierne meglio gli elementi essenziali ed i fattori che potrebbero permettere sia di uscirne, sia di sprofondarvi irrimediabilmente" (pag. 255);
- 2) le coordinate più significative per le possibilità di diagnosi tempestiva e di orientamento degli interventi.

L'affresco che ne risulta è di statura classica, e trasmette conoscenza umana ed umanistica, clinica e psicoanalitica, guidandoci in modo semplice ed affascinante nel mondo intrapsichico ed interrelazionale dell'adolescente.

Come punto di partenza Cahn accenna agli elementi socioculturali entro i quali si muove oggi

Lecture

I vettori a disposizione vengono suddivisi in base alle tre soluzioni poste dalla psiche umana rispetto a ciò che la turba in modo intollerabile ed incomprensibile:

- la società (o il gruppo) conferisce significati e fornisce il tempo e le funzioni al vissuto soggettivo (come nelle ritualizzazioni): nel qual caso prevale il meccanismo della esternalizzazione e della proiezione;

- il soggetto adolescente, teatro delle forze incontrollabili e della incapacità a gestirle, ricorre ad un sistema di continuo intervento magico-divino, senza più distinguere il mondo esterno ed il mondo psichico, il corpo ed il pensiero;

- il modello nel quale prevale l'intrapsichico, di cui la psicoanalisi è l'espressione più significativa, è il terzo.

Nel momento di fisiologica fragilità dell'Io i due sistemi precedenti propongono la loro soluzione facilitante fornita dalla mancanza di astrazione e dalla permanenza della relazione sincretica con il corpo, il mondo esterno ed il mondo interno.

Già questa impostazione apre l'orizzonte ad un affresco che non limita l'adolescenza al significato freudiano classico della fase finale della evoluzione libidica e della ricapitolazione della sessualità infantile sotto il primato genitale, ma la collega ai funzionamenti mentali ed all'ambiente originario nel quale si sono organizzati.

Il vertice privilegiato da Cahn per comprendere gli eventi interiori, è quello del processo di "soggettivazione" che si perfeziona dopo l'evento della pubertà, ma che è gravato da tutte le ipotesi del precedente periodo dell'esistenza infantile.

L'inquadramento teorico nel quale si inserisce l'approfondimento di Cahn, presenta un armonico inserimento di tutta l'evoluzione del pensiero psicoanalitico nelle coordinate della psicoanalisi freudiana, con un particolare accento su Winnicott.

Il concetto di "soggettivazione" amplia quello di separazione -individuazione della Mahler, quello di crisi di identità di Erikson e quello che concentra sull'*après-coup* del conflitto edipico e sulla F.M.C. (Fantasia Masturbatoria Centrale) l'attenzione teorica e terapeutica dei Laufer. Il processo di "soggettivazione" prende essenzialmente in considerazione il sentimento di sé come soggetto, rispetto al possibile flusso intrusivo ed alienante delle prime relazioni ambientali. Le fantasie

non è avvicinabile perché indissolubilmente legata ed equivalente alla falla narcisistica fondamentale, catastrofe di annientamento.

Di fronte a questo sentimento, non si possono realizzare i cambiamenti che dovrebbero avvenire sul piano metapsicologico mediante il movimento dello scioglimento dei legami rispetto agli oggetti originari e la costruzione di nuovi legami. Il rischio è la perdita totale del senso di sé e dell'autostima sostenuti completamente dal legame fusionale primario e dalla permanenza dell'oggetto esterno. Perciò l'adolescenza diviene il momento rivelatore di preesistenti posizioni psicotiche, potenziandone la virtualità.

L'incapacità di farsi carico di sé in quanto soggetto sessuato ed autonomo è evidente negli adolescenti inchiodati nel corso dello sviluppo ad una rappresentazione di sé conforme ai bisogni ed ai fantasmi dei genitori, con il ricatto minaccioso ed implicito della perdita della protezione e dell'amore. La soluzione psicotica rimane la via che consente un totale disinvestimento oggettuale, la rottura con la realtà esterna e interna e la creazione del sé e del mondo come estrema espressione di una soggettivazione impossibile.

Cahn concentra la sua attenzione sul problema economico che deriva dalla carente funzione di schermo protettivo svolta dall'oggetto originario e dal conseguente stato di eccitazione ingovernabile legato al turbamento adolescenziale, per orientare il significato e la funzione degli interventi terapeutici possibili.

Un'altra considerazione che costituisce premessa di base, è che il mondo psichico dell'adolescente così a rischio, è costituito dal più complesso mondo interno del nucleo familiare, spesso risonante anche della generazione precedente. Cahn ci pone qui a contatto con il fascino arcaico del pensiero mitico, come se nel mondo interno intergenerazionale esistesse il fato nascosto di un mito familiare al quale tutti sono legati.

L'intervento terapeutico perciò comprende il trattamento della famiglia, la permanenza dell'adolescente nel day-hospital che consente di avviare dinamiche di distacco, l'investimento transferale che l'adolescente fa di questo luogo di accoglienza. In queste condizioni, anche se viene seguito da un terapeuta individuale, riesce a stemperare la violenza e l'angoscia collegata all'oggetto arcaico indistinto ed indistinguibile da sé. È necessario che la situazione terapeutica “comprenda in

pressioni patologiche familiari, prima di poter pensare ad interventi su contenuti e conflitti. Considera necessario costituire quell'area transizionale mancante, nella quale l'adolescente possa esternare e simbolizzare prima di poter astrarre e simbolizzare.

Il fascino di questo libro consiste anche nel fluido spaziare dal significato della macchina influenzante di Tausk alla rilettura de *Il perturbante* di Freud alla luce del vissuto adolescenziale. È una nuova strada fantastica indicatrice del percorso verso la follia. Il perturbante si insinua tra il difetto narcisistico ed il conflitto edipico, facendo vacillare la relazione con se stesso e con il mondo, producendo lo squilibrio energetico che tanti esiti diversi può proporre all'adolescente e rivelare al terapeuta.

I vortici oscuri della mente sono illuminati da ampole iridescenti di possibilità e di speranza fondate sulla comprensione psicoanalitica e la conseguente terapia, malgrado Cahn tenga sempre realisticamente presente l'imponderabile della possibile stabilizzazione dell'organizzazione psicotica.

Marysa Gino

R. KAËS, H. FAIMBERG, M. ENRIQUEZ, J.J. BARANES

Trasmissione della vita psichica tra generazioni

Borla, Roma 1995, pp. 240. Lire 40.000.

(Ed. orig.: *Transmission de la vie psychique entre générations*. Dunod, Paris 1993)

Nella genealogia di Edipo c'erano molti segreti: Edipo non sapeva di essere figlio di Laio, non sapeva che il padre avesse consultato in segreto l'oracolo di Delfi il quale gli aveva profetato che sarebbe stato ucciso dal figlio. Non sapeva che suo padre non avrebbe voluto concepirlo, sia per il messaggio funesto dell'oracolo, sia forse perché non lo interessava né il rapporto con una donna, né il generare un figlio con lei. Nella mitologia si narra infatti che Laio avrebbe fatto violenza a Crisippo figlio di Pelope e che gli antichi lo consideravano per questo il primo omosessuale della storia. (Vedi *Dizionario mitologico*, a cura di Yves Bonnefoy, Rizzoli, Milano, 1989). Edipo non sapeva che sua madre aveva ingannato il marito ubriacandolo, per unirsi a lui. Edipo non sapeva...

Kaës, Faimberg, Enriquez, Baranes riflettono in questo volume su quanto sia importante che in una terapia venga prestata una attenzione indagatrice rivolta non solo a ciò che il paziente 'non sa' riguardo alla sua infanzia ma anche riguardo a ciò che 'non sa' nella sua storia familiare. La prospettiva della trasmissione di una vita psichica tra generazioni, già accolta nell'ambito della terapia familiare viene presa in considerazione in questi lavori approfondendo il campo della ricerca anche dal punto di vista psicoanalitico.

A ogni terapeuta è certamente capitato di venire a sapere soltanto dopo anni di lavoro di segreti che il paziente non aveva comunicato riguardanti la vita dei genitori o dei nonni (morti catastrofiche magari ignominiose, amori considerati peccaminosi, malattie innominabili) che avevano ancora influenza sulla sua vita e che ostacolavano la terapia.

Secondo gli autori del libro le tracce psichiche trasmesse dalle generazioni precedenti, alienate dal diniego (vedi "il lavoro del negativo" di Green), rimarrebbero come "fantasmi" (Diatkine) o

risorgere surrettiziamente, sotto il tema transgenerazionale, una doppia tematica profondamente non analitica: quella di una causalità eziologica lineare che assegna a una precisa origine esterna certe impasse della simbolizzazione della cura, nonché quella, complementare alla precedente, di una misura riparatrice o proiettiva che infiltra ciò che diventa in tal modo processo intentato alle generazioni precedenti piuttosto che assunzione dell'estraneo intimo in ciascuno".

Haydée Faimberg, attualmente vicepresidente dell'I.P.A., illustra il concetto di *télescope* delle generazioni: una identificazione inconscia alienante che può diventare "udibile" dal terapeuta attraverso il transfert e il controtransfert. L'identificazione avverrebbe non solo con l'oggetto (della generazione precedente) ma anche con gli attributi della sua storia segreta: ciò che viene 'espulso' dai genitori e ciò che viene 'negato' dal figlio nella loro storia costituisce nel figlio una identità che si pone sotto il segno della negazione, cioè una cosiddetta 'identità negativa', con cui egli resiste al riconoscimento della differenza dei sessi, delle generazioni, dell'alterità.

Kaës, in una dotta rilettura di Freud in lingua originale, esamina i diversi termini usati per designare la trasmissione inconscia, che non sono stati chiaramente differenziati nelle traduzioni.

Micheline Enriquez si sofferma sul problema degli effetti della sofferenza dei genitori sui figli e dell'eredità della psicosi, sia essa persecutoria e trasmittitrice di delirio, sia essa depressiva con i suoi effetti mutilanti per la psiche.

Clotilde Buraggi Masina

D. ROSENFELD, R. MISES, G. ROSOLATO, J. KRISTEVA ET. AL.

La funzione paterna

Borla, Roma, 1995, pp. 198 Lire 32.000.

(Ed. orig.: *La fonction paternelle*, Bayald Editions, Paris 1992).

La pubblicazione di questo volume, frutto di un incontro tra psicoanalisti francesi, tenutosi a Monaco, nel 1990 sulla funzione paterna, non può che essere segnalata con piacere ed interesse, in quanto contribuisce a colmare un'“assenza” ancora troppo vistosa in campo psicologico e psicoanalitico, di specifiche elaborazioni su un tema tutt' altro che lineare e scontato.

Dopo la costruzione di Freud, che già ne aveva intuito lo spessore dal punto di vista semantico e metapsicologico, se si escludono pochi ed incisivi contributi, si sta avvertendo solo recentemente un lento e costante rifiorire dell'interesse, dal punto di vista psicoanalitico e non, sul padre. Questo interesse si connette anche con quanto si sta elaborando in campo bioetico, con le relative riflessioni sulla specificità e spesso frammentazione delle diverse funzioni genitoriali - biologiche, psicologiche, sociali, giuridiche - che proprio nel padre si rappresentano in maniera marcatamente scissa, più di quanto succede con la madre, considerata tra l'altro la specificità del suo apporto biologico: suscettibile di essere “cancellato” subito dopo l'avvenuta inseminazione.

Nell'introduzione, i curatori dell'edizione italiana, Brutti e Pariani, rievocano la Morte, l'abbattimento del Padre autoritario ed oppressivo, decretato dai movimenti politici e culturali degli anni '60-'70 e che si è tradotto in un profondo sovvertimento nella società di valori ed ideali. Ma di quale padre si parla? Quale il padre da recuperare dopo lunga assenza e quale da abbattere?

Questo interrogativo condensa la contraddizione che vive questa figura, contemporaneamente tenuta ai margini ed esaltata, tanto “assente” nelle prime fasi di vita del bambino, dominate dalla relazione con la madre, quanto ingombrante nella fantasia, presenza spesso minacciosa ed invadente. Un peso, il suo, che può essere definito diversamente a seconda dei livelli indagati, siano essi sto-

intercorre una relazione che è contemporaneamente di rottura e di continuità: i due piani non sono cioè facilmente distinguibili e separati, e questo ne complessizza ulteriormente i contorni. “Se infatti possiamo riconoscere che il ‘ruolo’ del Padre consiste, inizialmente, nel rinforzo e nella modulazione di quanto la sua ‘funzione aveva prodotto nel bambino, è pur vero che, nell’impedire la ricomposizione della simbiosi e promuovendo il traghettamento del bambino verso un secondo oggetto d’amore, essenziale per la costruzione della sua identità, il Padre si muove su un registro diverso che sappiamo ordinativo e orientatore e che trova nell’edipo la sua culminante espressione” (Brutti Parlani, p. 8).

La difficile definizione del peso di tale figura, così come anche la sua ricchezza e complessità si lega inevitabilmente alla particolarità del rapporto intrecciato con il bambino, rapporto non mediato da uno stretto legame biologico, come per la madre, ma più distante e separato. Una relazione, come ricorda Pierre Ferrari nella Presentazione, “il cui valore è essenzialmente simbolico” (p. 11).

Il volume, lungi dall’esaurire e dal dare una descrizione conclusa e definitiva della funzione paterna, ne esplora alcune aree e stimola riflessioni sulle quali sarebbe interessante confrontarsi.

Il primo contributo è quello di D. Rosenfeld che, con l’aiuto anche di materiale clinico, affronta il ruolo della funzione paterna nella psicosi e negli stati limite. Rosenfeld descrive il padre come una sorta di decodificatore, come colui che aiuta a decifrare e a rettificare i messaggi paradossali che il bambino vive all’interno del gruppo primario.” È un ruolo di holding, di contenimento degli affetti, delle angosce e delle paure. Esso è complementare e indissociabile dal ruolo materno e tutti e due costituiscono un processo dialettico” (p. 33).

Nel materiale clinico, Rosenfeld descrive poi alcuni eccessi e distorsioni della funzione paterna e certe forme patologiche e distruttive di identificazione con il padre.

Il caso clinico di un bambino con una patologia limite e le sue connessioni con le distorsioni della funzione paterna è presentato da R. Mises, che ne sottolinea in particolare i fattori transgenerazionali determinanti una patologia. Egli analizza cioè il modo in cui ciò che viene trasmesso dai genitori riveli a sua volta il tipo di rapporto da essi vissuto con i rispettivi genitori. Il bambino, nel caso esposto da Mises, diventa così depositario degli aspetti distruttivi dei nonni, nel modo in cui vengono introiettati dai due genitori.

J. Kristeva, partendo dal concetto freudiano di identificazione primaria, parla del padre della preistoria personale, di una "modalità arcaica della funzione paterna anteriore al Nome, al simbolico, ma anteriore anche allo 'specchio' di cui occulterebbe la potenzialità logica: una modalità che si può chiamare quella del padre immaginario" (p. 117-118). Un padre immaginario che precede la differenziazione sessuale, l'Edipo e la distinzione tra padre e madre, che funzionerà da supporto alle primitive forme di identificazione primaria, permettendo la costituzione dell'Ideale dell'lo nel bambino.

Il tema della castrazione e la centralità del suo ruolo nell'organizzazione psichica è l'oggetto del saggio di G. Rosolato, che attraverso di esso esplora diversi aspetti della funzione paterna. La castrazione, nella sua configurazione più complessa, esprime un percorso mentale ed una sorta di elaborazione reattiva del soggetto di fronte ad ostacoli interni ed esterni. Rosolato, mettendo in rapporto la funzione paterna con la realtà psichica del fantasma della castrazione, distingue le diverse immagini paterne: il Padre Idealizzato, la cui autorità si fa Legge, onnipotente e agente principale della castrazione; il Padre Reale che, distinguendosi mano a mano dal Padre Idealizzato, con il quale è confuso all'inizio, diventa per il bambino il modello per le identificazioni, a patto che non sia svalorizzato; infine il Padre Simbolico, che è il Padre Morto ancestrale, non *ucciso* o castrato, significante del Nome del Padre, della Legge.

Nel suo saggio, Rosolato analizza il modo in cui i miti religiosi del monoteismo animano, attraverso i suoi riti, i contenuti della castrazione simbolica.

È nella trama della castrazione e delle sue dinamiche che si inserisce il padre come funzione terza, come l'autorità che aiuta a separare il bambino di ambo i sessi dalla madre, che pone la proibizione dell'incesto, erigendosi a modello e a testimone delle leggi sociali e morali.

In questo senso, la sua "assenza" blocca il figlio su posizioni narcisistiche pre-edipiche e compromette gravemente la strutturazione della personalità.

Il tema dunque è complesso e tanto più attuale in un contesto sociale e culturale segnato da veloci e profondi mutamenti che investono lo stesso modello maschile e femminile, la coppia, i ruoli familiari. Questo libro può essere una utile e stimolante occasione per interrogarci e meditare sull'argomento.

Avvertenze per gli Autori

- ⇒ I lavori per la pubblicazione devono pervenire alla Redazione della Rivista possibilmente su dischetto (Macintosh o IBM compatibile, in Word o WordStar DOS/Windows) accompagnato da due copie a stampa del medesimo, che non dovranno superare le 2000 battute per pagina, per un massimo di 15 pagine.
- ⇒ 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.
- ⇒ Eventuali grafici o tabelle richiamati nel testo, dovranno essere allegati, con chiara numerazione, nell'ordine della citazione e con il nome dell'autore sul retro. Nella copia su dischetto, essi dovranno essere riportati di seguito, al termine del *summary*.

- ⇒ 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).

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.

Quando in bibliografia compaiono più opere dello stesso autore pubblicate nel medesimo anno saranno differenziate fra loro da lettere alfabetiche progressive, poste dopo la data di edizione. La stessa lettera che contraddistingue l'opera in bibliografia apparirà nei rimandi bibliografici nel testo. Per esempio: (Greenacre 1958a).

I lavori di Freud saranno citati in conformità all'edizione Boringhieri e dunque saranno seguiti in bibliografia dalla sigla aSF, corredata dal numero del volume. Gli autori che desiderano citare dalla *Standard Edition* indicheranno anche i dati dell'edizione Boringhieri.

La voce bibliografica sarà così composta: cognome dell'autore o del curatore, iniziale del nome. Data di edizione. Titolo in corsivo se si tratta di un libro, in caratteri normali se si tratta di un lavoro contenuto in un'opera più ampia o apparso in una rivista. Editore, città di pubblicazione. Se il lavoro citato è comparso su una rivista, sarà il titolo di questa, eventualmente abbreviato secondo le convenzioni vigenti, ad apparire in corsivo, e sarà seguito, d'ORO una virgola, dai numeri che contraddistinguono il fascicolo della rivista e dai numeri delle pagine. Per esempio: *Int. J Psycho-Anal.*, 33, 2, 235-247.

Diamo alcuni esempi esplicativi:

Gori, C.G. (1992) *Parola e interpretazione in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano.

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 maniaco*. *Psicoterapia Psicoanalitica*, 1, 1, 82-93.

Per citare un'opera straniera che sia stata tradotta in italiano ci si atterrà a uno dei seguenti criteri: 1. Si daranno tutti i dati bibliografici dell'edizione originale nell'ordine indicato sopra e li si farà seguire, dopo l'abbreviazione Tr. it. dal titolo italiano, editore, città anno della traduzione; 2. Si indicherà, dopo il nome dell'autore, l'anno dell'edizione originale (o, se è noto, della prima presentazione) tra parentesi, poi si daranno direttamente i dati dell'edizione italiana mettendo alla fine l'anno di questa. Naturalmente la bibliografia dovrà conformarsi tutta al criterio prescelto.

Per esempio:

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. .

⇒ 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.

I lavori vanno inviati alla:

“Redazione della Rivista *Psicoterapia Psicoanalitica*”

presso la sede della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica - SIPP – Viale Bruno Buozzi, 105 - 00194 Roma -

Tel. 06/8547386