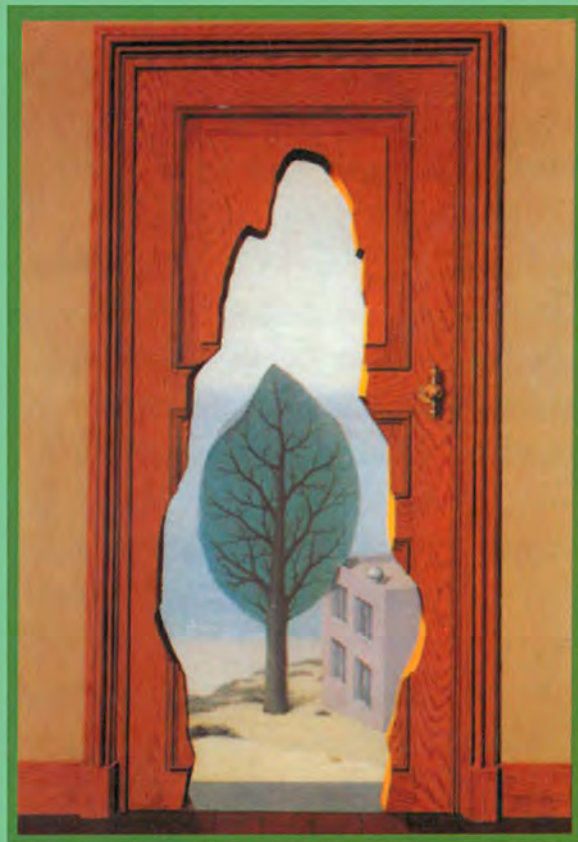


# Psicoterapia Psicoanalitica



ANNO III - NUMERO 2 - LUGLIO 1996

# PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

ANNO III - NUMERO 2

*LUGLIO 1996*

---

**PSICOTERAPIA PSICOANALITICA**

Finito di stampare nel giugno 1996

per conto della Anterem snc dalla tipografia Caravaggio

**In copertina**

R. MAGRITTE, «La perspective amoureuse», 1935

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

## **PSICOTERAPIA PSICOANALITICA**

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

*“Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica”*

### ***Direttore***

GUGLIELMO CAPOGROSSI GUARNA

### ***Redattore capo***

PIA DE SILVESTRIS

### ***Redazione***

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

### ***Direzione, redazione e amministrazione***

Viale Bruno Buozzi, 105 - 00197 Roma - Tel. 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

Tel. (06) 4067667 - Fax 40500398

REGISTRAZIONE AL TRIBUNALE DI ROMA N . 297 DEL 9/7/1993  
DIRETTORE RESPONSABILE: GUGLIELMO CAPOGROSSI GUARNA

**SOMMARIO**

**RICERCHE**

**8 Il suono, la voce, l'armonia degli affetti**

ENZO FUNARI

**CONTRIBUTI**

**26 Spazio potenziale, fantasia sul corpo e rappresentazione nella relazione analitica**

MARIA LUCIA MASCAGNI

**48 Carenza dello spazio potenziale**

MAURIZIO D'ALESSIO

**68 Angoscia di perdita di sé e funzione mentale della memoria. Un caso clinico**

LAURA DE LAURO POLMI

**CONFRONTI**

**82 Creatività e passaggio dell'età di mezzo: un omaggio a Federico Fellini**

RENZO CANESTRARI

**ISTITUZIONI**

**96 Vissuti corporei ed esperienza sensoriale primitiva nel lavoro terapeutico con il paziente psicotico e lo sua famiglia**

MARTA VIGORELLI, MICHELE STUFLESSER, GIACOMO CALVI, MAURIZIO CERIOI, PAOLO DILIBERTO, MARIA FIORELLA GAZALE, GIULIANA LANDO, CLAUDIO MONACE

**FRONTIERE**

**114 Il corpo tra diniego e percezione**

CLAUDIO MIGLIOLI, RAFFAELLA ROSEGHINI

## NOTE

- 163** **Riflessioni sul pensiero di H. Faimberg**  
Pia De Silvestris

## LETTURE

- 144** GEORGE DOWING, **Il corpo e lo parola**  
(P. Freo, M. Bodoni)
- 146** J.J. BARANES, (a cura di)  
**La questione psicotica in adolescenza**  
(M. Mosca)
- 149* *Avvertenze per gli autori*

# RICERCHE

---





ENZO FUNARI

## Il suono, la voce, l'armonia degli affetti

La giovane paziente sta in silenzio: rimane distesa in assoluta immobilità, le braccia incrociate sul petto, sembra quasi non respiri: a brevi intervalli tutto il suo corpo è percorso da lievi sussulti e da brividi. Aderisce al lettino, quasi confondendosi con esso, così come avverto che aderisce a me, per annullare lo spazio che ci separa. Ho difficoltà a staccarmi da questo tipo di esperienza in atto, a trovare una dimensione che mi permetta di riformulare in altre forme di rappresentazione quanto stiamo vivendo confusi, a fantasticare altri modi di *sentire* e, tanto meno, di formulare parole. La situazione si verifica ormai da qualche tempo: arriva sorridendo, con aria spigliata, si sdraia e, accomodatasi con un'espressione soddisfatta, si *inoltra* in un immobile silenzio. Decido di accettare questo tipo di esperienza, di allentare in me ogni pretesa di compiere i benché minimo tentativo volto a staccarci per creare uno spazio tra noi: ed è in questa rinuncia, in questa astinenza del *capire* e dell'*interpretare*, nell'accettazione, peraltro difficoltosa, del senso di soffocamento e di bidimensionalità, che si profila una prima possibilità di comprensione. Mi accorgo allora che ogni piccolo, quasi impercettibile rumore provoca in lei una immediata reazione: i sussulti e i brividi rispondono ad un'esperienza sonora. Sono quindi i rumori, seppur minimi, a sollecitare quel malessere che si esprime nei piccoli segnali descritti, un malessere legato all'interruzione di un silenzio che deve essere assoluto? Mi rendo conto invece che la paziente soltanto al suono della mia voce non risponde così. Infatti, in occasione di qualche mio intervento, compiuto allo scopo di garantire la mia presente disponibilità alle sue richieste fusionali, al suono della mia voce i brividi cessano: la paziente s'acquieta per qualche tempo, talvolta formula qualche parola, come per aderire con la sua voce alla mia, ma la sua autonomia è breve e le sue possibilità di attivarsi sembrano spegnersi rapidamente come se funzionasse una forma di alimentazione dagli effetti precari e all'interno si mantenesse attiva una forza inerziale i cui termini sono confusi, non distinguibili nella loro duplice matrice. "Mi piace sentire la sua voce - mi disse un giorno - ma quando ci parliamo sento che ci allontaniamo e ci perdiamo". Avevamo a che fare quindi con un'esperienza vocale, senza pretese di comunicazione, una *forma* sonora-umana senza oggetti, discrezionalità e confini; una *forma* pura, avvolgente e sedativa, a monte di ogni altra esperienza possibile.

Sulla scorta dell'indicazione della paziente, gli interventi vocali assunsero tacitamente l'intenzione di garantire tale funzione, senza forzature interpretative; era proprio in questa *intenzione* che abitava la *Deutung* (interpretazione). L'accomodarsi in questo unico spazio possibile costituì la premessa perché la paziente potesse cominciare a fantasticare di *andare e venire*, di *uscire e rientrare* nella voce avvolgente, di ricostituire l'esigenza di fondersi e di separarsene. È questo dunque lo scenario presente nella situazione descritta all'inizio di questo scritto; ora la voce è presente e i suoi effetti funzionano ormai in una possibile esperienza per la paziente, nell'unica forma finora esperibile, ed ecco che si ripresentano, nella ripetizione, i brividi e i piccoli sussulti, in una ripetizione che, mentre ripropone l'assetto ormai noto, apre ad un'esperienza resasi adesso possibile. La ragazza inizia a parlare e si inoltra in un racconto pieno di emozione: "avevo pochi mesi e prendevo ancora il latte della mamma". La madre le canta una ninnananna: si trovano nel retro bottega di un negozio (i genitori possedevano un esercizio commerciale): all'improvviso si sente un rumore provocato da qualcuno che entra nella stanza accanto; è il rumore prodotto da quelle file di perline colorate che una volta si ponevano all'ingresso dei negozi. Il canto materno si interrompe, la bimba viene staccata repentinamente dal seno e la madre scompare. "Mia madre - dice la paziente, con una voce flebile e tremando visibilmente - mi ha sempre detto che ciò accadeva spesso e che io mi mettevo a piangere e tremavo tutta... proprio come adesso".

Quanto descritto apriva un processo di possibile trasformazione, ancora a monte di esperienze riconducibili a moduli relazionali. Nel contesto descritto, l'esperienza della voce, nella sua pura espressività, sostiene una funzione e costituisce un referente posti al di qua d'ogni significato connesso alle parole, così come si discosta e si contrappone ai rumori improvvisi provocati da fonti diverse, non riconducibili alla diade paziente-analista. Il rianimarsi di una fusionalità non funzionante, perché non protettiva e non alimentativa, si pone ora all'interno di una potenziale fusionalità funzionante e alimentativa.

Il riferimento alla voce conduce a due successivi interrogativi. Si tratta di uno scenario particolare, prodottosi in modo singolare nel caso accennato, oppure è riconducibile ad una dimensione dell'esperienza psichica che si ripropone all'interno del processo analitico e che, comunque, è assegnabile ai *modi* in cui si esprime la vita psichica? La seconda questione rimanda ad un possibile quadro di riferimento più articolato ed è quella che si rivela più perseguibile in quanto più ricca di implicazioni. L'esperienza sensoriale in cui si dispiega una forma espressiva anticipatoria rispetto all'intenzionalità oggettuale - connessa all'oggetto costituito che rappresenta l'effetto della differenziazione del *Sé* e del *non Sé* - si pone come vicenda costitutiva di ogni successiva articolazione della

vita psichica e delle nostre esperienze nel mondo. I vissuti sensoriali vanno intesi come storie fantasmatiche ove il fantasma e le rappresentazioni precoci - intese come tessuto degli stessi vissuti sensoriali e proto-emozionali - fondano ogni possibile successiva relazione con l'oggetto.

*Phantasia ea est, quae totum parit desiderium*<sup>1</sup>. È nella possibilità di sperimentare il senso della relazione tra il fantasma e il desiderio che si creano le condizioni perché il fantasma stesso si pone come possibile "mediatore tra l'uomo e il mondo oggettivo" (Agamlen, 1978). Quando le esperienze psichiche all'origine della vita appartengono, in vario ordine e grado, a storie di sofferenze e di dolore, il fantasma si frantuma e il suo desiderio si tramuta in una richiesta incolmabile. Viene così a spezzarsi quell'armonia necessaria nella relazione interna tra il fantasma e il suo desiderio e perde efficacia la possibilità per il fantasma a porsi come "condizione dell'appropriabilità dell'oggetto del desiderio e, quindi, in ultima analisi, della sua soddisfazione"<sup>2</sup>. Il suono della voce, nella situazione descritta, non appartiene all'esperienza della mia voce né a quella di qualsiasi altro oggetto definibile, ma si colloca piuttosto, appartenendo ad un'area psichica aurorale, in un tipo di fruibilità non riducibile all'oggetto sonoro, il quale oggetto richiederebbe implicazioni che ne individuano la fonte di provenienza e la decodificazione del senso. Qui l'unica interpretazione possibile è sostenuta da una sospensione dell'interpretare, da una voce-suono, intesa come pura *forma* che possa funzionare per il costituirsi di una nuova esperienza psichica, calata in un tipo di fusionalità alimentativa e contenitrice, unica premessa per una possibile ricucitura tra il fantasma e il suo desiderio. La voce-suono si profila, quindi, nella sua auroralità come un fenomeno avvolgente, in cui il profilarsi della sua oggettualità si perde continuamente nell'assorbimento di una *forma* non confinabile in questo o quello dei punti possibili che la percezione pretende per definirsi come tale. Gli oggetti e le scene oggettuali che vengono catturate dall'esperienza sonora costituiscono tuttavia la struttura necessaria per noi - perché essa esperienza si possa esprimere, ed essa stessa appartiene già - per noi - all'esperienza psichica<sup>3</sup>. Questa pura forma dell'esperienza possiamo ricondurla al *modo* dell'*Ausdruck* freudiano, al *primum* cassireriano (come cifra della pura espressività senza oggetto), origine indecifrabile - nel senso della discrezione oggettuale - d'ogni esperienza oggettuale possibile. La natura di questa voce-suono rimanda a un confine tra il vuoto e il non vuoto costituendo il tessuto per il riempimento del vuoto che consiste essenzialmente nella possibilità dell'assunzione del vuoto in quanto vuoto. Una ninna-nanna sull'orlo di un universo orrifico, confine e base per il costituirsi delle prime esperienze fantasmatiche bonificate dalle quali il desiderio, da esse generato, potrà trarre un conforto atto a sostenere i limiti che l'oggettualità necessariamente gli proporrà.

“Quando metto la mia tuta di pelle da motociclista mi sento al riparo dalle mie angosce. Quella pelle mi protegge contro tutti, mi fa sentire sempre *compattato*”. È un uomo ai 35 anni che parla, dall'infanzia mortificata, con una madre apprensiva e un padre severo e critico che avrebbe poi lasciato la famiglia quando lui era ancora adolescente: una coppia che inaridisce la sua possibilità di fantasticare. Non sa come si possa giocare, la vita è sempre stata un dovere, confinata nello studio e nel lavoro. Combinate con le sensazioni provenienti dall'aderenza del corpo alla moto - mezzo potente e completamente a sua disposizione - le sensazioni suscitate dalla pelle impermeabile, aderente su tutta la superficie del soma, creano un ambiente rassicurante di chiusura e rifugio. “La sua voce mi dice un giorno - sembra che stia sostituendo la mia pelle. Penso a una stanza con il caminetto acceso, ma non per ragioni ornamentali: è acceso proprio per riscaldare l'ambiente in modo tranquillo, per fare compagnia. I caminetti, quelli falsi, non li sopporto”. La scena di questa stanza viene poi accostata ad un senso di bellezza che si sprigiona dentro di lui e che si rendeva conto di avere inseguito per tanto tempo senza mai riuscire ad afferrarla. Si faceva “sentire dentro” e poi “spariva”, si ripresentava e poi svaniva di nuovo, forma puramente espressiva, esperienza estetica senza volto che non riusciva a rintracciare alcuna possibilità di definizione e di insediamento in elementi catturabili da percetti discreti i quali, quando insorgono e si stabilizzano, tendono ad affossare quanto appartiene ai *modi* dell'esperienza aurorale.

“L'enigma della visione viene fondata sul corpo operante e effettuale, peculiare itinerario di visione e movimento” (Merleau-Ponty 1961).

“È un luogo tranquillo - dice ancora il paziente - non nel senso del suicidio [sic]. Quando si viene dal freddo serve per riscaldarsi”. Il rifugio costituito dalla pelle della tuta, contro il freddo di una fusionalità non operante, si tramuta in un rifugio inteso come stanza discretamente riscaldata in cui l'abitare il mondo comincia a rendersi possibile. Quel senso indefinibile di bellezza riesce a costituire uno scenario, tramite la voce, ove il senso del *corpo-vissuto* trova un luogo in cui insediarsi: qui si fa evidente come la voce in analisi - unico ponte che congiunge i personaggi in scena - si faccia carico di un'esperienza estetica - nel senso pieno del passaggio da un congelamento sensoriale ad una sensorialità che si rianima riconducendo a quei vissuti intermodali presenti all'origine della vita psichica in cui tepore, tattilità, suono e visione si aggregano, si fondono in una modalità che ancora non ha accesso alla discrezionalità della percezione mondana. Il bambino, nelle prime esperienze di allattamento, abita un luogo in cui il volto della madre è sonorità, odore, temperatura, tattilità, senso di contenimento, visione e così via: il risultato ne è un oggetto *bizarro* per noi, non nel senso dell'oggetto empirico discrezionabile. L'avventura che condurrà da questo *modo* dell'esperienza psichica al costituirsi dell'oggetto, alle modalità con cui esso potrà essere investito libidicamente,

evitato in forza di un vissuto narcisisticamente insaturo, messo dentro o sputato fuori, questa avventura, è sorretta da un'economia costituita dal modo in cui funziona l'esperienza fusionale.

La fantasia trova nel *corpo fantasmatico*, che può fruire di un'esperienza estetica modificatrice, la possibilità di generare il suo desiderio, di mantenere - intessuta nelle sue *storie* aurorali - la propria funzione mediatrice per costituire l'oggetto d'amore quando l'urgenza vitale glielo farà incontrare. Il riferimento a questo scenario legittima l'apparente paradosso di una voce-suono che anima l'esperienza del *corpo-vissuto*, grazie all'appartenenza, di essa voce-suono, a una rete originaria rappresentazionale in cui la stessa esperienza psichica s'incarna in ciò che il corpo fa sentire nei suoi diversi *modi* sensoriali. È principalmente la voce che, in analisi, data la disposizione fisica degli attori in gioco, si fa carico e veicola, avendo essa relazione con gli altri *modi* della sensorialità, questi altri *modi*: ci si trova quindi di fronte ad un inatteso tipo di palestra del *corpo-vissuto* e delle sue *storie* possibili. Si può dire allora che la voce in analisi, da *pura forma* - cui è assegnabile il carattere dell'*Unbedingte* (condensante in sé l'*Universale* e l'*Indicibile* da un lato e le cose empiriche possibili, inteso come un *medium* esperibile per *tra-vedere* e *tra-sentire* esso *Universale*) possa indicare, nella sua complicità con gli altri *modi* dei vissuti sensoriali, il cammino attraverso il quale il fantasma e il suo desiderio potranno rintracciare un appagamento possibile nei limiti che l'oggetto pone. È qui noi nell'appagamento dell'esperienza fantasmatica che si deve ricondurre la possibilità della rinuncia all'appagamento totale nel mondano e nella possibilità di trasformare il limite da un'aura persecutoria e distruttiva in una possibile fonte di creatività. Senza la fantasia intesa come reale psichico animato dalla tensione generativa del desiderio, la realtà effettuale si impoverisce o diventa ostile, così come si può affermare che, dopo l'entrata nelle cose del mondano, senza l'accettazione dei limiti posti dalle cose del mondo, la fantasia subisce lo stesso destino.

Una torre medievale di un paese delle Marche: cotto a vista che fa della struttura slanciata un'apparizione calda sovrastante il borgo. La sua figura si offre da lontano a chi, provenendo dalla piana, ove scorre il fiume, alza lo sguardo verso il colle su cui si adagia l'antico insediamento. Perché questa immagine si è fatta insistente nella mia mente dal momento che ho deciso di affrontare l'argomento in questione? Perché ha prodotto in me un'indecisione, un blocco durato alcuni mesi e, solo ora, posso riprendere a scrivere? La ripresa si è resa possibile grazie al dispiegarsi di una serie di connessioni nel mio immaginario, le quali, conducendomi dal presente, a ritroso, verso atmosfere dimenticate, mi riconducono al presente, fornendomi l'energia fantastica per riscoprire il motivo profondo della scelta del tema proposto. Quindi promozione ed ostacolo, al contempo, relativi ad una lontana esperienza dell'infanzia alla quale quella torre mi riconduce. E per questo allora che da molti anni - imbarazzante a dirsi provo un particolare affetto per quella torre, commuovendomi

quando mi riappare da lontano in occasione dei miei ritorni in quei luoghi o, quando, in certi momenti di sconforto, riemerge nella mia mente nelle vesti di un oggetto calato in un'atmosfera consolatrice. "Così per molto tempo, quando, stando sveglio di notte, ripensavo a Combray..." (Proust 1913, 45). Vado a rivedermi alcuni passaggi della *Recherche*, per me fonte di fantasticherie e intense emozioni e che spesso ho letto agli studenti in occasione dei miei corsi universitari centrati sul rapporto tra indagine analitica ed esperienza estetica. Ripenso allo scenario del piccolo Proust, costretto, la sera, ad andare a letto mentre i "grandi" rimanevano al piano terreno e alla sua angoscia per la separazione dalla madre: ecco allora che si fa strada un'altra scena, anteriore per me ad ogni lettura e che ha trovato nel testo proustiano una segreta compagnia.

D'estate, nella grande casa dei nonni in cui si trascorrevano le vacanze, talvolta, al sopraggiungere della sera, venivo assalito da una sorta di disperazione. Sapevo che, finita la cena, mio padre mi avrebbe costretto ad andare a dormire. La stanza era al piano superiore, lontana da tutti: del fatto che mia madre fosse *laggiù* e che mi mancasse, ne ero pienamente consapevole. Rimanevo allora sveglio, impaurito e sconcolato, nel silenzio e nel buio. Ed ecco che, col tempo, cominciai a fruire dell'unica compagnia possibile: il suono *dell'orologio* della torre. Mi sentivo protetto e acquietato da quei battiti che si riproponevano regolarmente ad ogni *quarto*. Una forma sonora, senza volto, che si offriva al mio bisogno di compagnia e che si frapponessa tra me e il buio, tra me e il senso del vuoto: *oggetto-limite* tra il senso della morte e quello della vita. Un suono ninna-nanna le cui caratteristiche, al di là del tipo di fruizione immediata per me allora possibile, oggi mi ritornano evidenti nella loro natura strutturale, necessaria per consentire quella particolare forma di esperienza: la regolarità ritmica della comparsa del suono, ogni quarto d'ora. Si creava così un tessuto ai confini in cui poteva insediarsi un'attesa mai disillusa e al cui interno si stabilivano quelle variazioni costituite dall'aumento del numero dei battiti in relazione al passare delle ore, espressi da un suono grave accompagnato da quello più alto dei *quarti*. Si stabiliva pertanto una struttura costante e mobile ad un tempo, la cui mobilità era essa stessa sostenuta da un tipo di regolarità. Così, quando l'ora si era fatta tarda e il bisogno di addormentarmi si faceva pressante, dall'interno di quella presenza costante si sprigionava il massimo della generosità possibile: quindici colpi (dodici gravi e tre alti), quelli della mezzanotte e tre quarti.

Ora che la torre mi ricompare nella storia più recente, condensa in sé tutto ciò che è trascorso nella mia esperienza, a partire da quelle notti dell'infanzia, restituendomi quel lontano senso della sua presenza in qualità di *suono-voce*, *oggetto-limite* senza volto, che si ripropone come oggetto d'amore, possente e discreto. Questa torre, e ciò che rappresenta, possono allora essere intesi come appartenenti a quegli scenari in cui la nostra esperienza fantasmatica, toccando il senso della bellez-

za, centrato su una sensorialità avvertita come vitale, ci alimenta e ci accompagna in un cammino di separazione, ove l'alterità trova spazio dentro di noi. Ed è forse questo un aspetto che, nella sua emblematicità, segnala quanto può aiutarci, nella nostra esperienza analitica e, quindi, nelle vicissitudini dolorose che accompagnano la relazione transfert-controtransfert, la possibilità di rintracciare dentro di noi aree abitate da lontani echi, ancora vivi e presenti, emanati da oggetti amici e bonificati. Allora il nostro spazio si fa più abitabile per noi stessi e per i nostri pazienti.

Difficile non è tanto interpretare, quanto recuperare in noi un ambiente siffatto. Sono le *storie* connesse alle nostre esperienze sensoriali e sensuali (il suono, gli odori, i sapori, così come tutto ciò che precede le nostre più evolute esperienze dell'oggettualità) che decidono sulla maggiore o minore disponibilità in cui si incontra il mondo dell'alterità. In questa prospettiva, il *corpo-vissuto* e l'armonica integrazione delle aree sensoriali, con il tipo di fantasmizzazione in cui si incarnano, rappresentano la condizione per ogni possibile armonizzazione dell'elaborazione simbolica. Così "l'odore e il sapore lungo tempo ancora perdurano, come delle anime, a ricordare, ad attendere, a sperare, sopra la rovina di tutto il resto, portando sulla loro stilla quasi impalpabile, senza vacillare, l'immenso edificio del ricordo" (Proust, 1913, 48).

Due uomini passeggiano, conversando per le strade di Leiden, in un giorno del tardo agosto 1910. L'uno sembra rivolgersi all'altro con una certa animazione, come se avesse fretta di dire molte cose importanti nel più breve tempo possibile; l'altro, di tanto in tanto, annuisce e sembra rispondere ai quesiti che gli vengono posti. La passeggiata di Gustav Mahler e Sigmund Freud - di loro si tratta - dura circa quattro ore. Mahler aveva per tre volte chiesto un incontro a Freud, poi sempre annullandolo: *folie de doute* - come annota Jones (1953, vol. II, 107-108) - "a causa della sua (di Mahler) nevrosi ossessiva".

Finalmente s'incontrano, appunto a Leiden. Durante la conversazione Mahler ha come una folgorazione: "ora capiva perché la sua musica non avesse mai toccato altezze sublimi neanche nei passaggi più nobili e più ispirati dalle emozioni più profonde e perché fosse rovinata dall'intrusione di melodie banali". Il ricordo di un padre brutale che maltrattava la madre si accompagna nella sua mente a questa folgorazione. Una scena dolorosa riprende forma: le voci concitate di un furioso litigio tra i genitori riempiono d'angoscia il piccolo Gustav. Quando l'angoscia si fa intollerabile egli si precipita giù per le scale e sulla strada viene accolto da una dolce melodia proposta da una pianola che suona una vecchia aria popolare viennese: *Ach, Du lieber Augustin*. La melodia lo avvolge e acquieta la sua angoscia: Mahler può concludere che questo è un *punctum*, costituito dal senso della tragedia e del divertimento spensierato" - indissolubilmente associati nella sua mente - e che lo ha

sempre guidato, come forma espressiva strutturante, anche nella sua creazione musicale. Si può notare che ciò che Mahler stesso definì una “intrusione di melodie banali” - come se tali melodie fossero elementi subiti in modo coatto - rappresentavano invece l'emergere di una sensazione di bellezza naturale, un oggetto semplice e libero, non rovinato dalla brutalità altrui e a sua disposizione per contenergli l'angoscia e la disperazione. Oggetto di naturale bellezza che, anziché rovinare o inibire la costruzione armonica della sua musica, interveniva a fornirgli quell'energia e quel conforto necessari perché potesse affrontare il doloroso lavoro che la sua produzione musicale richiedeva: ciò che il *sublime* mahleriano ci consegna. Era quello il periodo della stesura di *Das Lied von der Erde* e della *Nona Sinfonia*. Mahler sarebbe morto nel maggio 1911, a pochi mesi dalla conversazione di Leiden. L'ultima *canzone* di *Das Lied* s'intitola “Der Abschied” (“L'addio”) ed in essa è già presente il *modo* che si svilupperà nella *Nona*, a partire dal primo movimento. “Il movimento oscilla in un'atmosfera di trasfigurazione emergente da un singolare rimando tra la tristezza dell'addio e la visione dello splendore del paradiso - un'atmosfera derivata non dall'immaginazione ma da un sentimento immediato”. È Bruno Walter che ribadisce quanto era emerso dalla conversazione di Leiden - lui che, dopo la morte di Mahler, era stato il curatore, su richiesta di Alma Mahler, di *Das Liede* della *Nona*, prima che venissero pubblicati e lui che ne sarebbe stato in seguito il fedele e magistrale esecutore per tanto tempo.

*Ach, du lieber Augustin*, melodia semplice, strimpellata da un'anonima pianola popolare, si era offerta in un momento speciale con una sua funzione trasformativa, seppur priva di pretese e la sua espressività avrebbe insistito nella cattedrale armonica mahleriana. Così si esprime B. Walter, a proposito della *Nona Sinfonia*: “Il terzo movimento mette in luce, ancora una volta, la stupenda maestria contrappuntistica di Mahler; l'ultimo, esprime un sereno addio: con la conclusione, le nuvole si dissolvono nel blu del cielo”. Dunque disegno, movimento, tecnica e polifonia, provenendo dalla *Quinta*, dalla *Sesta* e dalla *Settima* - nota Walter - continuano nella linea della *Nona*, sempre a testimoniare “un'intensa agitazione spirituale - il senso della dipartita” (Walter 1957).

Al di là di ogni frettolosa parola, l'ascolto del quarto movimento della *Nona Sinfonia* ci può aiutare ad immergerci in questo oceano di sentimenti e di trasformazioni.

*Ach, du lieber Augustin !*

Distacco e separazione, esperienze che accompagnano le vicende umane, spesso nel microtessuto della quotidianità, sempre nell'arco della vita di ciascun uomo. La stessa esperienza analitica si colloca, sin dalle sue prime battute, all'interno del tema della separazione, emergente nelle diverse forme della negazione, del conflitto, della dolorosa accettazione, tra tendenze fusionali e tendenze evolutive, sino all'elaborazione di un lutto possibile. Le condizioni di sopportare il lutto della sepa-



razione è fornito da un tipo di esperienza fusionale in grado di soddisfare il bisogno di alimentazione e di contenimento, di rimarginare ferite narcisistiche precoci, di favorire la restaurazione e la nascita di fantasie che rintraccino i *modi* in cui rigenerare o generare *ex-novo* il proprio desiderio. Nella situazione analitica, nella sua forma classica e fondamentale, in cui il paziente è sdraiato sul lettino e la figura dell'analista rimane fuori campo, la voce costituisce l'unico mezzo operativo che assume al proprio interno una complessa fenomenologia psichica. Se ci riferiamo alla situazione descritta all'inizio (la paziente silenziosa), ci è possibile recuperare il quadro riferibile alle prime esperienze neonatali. Il bambino sta succhiando il latte: le sensazioni del capezzolo nell'orifizio orale, l'azione delle papille gustative, gli effetti del latte che scende nell'apparato digestivo, sono combinati al calore del corpo della madre, alle sensazioni tattili della relazione fisica, alla vista del viso materno, eccetera. La vista comincia a catturare, vicariandole, tutte le sensazioni provenienti dalle diverse aree della sensorialità, in una forma ancora sincretica: il volto materno è qui caldo o freddo, morbido o duro, dolce o amaro, e così via. La voce della madre, nelle sue parole e nel suo Canto, appartiene a questa iniziale *Gestalt*<sup>4</sup>. Ciascun aspetto di questa storia iniziale della sensorialità e della sensualità trascorre negli altri e ne è trascorso. Ed ecco, allora, l'assoluta specificità della situazione analitica in cui alla voce è assegnata la funzione di sostenere in sé tutta la dimensione del *corpo-vissuto* per ripetere e/o ri-originare storie in cui s'incarna l'esperienza del soggetto. L'appartenenza della voce all'originaria intermodalità in cui essa viene trascorsa dagli altri *modi* dei vissuti sensoriali (tattilità, aspetti termici, sensazioni propriocettive, vista eccetera) e che essa stessa, per converso, trascorre, le assegna la possibilità di richiamare in sé tutti gli altri *modi*. Il processo analitico si fa *corpi vissuti in relazione*, nel senso più profondo, sottraendo, proprio tramite la funzione della voce, alla vista il suo primato vicariante e alla parola la sua funzione significante: non per annullarne il senso, ma per riproporre un'esperienza fantasmatica *pre-visiva e pre-verbale*, proprio al servizio di un processo di riacquisizione e di armonica riarticolazione della stessa vista e della stessa parola. In questo quadro la voce è allora voce e, al contempo, ogni altro possibile tipo di esperienza del *corpo vissuto*, dimensione aperta e operante che va da un "Mhm" in qualità di segno di presenza all'intervento con funzione interpretativo-restitutiva.

Il ritmo delle sedute si colloca all'interno di questo quadro: esso costituisce un filo unificante, una struttura silenziosa meno appariscente di quanto può essere individuato in ciò che provoca i distacchi regolari tra una seduta e l'altra. L'alterazione del ritmo - inteso in qualità di tessuto strutturale - provoca una sensazione dolorosa, molto più profonda di quanto può scaturire dai vissuti relativi ai distacchi *concordati* coi pazienti. Il ritmo regolare è una forma aperta, ma non alterabile, al servizio di una potenziale e possibile diversificazione tra i due attori della relazione analitica.

Il carattere significativo della voce e del ritmo, così come è stato finora proposto, rimanda a una qualità al servizio del senso della continuità e della garanzia della presenza costante. In tale senso la sua funzione veicola al proprio interno *l'intenzione* tesa ad una diversificazione possibile. Elementi di ripetizione - la voce e il ritmo - la cui struttura e la cui funzione si collocano, se colti nella loro potenzialità, in una forma di intenzionalità trasformativa al servizio di una complessa diversificazione che promuoverà l'incontro con l'esperienza edipica e, quindi - per parafrasare Freud - l'allargamento della percezione del mondo. Nello scenario proposto, infatti, la funzione paterna non interviene mai *in diretta* ma mantiene, sin dall'inizio, una discreta presenza sullo sfondo, in qualità di custodia paziente e strutturante in concorso con quanto avviene nella diade madre-bambino e cioè in attesa che dalle aree primitive indicate si possa sviluppare un processo di apertura e di accostamento - tramite i vissuti di separazione resi accettabili - alla vicenda edipica. Ed è in questa vicenda che si affacceranno, provenienti dalle esperienze della sensorialità e della sensualità, gli affetti diretti verso *l'altro* e verso gli *oggetti* del mondo, finalmente internalizzabili: la stessa ambivalenza l'odio per ciò che separa, l'amore per ciò che aiuta - qui prende corpo, appartenendo a questo importante momento trasformativo.

Nel processo analitico *l'holding* e *l'handling* ripropongono - nelle forme dell'articolazione fantasmatica - la loro appartenenza all'esperienza del *corpo-vissuto*: "...la loro efficacia risiede 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" (Mascagni, 1996, 133) e, si potrebbe aggiungere, il *contenimento* diventa una gabbia soffocante.

Gli echi delle piacevoli sensazioni somatiche, annota M. Lucia Mascagni, cogliendo la continuità tra il pensiero di D. W. Winnicott e quello di E. Gaddini, "suscitate dal contatto con il corpo materno, sono rintracciabili nell'oggetto transizionale, che pure è per definizione il primo possesso *non me*: Così: "persino il gioco che, come l'oggetto transizionale, nasce nell'area dell'*illusione*, nello spazio potenziale destinato a diventare il luogo dell'esperienza culturale, può essere inizialmente definito - secondo Winnicott - *una elaborazione immaginativa riguardante le funzioni corporee in relazione agli oggetti e all'angoscia*"<sup>5</sup> (Mascagni, *ibidem*).

Nell'elaborazione connessa al processo analitico, il passaggio all'amore per l'oggetto non dovrebbe implicare l'annullamento dell'esperienza fusionale *sufficientemente buona*, per dirla nel modo di Winnicott, ma integrarla in una struttura più complessa ed armonica.

In questa prospettiva è allora possibile "... nel regno dell'attivazione delle relazioni oggettuali, derivate dagli stadi pre-edipici ed edipici dello sviluppo, dissolvere le barriere protettive contro *af-*

*fetti diffusi e primitivi* [il corsivo è mio] pur restando sempre separati - cioè coscienti di sé - e lasciare indietro gli oggetti edipici vuol dire anche accettare il pericolo”, segnala O. Kernberg (1995, 48).

Il pericolo - aggiunge Kernberg - non concerne soltanto l'affrontare il rischio della perdita della propria identità ma anche liberarsi dell'aggressività verso gli oggetti esterni e interni, così come della loro possibile rappresaglia. Così prosegue: “La passione sessuale<sup>6</sup> implica quindi che ci si consegna coraggiosamente alla desiderata unione con l'altro ideale [...]. Ciò significa quindi accettare i rischi dell'abbandono totale di sé nella relazione con l'altro, contrastando la paura di tutti quei pericoli, di diversa origine, che incontriamo quando ci si amalgama con un altro essere umano” (Kernberg, *ibidem*).

Si può notare, tuttavia, che questo *amalgamarsi* non rappresenta un vero *perdersi*, bensì il riproporsi, all'interno di un'esperienza non più distruttiva, degli antichi echi appartenenti alle aree primitive, ormai bonificati in elementi vitali: proprio toccando il limite, così come il senso della morte, essi ci aiutano a rinfrancare, ora, nella separatezza, le nostre *illusioni* protensive.

È in questo quadro che si può collocare quanto avviene nel corso di una seduta con un'adolescente. La ragazza ripete di non trovare interesse per la vita: tutti i *perché* non trovano risposta. Terapeuta: “Allora la vita che cos'è? Dalla nascita alla morte è un pezzettino di tempo infinito... però questa è la vita e il resto è la morte”. Per poter entrare in questa dimensione è necessario trascorrere passaggi dolorosi ma liberatori. Terapeuta: “La vita c'è finché ci siamo. Questo vale per la maggior parte degli uomini, quelli che si ammazzano sono una piccola minoranza. Le ragioni possono essere varie ma una delle principali è l'accettazione dei limiti. È un dato di fatto che la vita è limitata entro uno spazio di tempo” (Senise 1990, 361). Rintracciare il senso della vita non elimina l'eventuale timore o il rimpianto di doverla perdere. Ma, qui, non vi è più negazione del senso della morte, chiusure autarchiche e onnipotenti o risposte maniacali. Se la gratificazione narcisistica è meno insatura, può prevalere la malinconia di non poter stare insieme, per sempre, alle persone e alle cose amate, sentimento accompagnato comprensibilmente dal rammarico per la nostra limitatezza temporale. È il sentire gli altri dentro ai noi e noi negli altri, con il *lavoro* psichico che tutto ciò implica, che ci può sostenere in questo viaggio.

*L'analista ristorante* apre un luogo ove il desiderio dell'infanzia può rintracciare la possibilità di *andare e venire*. R. Barthes in un suo testo (non ricordo dove) ci offre una scena in cui il bambino si distacca e torna dalla madre, portandole un dono (un oggetto che prende dall'ambiente circostante) e quello che conta non è tanto la natura dell'oggetto in sé, quanto quell'*andare e venire*. Si potrebbe aggiungere che se la cura materna ha la funzione di *object presenting*, il bambino costruisce il suo primo spazio nel mondo, staccandosi dalla madre e compiendo - lui - una *restituzione*, spia dei

processi di interiorizzazione. Se questa esperienza si rende possibile - perché il fantasma nella relazione analitica la può incontrare allora essa potrà riproporsi al livello indicato da Kernberg e, cioè, in quella relazione oggettuale, dove l'*andare* e venire consiste nel poter stare insieme all'altro, talvolta rifugiandosi nella propria *rêverie*, per poi riconsegnarsi alla relazione: situazione idonea, nel mondo delle differenze, per sognare insieme, fruendo della realtà effettuale. Mantenendo e riacquistando la sua funzione, generatrice di desiderio, la fantasia può ora riconoscere i debiti nei confronti degli oggetti della realtà empirica, poiché senza di essi la fantasia stessa non avrebbe potuto dispiegare tutta la propria ricchezza: il che non implica che la fantasia sia *riducibile* a tali oggetti. Allora il desiderio non trova nelle *cose* soltanto il limite della morte ma la possibilità del godimento, congiunta al mantenimento dell'illusione della propria trascendentalità: in questo spazio abitano l'armonia affettiva e il senso della tolleranza.

*Wo Es war...* "Dove era l'Es, vi sarà l'Io": così Freud. Dopo tanti anni, riprendendone l'indicazione in modo pragmatico, potremmo così riformularla, con il senno di poi: "Dove Era, cerchiamo di esserci, insieme, per quanto ci è possibile fare".

È possibile cogliere, a proposito degli aspetti connessi al suono, al ritmo e alla musica un curioso confronto suggerito da quanto Mondrian ha sostenuto tra gli anni '20 e '30 (Piana 1995).

Mondrian auspica l'avvento - in una prospettiva futurista - del *rumorismo* e del *macchinismo*, e cioè del *rumore* prodotto dalle macchine, il quale si discosta dai rumori della natura e degli strumenti umani che ne imitano il suono. "I rumori della natura a loro volta sono episodi del capriccio, così come il silenzio della campagna non ha nulla di idilliaco, non è la pace campestre delle fantasie arcadiche, ma è un silenzio su cui pesa l'elemento tragico". (Mondrian 1921, cit. in Piana 1995, 85): una contrapposizione suono-rumore a favore del secondo, il quale esalta l'avvento della tecnologia; "il ritmo di una pressa sarà più familiare del canto dei *Salmi*" (Mondrian 1921, cit. in Piana 1995, 87).

In questa rottura con i suoni della natura irrompe quello che potremmo definire il *bel vivere* nelle città moderne: "Le cattedrali, i palazzi e le torri non caratterizzano più il ritmo delle città. Il rumore dei veicoli ecc. contiene relazioni di opposizione, mentre le campane delle chiese hanno soltanto il ritmo della ripetizione" (Mondrian 1927, cit. in Piana 1995, 88).

Se la città è piena di rumore significa che essa è piena di vita.

Da qui il godimento per l'ambiente del bar: in esso si fa *jazz*, la sua "costruzione, l'illuminazione, le scritte pubblicitarie, anche nel loro squilibrio, servono a completare il ritmo del

*jazz*". Qui "tutto ciò che è brutto viene sublimato dal *jazz*, dalla luce .....Libera dalla forma limitante, la sensualità si apre" (Mondrian 1927, cit. in Piana 1995, 93).

La forma del suono, la sua struttura ben definita vengono intese come forme limitanti cui deve contrapporsi il *rumore*.

Non si tratta qui di entrare nel merito della proposta di Mondrian relativa al *neo-plasticismo*, né di contrastare le sue indicazioni per una nuova estetica centrata sul *rumorismo*, quanto piuttosto di individuare ciò che è riconducibile al tema da me proposto finora, arricchendone i confini. Tralasciamo quindi quanto sarebbe oggi sostenibile relativamente al godimento del traffico in una città moderna, o quanto ci potrebbe far rabbrivire dal piacere l'entrare in un bar affollato (senza *jazz*!). Si può invece osservare che nella *rottura* suggerita da Mondrian viene indicata la necessità di promuovere il ritmo aperto, un ritmo inteso come una forma ripetitiva che però nella sua ripetitività si rinnova: ciò si contrappone alla forma chiusa sostenuta da un ritmo centrato sulla ripetitività.

All'inizio di questo lavoro ho indicato la necessità, nell'ambito dell'esperienza psichica, di ritmi costanti, in qualità di una presenza contenitiva e di una struttura di base. Questa ritmicità, nella proposta di Mondrian sembrerebbe contraddire il senso di una forma e di un ritmo ripetitivi. Ma la questione può invece essere posta in termini diversi. In una *forma* che realmente funzioni nell'originaria esperienza psichica del bambino, la ripetitività si costituisce proprio al servizio di una diversificazione. Sono gli effetti della *relazione* che fanno della ripetizione una forza promotrice per la discrezionalità futura. Solo quando una grande sofferenza psichica grava sulle prime esperienze di vita si potrà sviluppare, come risposta difensiva precoce la necessità di una forma chiusa, rigida, ostacolo per ogni differenziazione. Nel suono dell'orologio della torre, così come nelle scansioni della voce materna che canta una ninna-nanna e che parla al suo bambino, si propone un ambiente che getta il seme per i futuri incontri con esperienze diverse perché, in tal modo, il senso della meraviglia del nuovo riesca a sovrastare l'angoscia che le cose estranee possono suscitare in noi. Allora sì, rifacendoci a Mondrian, a proposito del bar: "Le bottiglie e i bicchieri sugli scaffali stanno fermi, eppure si muovono nel colore, nel suono e nella luce. Sono meno belli delle candele sull'altare?" (Mondrian 1927, *ibidem*).

Non posso negare il brivido di piacere che avverto, ad esempio, quando, sulla 5<sup>a</sup> Avenue di New York, ave tutto è giallo di taxi e la luce del sole cade in obliquo, approfittando degli spazi che i grattacieli consentono, alzo lo sguardo, nel rumore assordante, verso il palazzo della libreria *Brentano's*: ma forse questo godimento è proprio più intenso perché il rumore si può *appoggiare* sull'antico ritmo regulate della mia torre - intesa non quale metafora, ma come esperienza psichica in carne ed ossa - che mi ha protetto nel tempo per lasciarmi libero di andate fin laggiù.

Osservo un bambino di circa un anno mentre gioca nella sua casa. Il suo gioco consiste nell'esplorare gli oggetti della cucina: apre gli sportelli posti sotto il mobile del lavello, appoggia l'orecchio al frigorifero per sentirne il ronzio quasi impercettibile, sposta le sedie, poi sale su di una di queste e si sdraia sul tavolo e così via; passa nel tinello adiacente e cerca di accendere il televisore. È molto serio e indaffarato, sprizza piacere da tutti i pori.

La madre sta parlando con la propria madre (la nonna del bambino). Il godimento è tutto lì, nella possibilità di incontrare gli oggetti di una quotidianità che il bimbo sta cercando di fare propri, in quanto emanazione inconscia dell'uso che ne fanno *quelle che parlano*. Sembra non ascoltare ciò che proviene dalle loro voci: e, in effetti, non è impegnato a decifrarne il significato. Ma il suo godimento - espresso da un *ohc!* intermittente - appartiene in questo momento a quelle voci che lo fasciano con la loro presenza rassicurante, veicolo primario e sullo sfondo della sua prima *pratica* con le cose del mondo.

### Note

1. Vedi per questa tematica, pur impostata in una diversa prospettiva, Agamben 1978, 19 sgg.
2. "...il fantasma, che era mediatore e garante dell'appropriabilità dell'oggetto del desiderio (era cioè quel che permetteva di farne l'esperienza) diventa ora la cifra stessa della sua inappropriabilità (della sua indisponibilità)". Cfr. Agamben, *ibidem*.
3. G. Roi (1987, 105-149) ha scritto un lavoro interessante dedicato alla funzione del suono e della voce materna nell'esperienza fetale e nel neonato, tema collegato alla terapia di bambini psicotici tramite la musica.
4. Per una trattazione più approfondita di questi aspetti, vedere Funari 1993.
5. Le parole in corsivo si riferiscono al testo di Winnicott 1989, 75.
6. La passione non sempre si presenta in questa veste: essa può essere arrivata da tendenze distruttive e autodistruttive. Kernberg, in questo caso, si riferisce ad una accezione che rimanda, invece, ad una compresenza integrata e armonica di diverse tendenze nella personalità adulta.

### Bibliografia

AGAMBEN, G. (1978) *Infanzia. storia*. Einaudi, Torino.

- FUNARI, E. (1993) *La conversazione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- JONES, E. (1953), *Vita. opere di Freud*. Il Saggiatore, Milano 1966.
- KERNBERG, O. (1995) *Love Relations*. Yale University Press, New Haven, London. Trad. it.: *Relazioni d'amore*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- MASCAGNI, M.L. (1996) Studiare Winnicott. Appunti in margine a "Esplorazioni psicoanalitiche". *Psicoterapia Psicoanalitica*, 1, 133-146.
- MERLEAU-PONTY, M. (1961) L'oeil e l'esprit. *Les Temps Modernes*, 184-185.
- MONDRIAN, P. (1921) Il neo-plasticismo nella musica e i "bruiteurs futuristes italiens". In: Piana 1995.
- MONDRIAN, P. (1927) Il jazz e il neo-plasticismo. In: Piana 1995.
- PIANA, G. (1995) *Mondrian e la musica*. Guerini e Ass., Milano.
- PROUST, M. (1913) *A la recherch. du temps perdu: du coté de chez Swann*. Grasset, Paris. Trad. it.: *La strada di Swann*. Mondadori, Milano 1970.
- ROI, G. (1987) Psicodramma e musicoterapia. In: Scaparro, F. (a cura di), *Volere la luna*. Edizioni Unicopli, Milano, II ed., pp. 105-149.
- SENISE T. (1990) Casi clinici. In: Aliprandi, M.T., Pelanda, E., Senise, T., *Psicoterapia breve di individuazione*. Feltrinelli, Milano, p. 361.
- WALTER, B. (1957) *Gustav Mahler*. A. Knopf Inc., NewYork.
- WINNICOTT, D.W. (1989) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

### Riassunto

Attraverso una ricerca che si origina nella situazione analitica ma prosegue attraverso ricordi personali e riflessioni sul fare artistico, l'Autore riconduce la voce alle prime esperienze della vita psichica, rappresentando essa uno dei suoi possibili modi espressivi. La voce, infatti - costituita dalla combinazione e dal riassorbimento dei vissuti suscitati dalle diverse esperienze sensoriali - appartiene alla rete intermodale molto prima che si sia definita qualsiasi esperienza a finalità comunicative e relazionali e, d'altronde, garantisce di queste la costituzione. Questo perché le funzioni alimentative e fantasmatiche di una fusionalità buona creano, a partire dall'avvolgimento della voce, le condizioni atte a contenere l'angoscia di separazione e i processi di individuazione, e, dalle aree benificate dell'esperienza sensoriale e sensuale, diventa quindi possibile trascorrere verso il conflitto edipico e la sua elaborazione, accedendo poi al livello della relazione d'oggetto, ove prevalgono l'armonia degli affetti e il senso della tolleranza.

## Summary

*Through an itinerary starting from the analytic situation and then passing by personal recollections and reflections on the artistic "making", the Author brings the Voice back to the first experience of psychical life, for it represents one of its possible "ways" of expression.*

*In fact, the Voice - made by the combination and the reabsorption of the experience produced by senses - belongs to the intermodal net much before that any experience to the communicative and relational aims is to be defined, and - by the way - it assures their constitution.*

*This is true because the feeding and fancy function of a good fusion create, starting from the rolling up of the voice, all the conditions due to retain of separation-anxiety individuation process, and, from the areas reclaimed by sensitive and sensual experience, it is possible to elapse the Oedipus Complex and its elaboration, then reaching the level of object's relation where the harmony of affections and the sense of tolerance are prevailing.*

ENZO FUNARI  
Via Larga, 19  
20122 Milano



# CONTRIBUTI

---



MARIA LUCIA MASCAGNI

## Spazio potenziale, “fantasia sul corpo” e rappresentazione nella relazione analitica

### Il sogno della luna

Alla fine del suo primo anno di analisi una paziente cominciò una seduta dicendo di avere fatto un sogno “stranissimo”:

*“Ero per strada; era buio, notte; non c’era nessuno, niente. C’era solo la luna che faceva un po’ di luce. E c’era un po’ di foschia, di nebbia, e io... ero la nebbia!...”*

*Quando mi sono svegliata, mi ha fatto molta paura questo sogno... Io camminavo per strada e poi dovevo svoltare per raggiungere casa mia. Un po’ di luce c’era, perché c’era la luna; ma era fredda, faceva anche più paura... Sembrava che fosse scomparso tutto, che tutti fossero spariti, non c’era nessun rumore. Sarà che io ho sempre paura della solitudine...*

*Nel sogno era come se facessi un ragionamento: che io ero la nebbia, una nebbiolina, la foschia... quella nebbiolina che sembra coprire la luna... [Con voce angosciata:] Ecco! Questo è il mio sogno da persona non normale. Perché questo è un sogno da persona non normale! [Poco dopo, più tranquilla:] “Mi ha molto spaventato questo sogno; ho sentito un vuoto dentro la pancia... Ero sola, dovevo camminare in fretta. Mi sembrava che ci fosse la luce accesa in casa mia. Era l’unica luce, in tutte le altre case non c’era nessuno.*

*E poi era un sogno molto nitido. Si vedeva proprio la strada dove abito, questa luna molto chiara, questo cielo blu scuro... Il colore mi è rimasto molto impresso: del cielo e della luna; poi giù le case erano grigie.*

*La luna era piena, molto grande. Era come se la luna fosse una cosa e io un’altra, ma fossimo tutt’e due dello stesso tipo, tutt’e due dovevamo svolgere un ruolo molto importante nella natura. Come nei disegni dei bambini: la luna sopra e la nebbiolina sotto.*

*Nel sogno la paura non mi veniva per la luna o per la nebbia, che ero io, ma perché camminavo per la strada da sola e non c’era nessuno, era tutto vuoto.*

*Il mio compito come nebbia era una cosa utile: dovevo avvolgere tutto il mondo. Era una cosa in collaborazione. Lei faceva un’altra cosa, ma era come se lavorassimo insieme... Ah, la nebbia mi ricorda una donna che aspetta un bambino...*

*Era la nebbia che dovevo capire a che cosa serviva. La luna, era scontato che fosse utile. La luna serviva anche perché la nebbiolina fosse visibile, se no non si sarebbe vista”.*

Sono passati molti anni dal racconto di questo sogno e ci stiamo avviando probabilmente ora, questa paziente e io, alla fase conclusiva del nostro lavoro. Di esso non dirò nulla e non riporterò neppure le associazioni al sogno, se non quella che la paziente mi riferì, dopo una pausa di timido riserbo, il giorno seguente, perché segna il momento della sua consapevolezza circa la rappresentazione, nel sogno, della relazione analitica:

*“Ieri sera ho pensato una cosa: la luna era Lei [...] È stato buffo, perché quando sono uscita di qui non ho acceso la luce delle scale e allora l’ha accesa Lei. E io ho pensato: ‘Ah, la luna è lei’”.*

Nel nostro lessico privato questo sogno è diventato ‘il sogno della luna’ e così lo chiamerò anche qui, sebbene lo scopo del mio scritto sia piuttosto connesso al tentativo di chiarire un aspetto particolare dell’invisibile lavoro della nebbiolina.

Il sogno della mia paziente rivela una notevole forza dell’Io e una grande capacità (e necessità) di regredire nella relazione analitica fino a rendere visibile un Sé nebbiolina. Per me si tratta dunque di affrontare temi per certi versi molto astratti come quello dell’origine della rappresentazione (*Darstellung*) e quello del rapporto tra forme strutturali e pre-strutturali della mente. D’altra parte le ragioni che mi spingono a scrivere queste pagine sono consapevolmente affettive. Poiché esse mi sembrano utili per gli scopi della mia riflessione, cercherò di non perderle di vista (senza che vi sia bisogno di esplicitarle più che tanto), e di perseguire la mia meta conoscitiva, tenendo presenti, per quanto possibile e, pur senza tentarne una disamina specifica, anche le ragioni affettive dei due autori alla cui teoria appoggerò la mia analisi: Winnicott e Gaddini. Queste “ragioni” si palesano, naturalmente, oltre che nelle loro tematiche di ricerca, nella forma in cui si organizza il loro pensiero e il loro linguaggio, e sono spesso più facilmente attingibili attraverso il materiale clinico. Quanto a me, una delle motivazioni che sottostà a queste pagine riguarda il desiderio di comprendere qualcosa di un sentimento controtransferale che è strettamente collegato alla relazione analitica con la paziente del sogno della luna e a quella con gli altri due pazienti cui farò cenno in seguito.

### **Il cerchio come rappresentazione di sé: la “bolla” della paziente di Winnicott**

Sebbene nel sogno della luna la mia paziente sapesse di essere non la luna, bensì la nebbiolina, questo sogno fa pensare alle rappresentazioni oniriche del Sé mediante forme rotonde di cui si è occupato soprattutto Eugenio Gaddini. Ma, prima di Gaddini, il cerchio era stato usato, in psicoanalisi, come diagramma del Sé da Winnicott. Se poi volessimo cercare fuori dalla letteratura psicoanalitica, lo spazio di ricerca sarebbe sterminato. Basti pensare quanto spesso nella mistica cristiana, per in-

fluenza de pensiero neoplatonico, Dio venga rappresentato nella forma di un cerchio (o eventualmente di una sfera) che può avere sia le dimensioni di un punto sia quelle di una circonferenza infinita<sup>1</sup>.

Ma restiamo a Winnicott. È ben nota la sua rappresentazione grafica della “struttura individuo-ambiente” (Winnicott 1952, 268): due cerchi concentrici, la circonferenza interna rappresenta il vissuto del bambino, quella esterna l’adattamento materno ai suoi bisogni. Se tutto va bene il movimento spontaneo del bambino, grazie alla capacità della madre di offrirgli ripetutamente ciò di cui ha bisogno “più o meno al posto giusto e al momento giusto”, scoprirà l’ambiente. Se invece l’ambiente esercita delle pressioni sul bambino, egli dovrà organizzarsi difensivamente nel tentativo di non perdere il senso di sé. È forse meno noto (o meno collegato nella nostra memoria alla sua rappresentazione grafica) il materiale clinico che sta dietro all’immagine dei cerchi concentrici: “Sono debitore ad una paziente per come si era espressa a questo proposito [l’impossibilità nei primi mesi di vita di reagire alle pressioni ambientali senza che ciò equivalga a perdersi] grazie ad una profonda valutazione della posizione del bambino in uno stadio precoce. Questa paziente aveva una madre depressa, particolarmente rigida, che aveva continuato dopo la nascita della bambina a tener-sela sempre stretta per paura di lasciarla cadere. È per questo motivo che la descrizione è in termini di pressione. [...] Questa paziente disse: ‘All’inizio l’individuo è come una bolla. Se la pressione esterna si adatta attivamente alla pressione interna, allora la cosa importante è la bolla. Ma, se la pressione ambientale è maggiore o minore della pressione all’interno della bolla, allora non è più questa ad essere importante bensì l’ambiente. La bolla si adatta alla pressione esterni’” (Winnicott 1949a, 221).

Il rilievo che nella descrizione della paziente hanno gli aspetti quantitativi dell’esperienza primaria corrisponde bene alla qualità dell’attenzione che Winnicott ha per il valore del tempo nella medesima relazione. Nella sua costruzione metapsicologica della relazione madre-bambino Winnicott dà una lettura del tempo dal punto di vista economico<sup>2</sup>. Winnicott è lo scopritore e il teorico del l’area intermedia del l’esperienza, il luogo dell’*illusione*, del gioco e della creatività; ma è il tempo, intuitivamente regolato dalla preoccupazione materna primaria, che consente l’instaurarsi dello spazio potenziale. Questo resterebbe un luogo inaccessibile per l’esperienza umana se non avesse a proprio presupposto la ripetizione dei tempi dell’adattamento materno. La ripetizione “crea nel bambino la capacità di utilizzare l’*illusione*” (Winnicott 1952, 269). E Winnicott (1967, 168; 1971, 44) misurerà di nuovo in termini quantitativamente temporali il rischio di perdere questo spazio terzo, non interno e non esterno, e i fenomeni e le potenzialità creative che gli appartengono, dopo che se ne sia già fatta una certa esperienza.

Nella rappresentazione che abbiamo visto fin qui l'attenzione non è tanto volta al cerchio come immagine del Sé quanto allo spazio che intercorre fra le circonferenze concentriche. Nel medesimo lavoro in cui presenta il grafico della “struttura individuo-ambiente” Winnicott utilizza il cerchio anche per rappresentare il compimento dell'integrazione e lo stato di precarietà e di perseguibilità che il ritrovarsi “uno” comporta. Ciò evoca naturalmente la “posizione paranoide” della Klein, che verrà infatti citata più avanti, in nota. Ma la prima citazione, e nel testo, è per Humpty Dumpty, il personaggio a forma di uovo tanto familiare ai bambini inglesi: “Posso citare a questo punto Humpty Dumpty. Ha appena compiuto la sua integrazione ed è diventato una cosa intera; è emerso dalla struttura ‘individuo-ambiente’, per cui è appollaiato su un muro invece di essere ‘tenuto’ con ‘devozione’. Si trova evidentemente in una posizione precaria per quel che riguarda il suo sviluppo emozionale, particolarmente suscettibile di una disintegrazione irreversibile” (Winnicott 1952, 272)<sup>3</sup>.

Tranne che per le caratteristiche peculiari di questo momento evolutivo Winnicott non è interessato al cerchio come *meta* rappresentativa del Sé, tende piuttosto a considerarlo come una forma potenzialmente già disponibile alla nascita. “Sebbene i neonati non sappiano disegnare io credo che siano capaci [...] in certi momenti, nei primi mesi di vita, di rappresentare se stessi con un cerchio. Forse, se tutto va bene, potrebbero riuscire a farlo subito dopo la nascita; in ogni caso [...] a sei mesi un bambino usa a volte il cerchio o la sfera come un diagramma del Sé” (Winnicott 1949b, 302). Tutto questo ha a che fare con la continuità dell'essere, che riguarda sia l'esperienza somatica, sia la sua elaborazione immaginativa (la psiche). Anche qui ciò che interessa Winnicott è la salvaguardia del bambino ad opera delle cure materne. Non è tanto importante che il bambino sappia o non sappia della rappresentazione di sé che ha a disposizione, importante è che non sia costretto a ricorrere ad essa per reagire alle pressioni dell'ambiente, ossia per difendersi da un'agonia primaria. Ciò comporterebbe il rischio di una scissione del Sé e dell'organizzazione dissociata (rispetto all'unità psico-somatica) di un'attività mentale attivata precocemente per assumere compiti di supplenza rispetto al carente *holding* materno.

C'è una pagina molto drammatica di Winnicott in cui egli narra la sua esperienza con una paziente che ebbe bisogno, nella sua lunga analisi, di una regressione profonda e prolungata. “Accadde poi che, con questa particolare paziente, io feci qualcosa di molto insolito nella mia pratica analitica [...], a un certo punto mi ritrovai sul divano con la paziente, con il suo capo tra le mani. Un simile contatto fisico reale è raro nella pratica psicoanalitica; e io feci questa grossa trasgressione, del tutto estranea alla psicoanalisi. Provai che effetto avrebbe avuto il lasciare cadere il suo capo all'indietro e se sarebbe comparso il riflesso di Moro. Naturalmente sapevo ciò che sarebbe accaduto. La paziente soffrì una profonda agonia mentale e ciò in conseguenza del suo essere scissa in due e di qui

potemmo arrivare infine a scoprire quale fosse il significato psicologico della sua agonia mentale. Finalmente essa fu in grado di farmi capire ciò che era accaduto al suo Sé infantile, mi mostrò come il cerchio si fosse trasformato, in quel momento, in due cerchi e il suo vissuto fu l'esempio di una scissione nella personalità prodotta da uno specifico fallimento dell'ambiente facilitante (Winnicott 1964, 43).

Su tale esperienza Winnicott costruisce il monologo immaginario di un neonato che sia stato costretto ad una consapevolezza precoce: “Stavo godendomi una continuità dell'essere. Non avevo idea di quale fosse il diagramma corretto per il mio Sé, ma avrebbe potuto essere un cerchio. [...] A un tratto accaddero due cose terribili [...]: la continuità del mio essere, cioè quanto io ho per il momento di integrazione personale, si era interrotta e ciò in conseguenza del fatto che io avevo dovuto dividermi in due parti, un corpo e una testa. Il nuovo diagramma che mi trovai costretto a fare di me era composto di due cerchi non collegati tra loro, invece dell'unico cerchio di cui non avevo neppure bisogno di saper nulla, prima che accadesse questa cosa orrenda” (*ibidem*, 42).

### **La fantasia sul corpo e il “sogno dei pianeti” della paziente di Gaddini**

In due dei suoi maggiori lavori Eugenio Gaddini (1980, 484; 1981, 519) descrive il medesimo sogno di una paziente. Non si tratta di un sogno di analisi, ma di un sogno che la paziente aveva fatto molti anni prima, quando, ancora adolescente, aveva perduto la madre. Nel sogno vedeva se stessa come un pianeta nel buio cosmico. Sapeva che non appena fosse scomparso un altro pianeta, che si stava allontanando velocemente, lei sarebbe andata in pezzi nello spazio infinito. La comunicazione del sogno avvenne nell'ultima settimana d'analisi e, come si ricorderà, fu accompagnata da quella, prudentemente tardiva, della scomparsa della dermatite atopica di cui la paziente aveva sofferto dal sesto mese di vita.

*Note sul problema mente-corpo*, dove Gaddini descrive questo sogno per la prima volta, è anche il primo, tra i suoi lavori pubblicati in vita, in cui egli indichi il cerchio che appare nelle fasi precoci del disegno infantile come “la prima rappresentazione del Sé mentale separato” (Gaddini 1980, 494). Questo tema ritornerà poi in quasi tutti i suoi lavori successivi, l'ultimo dei quali porterà anzi il titolo: *La maschera e il cerchio*. Ma ciò che io trovo più interessante è il percorso singolarmente complesso che il tema dello spazio e del cerchio ha compiuto nel pensiero di Gaddini prima che egli lo affidasse alle stampe. Ho cercato di ricostruire tale percorso in alcune note agli *Scritti* (Gaddini 1989, NdC 2, 55; 44, 402; 1,618) e, più estesamente, in un lavoro sul concetto di “organizzazione mentale di base” (Mascagni 1994). Non potrò riprenderlo qui se non per brevi cenni, e privilegerò in questo caso, come mi sono proposta in precedenza, il materiale clinico.

Il primo scritto di Gaddini sul cerchio risale al 1959 (oltre vent’anni di anticipo su *Note sul problema mente-corpo*), e appare ibrido e complesso fin dal titolo: *Immagine corporea primaria e periodo fallico: considerazioni sulla genesi dei simboli di forma rotonda*. È un lavoro cui si potrebbero imputare molte incoerenze e tuttavia contiene *in nuce* l’orientamento più fecondo e originale del suo futuro pensiero, che ancora non si era costruito lo spazio teorico in cui prendere forma. Anche questo scritto contiene un sogno sulle forme circolari, sognato però da un paziente non di Gaddini, ma di Rangell (1952). Rangell vi fa cenno in un lavoro che fu sicuramente di grande stimolo per il pensiero di Gaddini.

Il paziente di Rangell che, dopo un lungo percorso analitico, sognò “dei cerchi, era un ossessivo e aveva cominciato l’analisi in età matura, ma fin dall’infanzia aveva manifestato una fobia delle bambole. Non sopportava di vedere una bambola rotta. Temeva in particolare le *bambole* di cera “che potevano sciogliersi” e quelle vuote che, se si rompevano, diventavano “un buco squarciato” (Rangell 1952, 43, traduzione mia). Era nato dopo la morte di una sorellina e ne aveva preso il posto presso la madre che lo vestiva da bambina e non poteva offrirgli se non delle cure “inanimate”. Del “sogno dei cerchi” Rangell riferisce le associazioni (il cerchio sembrava al paziente il simbolo della completezza) e il fatto che esso avvenne verso la fine dell’analisi, in un periodo in cui il paziente “stava attaccato ‘oralmente’ quanto più poteva” e cercava di “succhiare fino in fondo il trattamento” (*ibidem*, 53).

I cerchi onirici del paziente di Rangell animano la parte più autentica del lavoro di Gaddini del ‘59, quella in cui egli cerca di raffigurarsi uno spazio protomentale prendendo a prestito il modello non euclideo di spazio curvo e bidimensionale ipotizzato dal matematico Poincaré. Passeranno poi molti anni prima che Gaddini ritorni allo spazio e al cerchio in *L’invenzione dello spazio in psicoanalisi* (1976-78) ed anche questo lavoro resterà inedito fino alla sua morte. Eppure esso è fondamentale nella costruzione del suo pensiero. Lo spazio sul quale Gaddini si interroga è ad un tempo quello della “prima organizzazione mentale del Sé” (p. 391) e quello della ricerca psicoanalitica, che pur avendo preso le mosse dalla “finzione spaziale” di Freud, ha tardato ad occuparsi dello “spazio come vissuto del mondo interno” (p. 389). Si potrebbe dire che è anche il luogo in cui la sua ricerca personale può finalmente inoltrarsi “là dove l’idea di spazio sorge e comincia a evolvere e ad acquistare significato, e con ciò forma e dimensione” (*ibidem*).

Siamo quindi agli albori della rappresentazione, o al passaggio cruciale tra presentazione e rappresentazione<sup>4</sup>. Tra il lavoro sull’immagine corporea primaria e quello sull’invenzione dello spazio Gaddini si era occupato soprattutto della prima, con gli studi sull’imitazione, sull’aggressività e anche sulla formazione del padre. Oggetto dell’indagine era lo psicosensoriale, oppure, nei termini in-



trodotti con *L'invenzione dello spazio in psicoanalisi*: lo “spazio del Sé totale”. Dopo questo lavoro Gaddini comincerà a parlare di “organizzazione mentale di base” piuttosto che di “Sé” e talvolta userà questo nuovo termine come sinonimo di “area psicosensoriale della mente”. Ma sarà soprattutto attento a presentare l’organizzazione mentale di base come l’assetto funzionale che la mente infantile organizza quando la scoperta della separatezza la costringe a sperimentare la “perdita del senso del molteplice come uno e quindi del frammento come sé” (Gaddini 1984, 623).

Ecco dunque che “lo scopo precipuo della formazione dell’organizzazione mentale di base sembra essere quello di giungere alla formazione di una prima immagine del Sé corporeo” (*ibidem*, 618, NdC 1)<sup>5</sup>. Tale immagine è una “fantasia sul corpo”, la prima che sia possibile dopo un tempo in cui potevano darsi solo “fantasie nel corpo”<sup>6</sup>.

“Fantasia nel corpo” è, a questo punto, nel pensiero di Gaddini, l’immagine allucinatoria, almeno nell’esperienza più primitiva del bambino. “Fantasia nel corpo”: ossia un vissuto che resta chiuso nel circuito corpo-mente-corpo, un’allucinazione senza immagine, non rappresentabile, ma solo imitativamente riproducibile mediante l’apprendimento sensoriale e protomentale che il bambino ha del proprio funzionamento fisiologico. (Sul versante patologico, “fantasie nel corpo” sono le sindromi psico-fisiche della prima infanzia). La “fantasia sul corpo” segna l’inizio dell’affrancamento dal funzionamento strettamente psico-fisico<sup>7</sup>.

L’organizzazione mentale di base è spinta al raggiungimento dell’immagine, ossia verso la rappresentazione, dall’angoscia di perdita di sé e in particolare da una delle due forme contrastanti in cui questa si manifesta, l’angoscia di non integrazione che tende ad essere adattativa rispetto all’integrazione, quando occorre comunque affrontare il dato di fatto della separatezza. (L’altra forma dell’angoscia di perdita di sé, l’angoscia di integrazione, si oppone invece ai processi integrativi come alla maggiore minaccia di annientamento). L’organizzazione mentale di base nasce dalla necessità del Sé separato di sopravvivere alla catastrofe e di impedirne la ripetizione: è difensiva per definizione e tale è il suo prodotto, la prima immagine del Sé corporeo. Perciò, sebbene questa sia geneticamente preliminare alla struttura psichica, sarà compito dell’Io, quando si sarà formato, renderla inaccessibile alla coscienza. Ciò corrisponde alla più fondamentale difesa dell’Io, alla salvaguardia della struttura psichica. Infatti all’angoscia di perdita di sé che muove l’organizzazione mentale di base “corrisponde nell’Io l’angoscia della sua destrutturazione, la paura della pazzia” (Gaddini 1985, 741).

Succede così che la lettura del cerchio nel disegno infantile sia nel pensiero di Gaddini molto più drammatica e decisamente più metapsicologica di quella di Winnicott. Quando il bambino diventa capace di disegnare una forma circolare, essa “non differisce dall’immagine del sé corporeo

che la precede, eccetto che per l’occultazione del senso concreto che quella immagine aveva nella mente. Ora che è depositata graficamente nel mondo esterno è come staccata dal suo senso mentale. L’espressione creativa comincia così con un’immagine astratta (ma occultamente autobiografica)” (*ibidem*, 735). La rappresentazione grafica di ciò che era stata per l’organizzazione mentale di base l’immagine del Sé corporeo, appartenendo all’Io, diventa un simbolo.

Può tuttavia accadere che l’angoscia di perdita di sé irrompa nell’Io e gli sveli l’immagine corporea primaria, la più antica “fantasia sul corpo”. Ciò avvenne evidentemente alla paziente del “sogno dei pianeti”, quando la sua antica angoscia di perdita di sé, che nel primo anno di vita aveva prodotto una così tenace “fantasia nel corpo” (la dermatite), fu chiamata a rappresentarsi dalla morte della madre.

Altre volte, più benignamente, succede che nel lavoro analitico la coscienza onirica si faccia ponte per il recupero di affetti e forme del l’organizzazione mentale di base. Allora “la più temuta patologia originaria del Sé - quanto a dire la temuta pazzia nella struttura-può giungere a essere rappresentata nel sogno. La stessa immagine mentale del Sé corporeo [...] si può così ritrovare nei sogni di persone adulte ad *analisi* molto avanzata” (*ibidem*, 738). In sogno questi pazienti fanno, di solito con molta angoscia, che la forma rotonda che stanno vedendo non è altro che loro stessi. “L’angoscia rievocata in questi casi - scrive Gaddini-è particolarmente paurosa. L’allarme a cui dà luogo si può comprendere, se si tien conto della sua qualità primitiva. Questi sogni riguardano infatti molto da vicino l’originaria angoscia di perdita di sé, la più primitiva, la matrice, direi, delle forme e l’angoscia successive” (*ibidem*).

È infatti molto angosciato anche l’altro sogno raccontato da Gaddini (1981, 518) in *Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico*. Un paziente in analisi sognò di essere qualcosa di rotondo, come una torta o una frittata, che galleggiava in un mare che gli pareva grande come un oceano. L’immagine rotonda si andava sfrangiando e diventava sempre più piccola. Il paziente sperava invano che la madre, che guardava dalla riva, intervenisse per salvarlo, ma ciò non accadeva. Egli stesso in sogno era presente anche in forma umana e guardava con terrore il suo Sé rotondo sparire inesorabilmente.

### **Il disegno del bambino-palloncino**

Ora posso tornare ai miei pazienti.

Parecchi anni fa durante la sua prima seduta Alberto, un bambino piccolo e minuto di cinque anni, mi annunciò che avrebbe disegnato “un bambino”. Tracciò un cerchio e poi divenne molto triste, prese a tirarsi con due dita una palpebra e disse: “Non sono capace di disegnare un bambino...

Vado a chiedere alla mamma se sono capace”. Feci queste sedute di diagnosi e la successiva psicoterapia presso il Dipartimento di Psicologia dell’Università di Bologna e, poiché sentivo che gli spazi dell’Istituto dovevano sembrare sterminati a questo bambino la cui crescita rischiava di bloccarsi per un’angoscia relativa alla separatezza, permisi che nei primi tempi la mamma utilizzasse come stanza d’attesa l’atrio antistante alla camera dei giochi.

Alberto andò dunque a consultare la mamma e tornò subito a comunicarmi: “La mamma ha detto che sono capace”. Rassicurato si riaccinse alla sua impresa, ma di nuovo non poté disegnare un bambino. Allora, dopo aver guardato con molta preoccupazione il suo disegno, mi disse: “È un palloncino”. Su questo bambino-palloncino credo si sia tacitamente concluso il patto che era cominciato tra me ed Alberto per così dire al primo sguardo o, probabilmente, già quando avevamo saputo che ci saremmo visti.

Il bambino-palloncino di Alberto fa pensare sia alla lettura che dà Gaddini del disegno infantile (l’immagine autobiografica che diventa simbolica entrando nel registro percettivo dell’Io e staccandosi da quello psicosensuale dell’organizzazione mentale di base, e che tuttavia può, nella seduta analitica, farsi drammatica: rappresentazione della primitiva angoscia di perdita di sé), sia a quella che ne dà Winnicott. Quest’ultimo guarda al disegno infantile soprattutto in riferimento alla possibilità per il bambino di accedere a delle forme condivise pur conservando la propria spontaneità. Tale conquista è all’inizio precaria e “dipende da qualcuno che si trova in rapporto diretto col bambino che sta disegnando. Più tardi questo legame, così personale, si rompe, e deve essere rotto e allargato; e prima che il bambino diventi finalmente un artista o più probabilmente un normale cittadino, egli deve essere in grado di fornire *dall’interno* quella persona in rapporto con la quale, esternamente, il primitivo senso artistico si era manifestato in modo così brillante” (Winnicott 1950, 36)<sup>8</sup>.

Nel secondo anno di terapia Alberto inventò una nuova rappresentazione della sua angoscia di perdita di sé: costruì con la plastilina una sfera che chiamò “pancia inghiottita”. Questa pancia in principio inglobava completamente, fino a renderlo invisibile, un piccolo orso di plastica, che lottava invano per liberarsi. Assunse poi tante funzioni diverse: era ad un tempo riconoscibile come una pancia materna avvolgente e come una pancia infantile divorante e di conseguenza divenne un mezzo per rappresentare emozioni di qualità assai più pulsionale rispetto al disegno del “bambino-palloncino” ed angosce più evolute.

Il riferimento ai bisogni fusionali restò tuttavia presente nella psicoterapia di Alberto, anche quando il nostro spazio non fu più popolato da palloncini o da pance. In una fase abbastanza avanzata del nostro lavoro egli rappresentò se stesso come un piccolo cavaliere che circondava con un braccio le spalle di una bambina. Sapevamo entrambi che la bambina ero io ed era un sapere che

doveva essere condiviso, ma non detto, come avviene spesso con i bambini, ma come era assolutamente peculiare della nostra relazione. C’era anche qualcosa d’altro che veniva rappresentato e che doveva essere riconosciuto senza parole. Alberto disegnava sempre con colori a cera; solo per quel quadretto edipico ricorse alla tecnica del collage: in tal modo i due bambini erano ben incollati al foglio-sfondo e incollati anche tra loro.

### **Convergenza di funzioni strutturali e funzioni psicosensoriali nella mente e nella relazione analitica**

Alberto fu in grado fin dalla prima seduta di presentarmi, ma forse potrei dire di “rappresentarmi”, il suo Sé-palloncino, ossia di utilizzare la forza del suo Io per mettermi in contatto con vissuti più antichi dell’Io e della rappresentazione. Sebbene i suoi affetti fossero permeati dall’angoscia di scoprirsi separato dalla madre, nonché da quella di non potersi separare, e sebbene ciò imprigionasse l’Io e gli impedisse di godere della scoperta della realtà esterna, tuttavia la struttura psichica di Alberto c’era ed era abbastanza solida. Egli aveva angosce psicotiche, ma non era affatto un bambino psicotico. Anzi si potrebbe dire che proprio la ricchezza del suo mondo interno e la sua capacità di rappresentarselo rendevano accessibili queste angosce come qualcosa che poteva comunque arrivare ad avere una forma e ad essere pensato. Inoltre, ma sarebbe più giusto dire per le stesse ragioni, Alberto era un abitatore appassionato dello spazio transizionale, e di conseguenza si immerse nella relazione analitica come se quello fosse da sempre il suo posto, noi ci fossimo da sempre conosciuti e, soltanto, avessimo tardato un po’ ad incontrarci e a riprendere un antico gioco.

Tutto ciò vale, nonostante le differenze di età e di storia, anche per la paziente del sogno della luna, cui vorrei ora ritornare. Rispetto alle descrizioni di Gaddini questo sogno presenta molte “irregolarità”. Intanto non è un sogno di fine analisi, avviene dopo il primo anno di analisi, sigla la conclusione di un percorso, ma si pone anche come un punto da cui partire per il successivo lavoro analitico. È un sogno di transfert, ma ancora di più è un sogno di “riflessione” circa la relazione analitica, che, come la nebbiolina, diventa visibile sia nei suoi aspetti lunari della fusione e della vicinanza, sia in quelli terrestri del distacco e della individuazione. Infine la paziente non rappresenta se stessa con una forma rotonda, si rappresenta anzi priva di forma. Ciò non suscita durante il sogno nessuna angoscia. L’angoscia (il terrore della follia che nell’Io corrisponde al riprendere contatto diretto con gli affetti dell’organizzazione mentale di base) sorge quando la paziente si sveglia e quando mi racconta il sogno e teme quello che io ci vedrò (“Questo è il mio sogno da persona non normale”). Ma nel sogno essere la nebbiolina è normale, la paura (“ho sentito un vuoto dentro la pancia”) riguarda la zona terrestre del sogno, quella in cui è se stessa, cammina per strada “sola”, al

buio perché in questa nuova situazione la luna è diventata remota, “fredda”, estranea (quanta nostalgia per il luogo in cui luna e nebbiolina erano tutte e due dello stesso tipo!), non la illumina né la protegge da possibili, minacciosi assalti pulsionali.

Si direbbe che la mia paziente (la quale, fatto ormai raro, non ha nessuna conoscenza della teoria psicoanalitica) sia pienamente d'accordo con Winnicott: nel cielo della relazione primaria non ha alcuna importanza per il bambino essere uno o essere tanti piccoli frammenti di esperienza, purché si sappia “visto” e tenuto insieme dalla madre. Anzi, se c'è questo sguardo, che è anche garanzia di consonanza e di potenziale reciprocità degli affetti, essere informe è, per un piccolo Sé, un buon modo di cominciare ad esserci.

Nel sogno, dunque, la mia paziente non è atterrita dallo stato di non-integrazione, bensì da quello di integrazione; dalla “solitudine” dell'essere se stessa, chiusa nel proprio limite individuale.<sup>9</sup> Perciò è un grande sollievo poter essere finalmente una nebbiolina e che ci sia una luna, in qualche modo diversa da sé, ma “dello stesso tipo” e dunque in realtà non ancora altro da sé. Il compito principale della luna è quello del confine. Se è la luna a occuparsi di questo, se il cerchio è la luna, allora la nebbiolina è finalmente libera di fare la sua parte in un lavoro che sa fondamentale nell'ambito della natura.

Certo, se mancasse la garanzia del contatto, sentirsi nebbiolina sarebbe terrificante e corrisponderebbe alla scoperta della precarietà del Sé non integrato. Sono rimasta sorpresa dal modo in cui un piccolo paziente di Vlasta Polojaz (1995) ha utilizzato, durante la sua analisi, un'immagine molto vicina a quella della nebbiolina: “In questo periodo A. inizia a parlare della minaccia sotto alla quale si sente spesso vivere. Gli sembra infatti di essere quel cartoncino, o nastro, non sa cosa sia, che compare nella sigla dei films Universal: si vede, dice, un pianeta, sarà la terra, e questo nastro che l'avvolge, però di fatto non è attaccato e può in ogni momento perdere quel contatto e disperdersi nell'universo”. Sebbene il “cartoncino o nastro” sia più coeso della nebbiolina ha una forma assai precaria (“non sa cosa sia”) rispetto al pianeta; una forma che, nella percezione del distacco, non dà nessuna speranza di avere un senso e un posto nell'universo. Perciò balena qui anche l'angoscia di non integrazione.

Quanto alla mia paziente, relativamente da poco tempo noi camminiamo nella grigia terra della disillusione, per anni abbiamo abitato un universo in cui poteva ancora accadere di incontrare cosmogonie oniriche. Nel quarto anno di analisi, dopo aver sognato che facevo partecipare alle nostre sedute un analista uomo, le dicevo che ora doveva parlare con lui e lei si sentiva “sola” per il fatto che io e il mio collega eravamo in due<sup>10</sup>, la paziente saltò una seduta. In quella successiva riferì un sogno che le aveva ricordato quello della luna: “Anzi i sogni erano due. Nel primo io ero incinta,

*avevo la pancia, proprio un pancione. Il bambino stava per nascere. Poi ho sognato la terra, il globo. Io c'ero sopra. Sulla terra c'era qualcuno, uno scienziato. Doveva regolare la posizione della terra. E infatti io mi sono sentita girare e tutto quello che c'era intorno a me ha fatto un giro, ha cambiato posizione. Era un regolatore del tempo. Ogni tanto lo scienziato provocava un movimento. Io sapevo che era molto competente; altrimenti sarebbe stato pericoloso questo far girare la terra. La terra avrebbe potuto cadere... Mi ha fatto pensare alla luna, perché io c'ero sopra, ma ne ero parte, come lo ero della luna.*

*Lo scienziato... Mi è venuto di definirlo un regolatore del tempo, non so perché. Io ho detto 'di tempo': però lui doveva regolare la 'posizione' della terra”.*

Se pensiamo alla separazione biologica della nascita è più facile immaginare che il bambino sperimenti il processo della nascita come un cambio di posizione piuttosto che come un tempo; parimenti, nella nascita psicologica l'emergere di una funzione temporalizzatrice della mente corrisponde al vissuto di un cambiamento spaziale: lo spazio bidimensionale e atemporale del Sé totale cede a una nuova tridimensionalità. Nel pensiero di Gaddini l'enfasi è posta ancora una volta sugli affetti: è l'angoscia di perdita di sé a sollecitare il cambiamento quando lo spazio soggettivo del Sé, nuovo, limitato e precario, ha per la prima volta bisogno che esista un passato in cui collocare, distanziandola da sé, la catastrofe che altrimenti resterebbe di continuo imminente. Ciò permetterà il passaggio dalle manovre difensive dell'organizzazione mentale di base all'esperienza del dolore mentale che fonda la possibilità per il Sé separato di diventare una persona. Nel pensiero di Winnicott l'enfasi è posta come sempre sull'*holding* e sulla relazione. Mentre nel tempo della dipendenza assoluta è solo la madre a sapere dell'esistenza del tempo e a regolarlo, e il bambino è lasciato libero di fare l'esperienza dell'illusione, nella fase successiva il tempo e lo spazio vengono condivisi e fanno parte dell'esperienza che il bambino ha del proprio mondo interno, di quello esterno e, sia pure in modo diverso, anche dell'area intermedia (basti pensare a come spazio e tempo siano parte integrante del gioco).

Nella situazione analitica tutto ciò riguarda importanti movimenti in direzione del rapporto oggettuale, sia che ne facciamo una lettura metapsicologica, sia che privilegiamo un punto di vista relazionale (e non c'è dubbio che i due approcci possano illuminarsi a vicenda)<sup>11</sup>.

### **Una qualità affettiva della relazione analitica**

Quando Alberto era in terapia mi trovavo spesso a pensare che dopo le sue sedute mi sentivo “bene” come dopo una “buona” seduta della mia analisi personale. Anche la nostra alleanza, sebbene fosse assolutamente non detta e per così dire priva di enfasi, aveva un'intensità particolare. C'era

un sentirci “noi” che aveva la qualità tranquilla, ma assolutamente fondamentale, di un primigenio dato di fatto. E c’era sia quando, come fu nei primi anni, le sedute erano ricchissime di movimento mentale e molto gratificanti, sia quando, più avanti, attraversammo una specie di zona opaca in cui sperimentavo sentimenti di impotenza e di delusione.

Molti anni dopo la fine della terapia di Alberto, cominciando l’analisi della paziente del sogno della luna, fui sorpresa dalla grande somiglianza che sentivo in queste due relazioni. Era come se, nel mio mondo interno, Alberto e questa paziente fossero strettamente imparentati. Qualche tempo dopo giunse un terzo “parente”, un ragazzo di diciannove anni. Anche lui ha la stessa capacità di rappresentazione, la stessa possibilità di movimento dai livelli psicosensoriali della mente a quelli del funzionamento, dell’Io e viceversa, anche con lui ho sentito lo stesso senso del “noi”. In questi anni mi sono chiesta spesso come tutto ciò intervenga a caratterizzare la relazione analitica e quale “baratto” sia avvenuto tra me e questi tre pazienti<sup>12</sup>.

Alcune delle ragioni che possono far sentire preziosi questi pazienti mi sembrano facilmente accessibili e in qualche modo le ho già dichiarate. Mi chiedevano tutti e tre di andare in zone arcaiche e indifferenziate dell’esperienza mentale (un viaggio sulla luna), il che è comunque attraente per gli esseri umani, e per gli analisti forse un po’ di più. In qualche modo devo aver saputo fin dal principio che durante il viaggio avrei potuto contare sulla loro struttura psichica e non soltanto sulla mia. Sarebbero stati autentici compagni di viaggio; il che è molto rassicurante e gratificante rispetto all’esperienza che ci fanno fare quei pazienti che pure hanno bisogno di andare sulla luna, ma per molti anni stanno con noi come viaggiatori clandestini, acquattati da qualche parte, attentissimi a non farsi trovare ed eventualmente disposti ad uscire dalla loro nicchia solo per farci sapere che ci considerano dei pessimi piloti.

Non mi soffermerò dunque su questo aspetto, ma sul senso del “noi”.

Dopo un lungo periodo di terapia Alberto mi chiese quanti anni avevo (c’era in lui un tenace, difensivo, interesse per il tempo; a cinque anni sapeva la data di nascita di tutti i suoi familiari, nonni compresi, e si rapportava con il calendario con una perizia insolita alla sua età). Glielo dissi. Riflettè un po’, poi concluse guardandomi sorpreso: “Sei grande”. Ebbi l’impressione che fino ad allora Alberto avesse in un certo senso giocato con una bambina della sua età. Naturalmente ciò era anche vero, perché di sicuro egli aveva stabilito un solido patto con il mio Sé infantile, ma non credo che sia tutto.

Nei primi anni d’analisi la mia paziente nebbiolina sognava spesso due bambine o due ragazzine: una era lei stessa, l’altra era in qualche modo me, sua compagna di gioco o di viaggio, ma era anche, di nuovo, lei stessa in un complesso, finissimo movimento identificatorio. Ciò mi rendeva

molto cauta a dare interpretazioni di transfert, sentivo che dovevo riconoscermi in quei doppi onirici, senza saturarli. Era una questione di leggerezza, come è poi naturale che sia in uno Spazio privo di forza gravitazionale.

Al suo quart’anno di terapia l’adolescente cui ho fatto cenno suscitò in me una sorpresa si potrebbe dire speculare a quella di Alberto, quando mi comunicò che, per la prima volta dall’inizio del nostro lavoro, si era accorto di essere in due. Ciò significava, disse, che, quando fosse stato tempo di finire, la separazione avrebbe riguardato anche me, anch’io avrei fatto la mia parte. Per lui essere in due rappresentava un grande sollievo, perché fino ad allora aveva sempre pensato alla fine della terapia come a un compito tutto suo, del quale forse non sarebbe mai stato all’altezza. Io rimasi sorpresa anche della mia stessa sorpresa. Avevo una lunga esperienza degli aspetti fusionali della nostra relazione, li conoscevo. Ma c’era il mio vissuto del “noi”, così forte fin dall’inizio della terapia: il paziente scopriva che eravamo in due e io scoprivo che fino ad allora non lo eravamo stati.

Quindi un senso del noi che non avrebbe potuto correttamente precisarsi come un “noi due”, ma piuttosto come un “noi-me”<sup>13</sup>. Mi sembra che in questi casi più che in altri all’*illusione* del paziente corrisponda, nello spazio analitico, un’*illusione* dell’analista. Ossia l’analista partecipa certamente a livelli profondi all’illusione del paziente di essere il seno e di crearlo, ma vive anche un’altra illusione, nella quale anticipa l’essere “uno” del paziente per avere un compagno. Forse ancora un “doppio”<sup>14</sup>. In ciò conta certamente la ricchezza almeno potenziale della personalità dei pazienti, la loro grande capacità di stabilire un’alleanza terapeutica consapevole. Credo che conti ancora di più il loro modo di abitare lo spazio potenziale e il loro presentarsi in un momento particolare dell’integrazione, quando l’altro è sé, ma balena anche la possibilità di essere in due e quindi l’inizio di una reciprocità. Ciò rende molto complesso, ma in qualche modo anche attingibile a livello pre-conscio, il gioco delle “reciproche”, potenziali, identificazioni, o, per dirla in termini paddiniani, il movimento mentale che dalle imitazioni dell’area psicosensoriale va all’invenzione dello spazio soggettivo che è poi invenzione e scoperta di sé. E qui vorrei ricorrere di nuovo a Winnicott.

Durante l’analisi di Guntrip, in un periodo in cui il paziente faceva, nella relazione analitica, l’esperienza di avere finalmente trovato un buon seno, Winnicott gli disse: “anche lei ha un buon seno. [...] Io sono buono per lei, ma anche lei è buono per me. Fare la sua analisi è, 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, però è un dato di fatto che lei è buono per me” (Guntrip 1975, 153, traduzione mia).



Ho fatto riferimento a questa analisi in un altro lavoro (Mascagni 1995); qui vorrei utilizzare queste parole di Winnicott solo per chiarire meglio un aspetto della relazione che corrisponde al senso del “noi” e di benessere nel controtransfert.

Con la sua comunicazione di controtransfert Winnicott illumina il versante affettivo (per la madre e per l’analista) di una situazione che egli descrive varie volte nei suoi scritti. All’apparenza è una situazione di nutrimento reciproco, in cui la madre è totalmente immersa grazie alle caratteristiche della preoccupazione primaria che le consente di utilizzare, nella relazione con il lattante, una grande varietà di strumenti di identificazione, comprese le proprie esperienze di neonata.

Il lattante mette un dito nella bocca della madre mentre succhia il seno (Winnicott 1963a, 112). Significa che la sta a sua volta nutrendo? Non è detto; ma siamo comunque lungo il percorso dell’identificazione, in cui “la dualità” può corrispondere ancora a “una mancanza di differenziazione da parte del bambino” oppure essere già il segno “dell’identificazione reciproca del bambino e della madre” (Winnicott 1963b, 103). Quando il bambino comincerà a sentire la madre come una persona intera e separata da sé, per la quale “preoccuparsi”, il gesto di nutrirla potrà corrispondere anche al tentativo di riparare il “buco” scavato nel seno dalla voracità dei suoi stati eccitati (Winnicott 1954) e, comunque, la nuova capacità del lattante di “mettersi al posto della madre” costituisce un grande “sollievo dalla dipendenza” (Winnicott 1963a, 112). In ogni caso “non esiste comunicazione tra 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” (Winnicott 1969, 277).

Nel linguaggio del sogno della luna: è questa mutualità potenziale che ha bisogno di essere vista. L’invisibile lavoro della nebbiolina consiste anche nel nutrire l’analista in tutte le accezioni che abbiamo detto, e questo lavoro ha bisogno di essere percepito e riconosciuto in tutto il suo valore creativo e autocreativo<sup>15</sup>.

### **Separarsi**

Lavorando con la paziente del sogno della luna e con l’adolescente ho cominciato a pensare che esiste un’accezione metapsicologica della solitudine. Quando dicono “solo/sola” non si riferiscono a una mancanza di relazioni interpersonali, ogni volta che usano questo aggettivo rappresentano uno stato ontico, il Sé individuale chiuso nel proprio limite. Come se disegnassero un cerchio-palloncino. Solitudine è per loro la condizione dell’essere se stessi<sup>16</sup>. Condizione di perdita rispetto a un molto più desiderabile stato di fluidità tra l’essere tutt’uno e l’essere due. Condizione di rischio grave, se essere se stessi e funzionare come tali può equivalere, come nelle fantasie del mio paziente

adolescente, a consumarsi”. (Ci siamo resi conto di recente che la sua antica paura dell’“esaurimento” era diversa dalla paura della follia. Esaurimento per lui significava letteralmente “esaurirsi”, “finire”).

Da qualche tempo il paziente adolescente (che forse non andrebbe più definito tale, perché gli anni sono passati) usa la parola “solo” anche in senso positivo. Il desiderio di “restare solo” coincide con il nascente desiderio di separarsi da me. Prima di arrivare a questo punto egli ha attraversato un periodo in cui l’angoscia di perdita di sé era così violenta che qualche volta sembrava profilarsi la minaccia di un crollo dell’Io e io mi sentivo garantita solo dal permanere del mio vissuto del Noi.

Anche la paziente del sogno della luna sta avviandosi lentamente verso la separazione e anche lei ha affrontato negli ultimi tempi intense angosce di disintegrazione.

In una delle ultime sedute della sua terapia Alberto rappresentò una scena molto drammatica. C’era un luogo, una specie di città, e c’era un abitante privilegiato. Improvvisamente tutto veniva distrutto. Una distruzione completa e accurata. Alberto aveva sempre nel gioco una sorta di naturale misura, rivelatrice di una sua particolare attitudine a dar forma al caos degli affetti. Così poteva rappresentare vissuti devastanti, con uno stile da piccolo artista. (Credo che ciò permetta di intuire quanto doveva essere stato grande il suo terrore quando le angosce di separazione dalla madre si erano rivelate incontenibili).

Nella distruzione della città e del suo abitante non c’era angoscia, ma determinazione, come per un lavoro che *deve* esser fatto. Questo senso di necessità e di determinazione era ad un tempo affascinante e quasi insostenibile nel mio vissuto controtransferale.

Era un gioco della stessa qualità di quello di Piggie nella sua penultima seduta di analisi, quando la bambina andò a “finire” Winnicott e anche Winnicott doveva finire Piggie. Durante la “distruzione” Winnicott a un certo punto disse: “Così il Winnicott che tu hai inventato era tutto tuo, e ora è finito, e nessun altro potrà mai averlo” e poco dopo: “il Winnicott che tu hai inventato è finito per sempre”. Allora Piggie rispose: “Io ti ho fatto” (Winnicott 1977, 164-165).

Credo che la determinazione con la quale Alberto lavorò a ferirmi e a finirci sia rivelatrice del lavoro che egli dovette poi compiere quando restò “solo”, dopo la fine della terapia. Lo stesso tipo di lavoro che aspetta presumibilmente gli altri due pazienti. Per ciascuno di loro l’esperienza del ritrovamento e quella creazione dell’oggetto soggettivo nella relazione analitica è stata così intensa, così profonda e però anche, vorrei dire, così vicina alla coscienza, da far pensare che l’elaborazione del transfert, l’acquisizione della possibilità di “trasferire” positivamente il transfert, comporti un lavoro particolarmente complesso.

Ciò vale, è chiaro, anche per l’analista e queste pagine appartengono per l’appunto a tale lavoro.

## Note

1. Sul cerchio nella filosofia medievale e nella letteratura medievale e moderna ha scritto pagine molto interessanti uno specialista di letteratura francese, Georges Poulet (1959, 1961). Ho letto Poulet per suggerimento di una studiosa di Plotino, Chiara Guidelli, nel periodo in cui lavoravo all'edizione degli *Scritti* di Gaddini ed ero molto presa dalle vicende del tema del cerchio e dello spazio nelle sue carte, soprattutto in quelle (allora) inedite.  
Il miracolo descritto dai mistici medievali per cui l'infinita della sfera divina viene contenuta nella piccolezza dell'anima umana, implica lo stesso paradosso geometrico celebrato in riferimento all'incarnazione in un noto inno liturgico (“*Sphaeram claudit curvatura/ et sub ipsa clauditur./ In hac Verbi copula/ stupet omnis reguld*”) (vedi Poulet 1959, 266). Mi sembra che questa immagine, come quella da cui viene folgorata la mente di Dante alla fine della terza cantica, quando cerca di capire come il cerchio divino che rappresenta la seconda persona della Trinità possa dipingersi dell'immagine umana (*Paradiso* 33, 127-141), corrisponda bene, nella prospettiva del pensiero di Gaddini, alla nostalgia della fusione perduta e all'aspirazione a ritrovare, nel limite finito e precario del Sé individuale, la pienezza sconfinata e onnipotente del Sé totale.
2. Sul contributo dato dal pensiero di Winnicott a “fondare la necessità metapsicologica della coppia madre-bambino” vedi Genovese (1992).
3. In un lavoro precedente Winnicott aveva ricordato Humpty Dumpty occupandosi dell'evoluzione del cerchio verso la figura umana nel disegno infantile. Anche qui è importante la condivisione dell'esperienza: “Ben presto, il bambino applicherà al cerchio gambe e braccia e nel mezzo disegnerà gli occhi, e noi diremo: ‘Humpty Dumpty’. Tutti si riderà e ormai l'espressione diretta è ben lontana, e il disegno ha avuto inizio” (Winnicott 1950, 35).
4. Uno studio interessante dei concetti freudiani di *Vorstellung* e *Darstellung* è stato compiuto da Gori (1988, 1991, 1992) attraverso una originale ricerca ispirata anche dal concetto gaddiniano di organizzazione mentale di base.
5. Come ha scritto Conrotto (1995), per Gaddini “il Sé, cioè l'organizzazione mentale di base, è un'organizzazione rappresentazionale o meglio un suo ascendente, una *presentazione - cosa - Sé*. Il processo di formazione del soggetto è dunque la costruzione della sua rappresentazione”.
6. Gaddini introduce per la prima volta le espressioni “fantasia nel corpo” e “fantasia sul corpo” in *Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico*. Con la definizione di “fantasia nel corpo” egli conclude una riflessione sull'immagine allucinatoria che era cominciata, più

di vent’anni prima, in *Immagine corporea primaria e periodo fallico*. Questa riflessione era giunta ad un punto cruciale in *Formazione del padre e scena primaria*: l’autore (1974) aveva definito l’immagine allucinatoria “fantasia imitativa primitiva”. Come ho già notato altrove (Mascagni 1994, 24) l’immagine allucinatoria acquistava così diritto, nel linguaggio gaddiano, alla denominazione di “fantasia”. Il percorso si conclude nell’81 quando Gaddini, considerando l’immagine allucinatoria una *fantasia nel corpo*, le toglie la qualità di immagine.

7. Si veda la definizione metapsicologica di “fantasia” proposta da Genovese (1995) a partire dagli studi di Gaddini oltre che di Winnicott, Greenacre e Tustin.
8. Sulle successive vicende della creatività e sul suo rapporto col sentimento di sé nella mezza età si veda l’originale contributo di Canestrari (1995).
9. Si vedano i cerchi aperti, non chiudibili, dei bambini psicotici (Gaddini R. 1959).
10. Sarebbe difficile non pensare al processo della scena primaria come lo ha teorizzato Gaddini (1974; 1975).
11. In un recente lavoro, concludendo un’esemplare disamina di uno scritto di Gaddini sul controtransfert, Vergine (1995) ha notato come “la sua ricerca abbia posto le premesse per una teoria integrata della psicoanalisi, che non compete né con il punto di vista metapsicologico, né con quello relazionale” ed anzi poggia su entrambi.
12. Uso la parola “baratto” nel senso che le ha attribuito Pia De Silvestris (1992) commentando un passo di una lettera di Freud (1910, 130) a Ferenczi sull’origine e il destino del transfert. De Silvestris (1995) è tornata di recente su questo tema sulle pagine della rivista *Psicoterapia Psicoanalitica*.
13. A un tale “noi-me” allude, mi sembra, Zanocco (1995) quando scrive: “Talvolta, leggendo i casi clinici riferiti dalla Klein, mi sono trovato a pensare che le complesse fantasie ‘oggettuali’ riferite al piccolo bambino, fossero in realtà della Klein stessa. Ma ecco che la concezione sul funzionamento della diade primitiva [Zanocco sta considerando la funzione delle fantasie della madre nella relazione primaria e il loro rapporto con le cosiddette “preconcezioni” innate] risolve l’alternativa. La nozione di campo intersoggettivo all’interno della coppia paziente analista traspone tale punto di vista nella stanza di analisi”.
14. Freud (1919, 96) individua le radici del Doppio nel “terreno dell’amore illimitato per se stessi, del narcisismo primario che domina la vita psichica sia del bambino che dell’uomo primitivo”. Sul Doppio nella relazione analitica e sul suo collegamento con l’esperienza della separazione vedi Funari (1986; 1991; 1993). Un passo dell’ultimo libro di Funari sembra adat-

tarsi molto bene a descrivere i miei tre pazienti: “Il Doppio si costituisce sull’immagine propria di chi ne fa l’esperienza; [...] la diversità del corpo materno si rappresenta nell’immagine corporea del soggetto stesso; questo aspetto, che si avvale della conoscenza di sé come soggetto distinto, risulta intollerabile all’organizzazione fantasmatica fusionale, in quanto suggerisce il senso della separazione [...]. Il Doppio, quindi, si costituirebbe proprio su questo duplice riferimento: il funzionamento di esperienze affettive e cognitive che accettano la crescita, l’evoluzione e, quindi, la separazione e, nel contempo, la presenza attiva di desideri di fusione e di indistinzione. Perché il Doppio si costituisca sarebbe, perciò, indispensabile una condizione in cui sofferenze psichiche molto precoci nell’età infantile siano strettamente legate a un tipo di esperienza, emotiva e affettiva, che ha consentito al soggetto di sfuggire parzialmente a reazioni difensive di chiusura e di autarchia d’ordine onnipotente” (Funari 1993, 19).

15. Naturalmente ci può essere qui anche un “curare l’analista” nel senso in cui ne parla Searles (1972), ma non credo che sia la cosa più importante.
16. Come se mancasse un passaggio tra l’esperienza dell’“io sono” e quella dell’“io sono solo”, ossia, nei termini di Winnicott (1957, 1968) l’essere “solo alla presenza di qualcuno”.

### **Bibliografia .**

- CANESTRARI, R. (1995) *Creatività e passaggio della mezza età*. Lezione svolta in occasione del conferimento della laurea *ad honorem* in Psicologia. Bologna, 15 dicembre 1995. *Psicoterapia Psicoanalitica*, 3, 2.
- CONROTTO, F. (1995) *Riflettendo sul pensiero di Eugenio Gaddini*. Relazione introduttiva alle: Giornate di studio: “Eugenio Gaddini: il suo pensiero oggi nella psicoanalisi italiana”. Roma, 2-3 dicembre 1995.
- DE SILVESTRIS, P. (1992) Baratto e metafora: economia ed etica della trasformazione. *Quaderni di psicoterapia infantile*, 24, 231-246.
- DE SILVESTRIS, P. (1995) Il transfert: una ricerca ininterrotta dell’origine. *Psicoterapia Psicoanalitica*, 3, 1.
- FREUD, S. (1910) Lettera a Ferenczi del 10 gennaio 1910. In: Freud/ Ferenczi *Lettere*, 1. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
- FREUD, S. (1919) Il perturbante. *OSF*, 9.
- FUNARI, E. (a cura di) (1986) *Il Doppio*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

- FUNARI, E. (1991) *La chimera e il buon compagno*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FUNARI, E. (1993) *La conversazione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- GADDINI, E. (1959) Immagine corporea primaria e periodo fallico: considerazioni sulla genesi dei simboli di forma rotonda. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- GADDINI, E. (1974) Formazione del padre e scena primaria. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1975) La formazione del padre nel primo sviluppo infantile. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1976-78) L'invenzione dello spazio in psicoanalisi. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1980) Note sul problema mente-corpo. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1981) Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1984) L'attività presimbolica della mente infantile. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1985) La maschera e il cerchio. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1989) *Scritti*. A cura di M.L. Mascagni, A Gaddini, R De Benedetti Gaddini. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GADDINI, E. (1959) La schizofrenia in pratica pediatrica. *Pediat. Int.*, 9, 2.
- Genovese, C. (1992) Considerazioni metapsicologiche sul modello di attaccamento di J. Bowlby. In: Ammaniti, M., Stern, D.N. *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Roma-Bari.
- Genovese, C. (1995) La fantasia-realtà nella dimensione protomentale. In: Ammaniti, M., Stern, D.N. *Fantasia e realtà*. Laterza, Roma-Bari.
- GORI, E.C. (1988) *Costruzioni freudiane: la mente*. Armando, Roma.
- GORI, E.C. (1991) *Psico-analisi e processo creativo*. Borla, Roma.
- GORI, E.C. (1992) *Parola e interpretazione in psicoanalisi*. Franco Angeli.
- GUNTRIP, H. (1975) My Experience of Analysis with Fairbairn and Winnicott. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 2, 145-156.
- MASCAGNI, M.L. (1994) L'organizzazione mentale di base nel pensiero di Eugenio Gaddini. In: *Studi sul pensiero di Eugenio Gaddini*. Métis, Chieti.
- MASCAGNI, M.L. (1995) Studiare Winnicott. *Psicoterapia Psicoanalitica*, 3, 1.
- POLOJAZ, V. (1995) *Lo spazio nel pensiero di Eugenio Gaddini*. Giornate di studio: “Eugenio Gaddini: il suo pensiero nella psicoanalisi italiana”. Roma, 2-3 dicembre 1995. Inedito.
- POLET, G. (1959) Le symbol du cercle infini dans la littérature et la philosophie. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 3, 257-275.
- POULET, G. (1961) *Les métamorphoses du cercle*. Plon, Paris.
- RANGELL, L. (1952) The Analysis of a Doli Phobia. *Int. J. Psycho-Anal.*, 33, 1, 43-53.

- SEARLES, H.F. (1972) Il paziente come terapeuta del suo analista. In: *Il controtransfert*. Bollati Boringhieri, Torino 1994.
- VERGINE, A. (1995) *Dal lavoro di Eugenio Gaddini “Sui fenomeni costitutivi del controtransfert” alla “relazione analitica”*. Giornate di studio: “Eugenio Gaddini: il suo pensiero nella psicoanalisi italiana”. Roma, 23 dicembre 1995. Inedito.
- WINNICOTT, D.W. (1949a) Ricordi della nascita, trauma della nascita ed angoscia. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1949b) 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. (1952) La psicosi e l’assistenza al bambino. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Op. cit.
- WINNICOTT, D.W. (1954) La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale. *Ibidem*.
- WINNICOTT, D.W. (1963a) Lo sviluppo dell’individuo dalla dipendenza all’indipendenza. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1963b) Due annotazioni sull’uso del silenzio. In: *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- WINNICOTT, D.W. (1964) Il neonato e la madre. In: *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina, Milano 1987.
- WINNICOTT, D.W. (1967) La sede dell’esperienza culturale. In: *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1968) L’uso di un oggetto e l’entrare in rapporto attraverso identificazioni. *Ibidem*.
- WINNICOTT, D.W. (1969) L’esperienza di mutualità tra madre e bambino. In: *Esplorazioni psicoanalitiche*. Op. cit.
- WINNICOTT, D.W. (1971) Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In: *Gioco e realtà*. Op. cit.
- WINNICOTT, D.W. (1977) *‘Piggle’*. Boringhieri, Torino 1982.
- ZANOCCO, G. In tema di *‘equazioni simboliche’*. *Il punto di vista di Eugenio Gaddini*. Giornate di studio: “Eugenio Gaddini: il suo pensiero nella psicoanalisi italiana”. Roma, 2-3 dicembre 1995. Inedito.

## Riassunto

Questo lavoro esamina il sogno di una paziente adulta, il disegno di un bambino e le associazioni sulla “solitudine” di un adolescente, nel quadro di riferimento del pensiero di Winnicott e di Gaddini sull’integrazione e sul l’angoscia di perdita di sé e, in particolare, nella prospettiva della loro ricerca clinica e teorica sul cerchio come rappresentazione del Sé. Lo scopo è di chiarire un aspetto affettivo della relazione analitica con tre pazienti il cui Io è in grado di compiere un imporrante lavoro di elaborazione e, ad un tempo, di mettersi in contatto con stati non-integrati arcaici della mente rendendoli rappresentabili.

## Summary

*This paper examines the dream of an adult patient, a child’s drawing and the association to do with solitude of an adolescent seen in the light of Winnicott’s and Gaddini’s thought on the integration and on the anxiety of loss of the self and in particular with reference to their clinical and theoretical research on the circle as a representation of the self. Its purpose is to highlight an affective aspect of the analytic relationship on three patients whose Ego is able to undergo a significant process of elaboration and, at the same time, to make contact with archaic non-integrated states and to make them representable.*

MARIA LUCIA MASCAGNI  
via Padova, 122  
41100 Modena



MAURIZIO D'ALESSIO

## Carenza dello spazio potenziale

### Introduzione e delimitazione dell'argomento

Questo scritto concerne alcune problematiche teoriche e cliniche inerenti l'area intermedia di pensiero e di possibilità di scambio tra paziente e terapeuta, riconducibile in generale al concetto di spazio potenziale di Winnicott. La sua insufficienza costituisce una grave difficoltà allo sviluppo della terapia ed in essa viceversa si collocano importanti strumenti terapeutici.

La questione appare in evidenza quando si confrontano le esperienze con alcuni pazienti psicotici e quelle con la maggioranza dei pazienti sia psicotici che borderline o nevrotici. In quest'ultima si constata la possibilità di un tipo di scambio, ben presente nella generale esperienza psicoterapeutica e spesso poco definibile, la cui modalità di percezione può essere anche di tipo empatico, ma non necessariamente. I veicoli semiotici di questo scambio sono tra loro diversi: vanno da atteggiamenti mimici e posturali, dall'impiego della vocalità secondo toni, loro variazioni e ritmi differenziabili, fino a espressioni linguistiche assunte al di là dei loro stretti significati denotativi. L'interpretabilità di questi segni è in parte affidata a codici socialmente condivisi, in parte è idiosincrasica, prodotta dalla esperienza e dalle caratteristiche individuali portate nella interazione della coppia psicoterapeutica.

In alcuni pazienti gravi questo ambito comunicativo è talmente povero da chiudersi come via di accesso dal terapeuta al paziente e viceversa. Questi pazienti oscillano tra l'uso più o meno ampio del pensiero simbolico e l'attivarsi della concretezza del pensiero che toglie ai simboli la loro definibilità come tali, abolendo la distanza tra simbolo e oggetto simbolizzato e costituendo l'equazione simbolica di cui parla Segal (1955). In queste circostanze si ha l'impressione di una coercitività e rigidità (riconducibili, da un altro punto di vista, al verificarsi di identificazioni proiettive) favorite dalla assenza o dalla pochezza di quella area di scambio che privilegia l'approccio per tentativi, la curiosità, la constatazione delle differenze. Su questi tipi di patologia, che potrebbe essere detta patologia dello spazio potenziale (Ogden 1985), mi sono trovato a riflettere con crescente interesse e attenzione.

Ed è stato inevitabile allargare la riflessione ad altri temi, come il simbolismo e l'agire, che verranno trattati per la parte che concerne il tema conduttore.

### **Il simbolismo e il concetto di spazio mentale condivisibile**

Segal considera la simbolizzazione come una relazione a tre termini, seguendo il pensiero del semiologo C. Morris: la cosa, il simbolo e l'interprete, la persona cioè per la quale l'uno sta al posto dell'altra. Questo richiamo a mio parere è importante. Segal forza creativamente l'ostinato comportamentismo applicato alla semiotica di Morris introducendo al posto dell'interprete morrisiano l'io freudiano: "il simbolismo dovrebbe essere il rapporto tra l'Io, l'oggetto ed il simbolo" (p. 81). In questa traduzione di concetti dalla semiotica alla psicoanalisi Segal lasciò per strada il fatto che la definizione di Morris non vale solo per i simboli, ma per i *segni* in generale. È importante ricordarlo altrimenti se ne perde in parte la ricchezza euristica e non si riesce a dare uno statuto e un nome a tutta quell'area di pensiero (e di linguaggio) che non è più concreta e non è ancora simbolismo compiuto, dove inizia il distanziamento tra segno e ciò che è rappresentato dal segno, dove comincia ad affermarsi la separazione e il riconoscimento dei confini definiti dall'identità.

Uno dei cardini attorno al quale si sviluppa il pensiero psicoanalitico (e anche quello filosofico) è la tematica delicata della relazione tra mondo interno e mondo esterno. Winnicott era acutamente consapevole della difficoltà in cui incorre il nostro pensiero quando cerca sia una continuità, sia una discontinuità tra i due mondi. A mio parere egli la pone nei giusti termini: "Com'è", egli si chiede, "che la separazione del soggetto dall'oggetto, del bambino dalla madre, sembra veramente verificarsi... nonostante la impossibilità di separazione?".

E aggiunge: "Il paradosso deve essere tollerato" (1971, 185).

Attorno a questo paradosso si articolano alcuni temi centrali alla teoria psicoanalitica, tra loro correlati: a) la separazione del soggetto dall'oggetto; b) il costituirsi di forme di pensiero diverse, dalle "fantasie nel corpo" (Gaddini, 1981a) al linguaggio come insieme sintattico di simboli; c) la capacità di azione compulsiva o differita.

Winnicott, dopo avere posto il paradosso logico di ciò che è fuso in unità e che misteriosamente si fa due, comprendendo lucidamente l'impossibilità logica di risolverlo, propone due modi di superamento. Il primo è mediante un richiamo all'evidenza empirica: "nell'esperienza diretta del bambino, in realtà in relazione con la madre, si sviluppa di solito un grado di fiducia nella attendibilità della madre stessa" (*ibidem*, 185).

La fiducia nella madre, o nello psicoterapeuta, è il presupposto di fatto per la separazione "impossibile". Questa risposta supera, ma non toglie il paradosso che non è nella realtà delle cose, ma nella comprensione che la nostra mente cerca di esse. Infatti, oltre al richiamo all'esperienza fattuale, Winnicott propone una seconda maniera di affrontare il paradosso, mediante un concetto di gran-

de tensione teorica: quello di spazio potenziale. Questo spazio, “postulato”, è essenzialmente spazio condiviso tra due menti.

Cosa significa “spazio” in questo caso lo intuiamo, anche se non riusciamo a definirlo soddisfacentemente. Non è l’unico concetto ad avere questa caratteristica: Sant’Agostino lo disse del tempo, nei famosi capitoli dell’undicesimo libro delle *Confessioni* dedicato ad esso. Tuttavia possiamo parlare e riflettere sul tempo, e così sullo “spazio potenziale”.

La ricchezza euristica di questo concetto consente di affrontare vantaggiosamente i tre punti centrali che prima ho elencato. Di esso Winnicott dà almeno due definizioni. Una afferma che “esso è in contrasto con il mondo interno e con la realtà esterna” (*ibidem*, 84), sostenendone dunque la terzietà. L’altra è più specifica: “è l’area ipotetica che esiste (ma può non esistere) tra il bambino e la madre durante la fase di ripudio dell’oggetto non-me, cioè quando finisce l’essere fuso con l’oggetto” (*ibidem*, 184).

Lo spazio potenziale sembra dunque essere per Winnicott un concetto più esteso e in parte diverso da quello di fenomeno e oggetto transizionale, poiché implica non tanto l’area dell’illusione dove l’uso di fenomeni e oggetti stanno per la relazione con la madre, area intermedia di esperienza tra interno ed esterno che appartiene al bambino, quanto la sovrapposizione di due aree, un luogo che è “continuità-contiguità”, dove la condivisione è sostanziale.

Desidero soffermarmi sul contenuto della parentesi nella definizione sopra citata, “ma può non esistere,” usando per commentarlo parole dello stesso Winnicott: “Un bambino riceve cure sensibili... un altro ha così limitata esperienza di questa fase di sviluppo che ha poche possibilità di maturarsi... Lo spazio potenziale in questo caso non ha significato” (*ibidem*, 186).

Le conseguenze di questa non esistenza si allargano ad ognuno dei temi centrali allo sviluppo evolutivo sopra enumerati.

### **Il soggetto, la fantasia e l’azione**

Vorrei ora esaminare, sia pure brevemente, le relazioni tra il pensiero inerente alla non ancora avvenuta separazione del soggetto dall’oggetto e il tipo di azione che ad esso corrisponde, centrando l’attenzione ancora sulle possibilità euristiche offerte dal concetto di spazio potenziale. Questo è un punto che è stato approfondito da Ogden (1985). Egli riprendendo l’idea di soggetto interpretante di Morris, già utilizzata da Segai come si è visto, gli attribuisce un maggior rilievo asserendo che la funzione simbolica è resa possibile dalla mediazione che il soggetto è in grado di operare tra simbolo e cosa simbolizzata. Tale mediazione porta non solo alla distinzione tra simbolo e la cosa che è

altro da esso, ma anche a considerare auto riflessivamente se stesso come oggetto della funzione simbolica.

La separazione-individuazione, la soggettività e la funzione simbolica sono tre aspetti di un medesimo processo che sono concettualmente raccordati dalla teoria winnicottiana dello spazio potenziale: questa è l'idea centrale del ragionamento di Ogden, anche se egli non la esplicita con chiarezza. Proprio il ricorso allo spazio potenziale gli consente di esaminare la problematica di fantasia-realtà, mondo interno-mondo esterno, fusionalità-separazione sotto vari aspetti patologici, di cui quello che qui vorrei ricordare è quello in cui la fantasia predomina sulla realtà: "l'illusione diventa allucinazione; i pensieri piani operativi; i sentimenti azioni impellenti; le proiezioni transferali divengono identificazioni proiettive; il gioco diventa compulsione" (*ibidem*, 134).

Ogden sostiene che ciò accade perché nel dominio della fantasia come realtà cosale il soggetto è talmente schiacciato sulle cose e sul l'agire, senza la possibilità dello spazio del comprendere, del pensare, che l'agire impulsivo, non differito, aggiungerei, è l'unico possibile.

Una accurata comprensione dell'azione compulsiva è data anche da Segal (1994) in una rivisitazione del suo noto scritto del 1955, al quale già mi sono riferito. Ella sostiene che l'azione impulsiva insorge in conseguenza di identificazioni proiettive e del conseguente indissolubile legame tra il sé e l'oggetto delle proiezioni. La ripetitività delle compulsioni nasce dalla illusorietà del tentativo di liberarsi di parti di sé proiettandole in un oggetto.

Segal pone chiaramente il problema del confronto con la realtà e dei criteri di questo confronto. Il problema è stato sfiorato da Ogden, che parla del soggetto come creatore dei propri simboli in senso kantiano, per cui la realtà in sé costituisce un problema irrisolto. Segal taglia il nodo gordiano della chiusura nella soggettività inevitabile o della chiara ed evidente oggettività della realtà esterna al soggetto, assumendo che esista una "naturale attitudine verso il mondo".

Freud si trovò ripetutamente alle prese con lo stesso problema spingendolo fin dove regolarmente la stessa difficoltà si è imposta alla filosofia. Nell'ottavo capitolo del "Compendio di psicoanalisi" egli dice chiaramente, riferendosi alla questione della conoscenza scientifica (ma ciò non muta in nulla la questione della nostra capacità di discriminare mondo interno e mondo esterno, fantasia e realtà): "La realtà stessa non speriamo neppure di poterla attingere, giacché vediamo che ogni nuova acquisizione dobbiamo comunque ritradurla nel linguaggio delle nostre percezioni, di cui invero non riusciamo a liberarci... Il reale rimarrà sempre inconoscibile" (1938, 623).

L'irrisolvibilità del problema dell'esame di realtà viene ad essere superata fattualmente nel principio di realtà, la cui competenza è l'azione, essendo il principio regolatore del soddisfacimento dei desideri: "... l'attività di pensiero si sforza, procedendo per prove ed errori, di indovinare le con-

sequenze delle iniziative progettate. L'Io decide in questo modo se il tentativo di raggiungere il soddisfacimento debba essere compiuto o rinviato, oppure se la pretesa avanzata dalla pulsione debba essere repressa del tutto in quanto pericolosa (è questo il principio di realtà)" (*ibidem*, 626).

Nell'ambito dell'azione (il procedere per tentativi simulati nel pensiero è possibile mediante il ricordo di azioni pregresse) dunque è possibile una discriminazione tra fantasia e realtà, procedendo per prove ed errori e utilizzando, come dice Freud nello stesso passo, le esperienze del passato.

Questo apprendere per prove ed errori, proprio del principio di realtà, può essere impedito e danneggiato da situazioni patologiche inerenti lo spazio potenziale. L'imprigionamento nella fusione con la madre, nella fantasia onnipotente, l'assenza o l'insufficienza della condivisione di uno spazio potenziale danneggiano contemporaneamente pensiero ed azione in quanto strettamente correlati.

Se, dunque, l'azione come prova ed errore (intesa successivamente anche come esperire mentale) è inerente al formarsi del pensiero, in una interazione reciproca, appare l'importanza del comprendere i processi di azione più primitivi. Gaddini (1981b) ha evidenziato come l'acting-out costituisca una fase primitiva dello sviluppo verso un modello adulto di azione. Egli si mantenne sul filo del pensiero che percorre l'intera opera di Freud, dal "Progetto di una psicologia" fino al "Compendio di psicoanalisi" ed ha approfondito l'intuizione freudiana con le sue ricerche che integrano l'azione e il pensiero. Esempio è l'interpretazione del mericismo come connesso ad una forma primitiva di azione mentale (1959, 1981a). Il modello adulto di azione, egli dice, implica un soddisfacente sviluppo dell'esame di realtà, dell'identificazione e delle relazioni oggettuali, mentre nell'agire infantile nessuno di questi obiettivi è stato raggiunto. In principio, egli aggiunge parafrasando la citazione goethiana di Freud alla fine di "Totem e tabù", c'era acting out.

Se, dunque, si ammette che "In principio era l'Azione", occorre cercare di comprendere i processi precoci dell'agire impulsivo in cui il differimento dell'azione non è possibile e indagare le sue reazioni con il formarsi del pensiero. Sia considerando la proposta di Segal per cui l'impiego della identificazione proiettiva chiude in una indistinguibilità tra soggetto autore della proiezione e oggetto destinatario di essa; sia ammettendo quella di Ogden che vede il compiersi, "impersonale", dell'azione impulsiva nel collasso della dialettica tra soggetto, simbolo e cosa simbolizzata, l'accento è portato sulla coincidenza di soggetto e oggetto, sulla mancante distinzione tra simbolo e cosa, che è strettamente legata a quella tra mondo interno e mondo esterno.

### **Gli indici come aspetto semantica dello spazio potenziale**

I significati, dice Ogden, hanno origine dalla differenza. Si potrebbe specificare che hanno origine dalla differenziazione, poiché è nella differenziazione che si costituisce l'area comunicativa che comprende quell'insieme di segni, tra loro diversi, che danno luogo ad una reciproca attesa interpretante.

Quest'area possiede alcune caratteristiche, come prima accennavo, che la distinguono sia dal pensiero e dal linguaggio concreti che da quelli più propriamente simbolici. Essa si può avvalere di veicoli comunicativi come l'empatia oppure la percezione del tutto consapevole.

L'utilità di ricondurre tutta questa vasta area ad un comune denominatore è che essa, così unificata concettualmente, può essere meglio posta in relazione al concetto di spazio potenziale e alle sue possibilità euristiche. Ciò mi è stato vantaggioso nella quotidiana pratica clinica, conducendo ad un utile semplificazione concettuale.

Ai fini di questa semplificazione e chiarimento mi è parso conveniente ricorrere ad un concetto della semiotica di Peirce (1931), quello di indice.

Egli dice che l'indice e il suo significato sono realtà esistenti. L'uno è segno dell'altro come, per esempio, lo è il fumo del fuoco. L'indice è la relazione messa in evidenza dalla mente interpretante tra due oggetti o due esperienze.

Gli indici non asseriscono nulla, dice Peirce, diversamente dai simboli nei quali si stabilisce una relazione regolare tra la cosa o l'espressione che significa e l'idea significata; in essi vi è un rinvio costante ad un codice; mediante i simboli si costruisce una sintassi mentre ciò è impossibile con gli indici.

Le caratteristiche degli indici sono mostrate dagli esempi seguenti:

Vedo un uomo dalle gambe arcuate, vestito di velluto, con gli stivali e una giacchetta: queste sono indicazioni probabili che si tratta di un fantino o di qualcosa del genere. Un colpo bussato alla porta è un indice.

Ogni cosa che focalizza l'attenzione è un indice. Ogni cosa che ci fa trasalire è un indice, in quanto segna una giunzione tra due porzioni di esperienza; così un tremendo rombo indica che qualche cosa di considerevole è accaduto, sebbene non possiamo sapere con precisione quale sia stato l'evento. Ma ci si può aspettare di connettere questo rombo a qualche altra esperienza (p. 160).

L'area degli indici è dunque intermedia tra quelle forme di pensiero che aboliscono ogni forma di distanza o differenza tra simbolo e simbolizzato e la forma di pensiero propriamente simbolico. La singolarità, la cosalità, l'essere parte dell'esperienza immediata, che caratterizzano gli indici ne fanno dei segni vicini alla concretezza in quanto contrapposta all'astrazione del simbolo; ma anche

li differenziano dai pensieri concreti sia come definiti da Gaddini che da Segal<sup>1</sup>, in quanto gli indici mantengono il loro carattere di segno.

Indici sono certamente le sfumature della voce e della mimica materna e in generale il comportamento materno non appena cominciano ad essere interpretati in modo da dimostrare la presenza di una attiva intenzionalità, per esempio nel gioco in cui un bambino di pochi mesi nasconde dietro di sé un biscotto alla madre e ne guarda il volto aspettandosi il riso di lei; nel momento in cui il volto materno è indifferente o aggrottato perché la madre è stanca o nervosa il gioco si interrompe e il bambino si allarma.

### **Il rispecchiamento materno e psicoterapeutico come modalità dello spazio potenziale**

Lacan (1949) pose il bambino davanti allo specchio, definendo in relazione ad esso uno stadio della identificazione e della differenza. Winnicott lo pose davanti a sua madre: "... il precursore dello specchio è la faccia della madre... ciò che essa appare [al bambino] è in rapporto con ciò che essa [la madre] scorge ... Molti lattanti, tuttavia, devono avere una lunga esperienza di non vedersi restituito ciò che essi danno [...] la loro capacità creativa comincia ad atrofizzarsi... in direzione della patologia [... si] provoca nel lattante tensione ai limiti delle sue capacità di permettere eventi. Ciò porta ad una minaccia di caos e il bambino organizzerà un ritirarsi in se stesso, oppure non guarderà se non per percepire" (1971, 189-191).

Il paziente che ha avuto queste precoci esperienze probabilmente non si chiederà, e tanto meno chiederà al terapeuta, cosa questi senta nei suoi confronti. Del resto che interesse può avere cosa sente, se sente, e cosa pensa, se pensa, un oggetto inanimato e freddo? Credo che gli indici siano il veicolo privilegiato del rispecchiamento: da una espressione facciale aggrottata o sorridente a forme verbali indirettamente significanti, per esempio indirettamente rassicuranti o disorientanti, fino all'ambiguità del silenzio.

Se il paziente di cui adesso dirò, per esemplificare ed approfondire l'argomento, si è qualche volta chiesto cosa io sentissi verso di lui, questo pensiero è rimasto inerte.

### **Una storia clinica**

I motivi apparenti per cui Luca venne in terapia furono il timore che si ripettesse la crisi grave avvenuta quattro anni prima e una sua speranza che corrispondeva ad una sua teoria circa la tristezza e il dolore: essi sarebbero stati vinti se egli fosse riuscito ad avere una relazione con una donna. Disse anche che gli era stato possibile cercare di nuovo aiuto psicoterapeutico perché un collega anziano di lavoro, che egli percepiva come opprimente, era andato in pensione.

Narrò una storia di terapie varie fin da quando aveva circa vent'anni, ne aveva al momento trentacinque, presso il servizio pubblico e infine, recentemente, presso un collega con molta esperienza di psicotici. Sapevo da questi che aveva interrotto la terapia da meno di un anno e che aveva chiesto recentemente di ricominciare. Il collega, non essendo in grado di prenderlo in cura nei tempi brevi di cui Luca sentiva il bisogno, me lo aveva inviato chiedendomi se avevo voglia di assumermi un compito impossibile.

Era un uomo alto, grosso, barbuto, calvo, con occhi chiari su cui aggrottava spesso le sopracciglia in modo più perplesso che minaccioso. Destò in me un'immediata simpatia.

La crisi grave di cui aveva temuto la ripetizione fu così narrata: era stato invitato da un sacerdote della cittadina dove egli abitava ad accompagnare alcuni malati al Santuario di Loreto. Gli disse che gli avrebbe fatto bene. Egli non seppe spiegare se fosse la loro vista, o l'aiutarli a muoversi, il prendersi cura di loro, o altro, in quel santuario: sentì che gli "istinti" gli si strappavano dalla pancia verso l'alto. Sentì un'accelerazione insopportabile del pensiero e cominciò a vedere piccole immagini che gli partivano dal lato destro della testa in avanti. Disse che erano le idee. Sentì che la mente gli si disfaceva e una gran tensione che dopo due o tre giorni cedette ad un abbandono senza forze. Fu ricoverato.

Compì successivamente un tentativo di suicidio. Da allora sentiva un ininterrotto, "atroce", dolore alla testa, in alto a destra, che, disse, aveva sostituito l'angoscia.

La terapia precedente era stata interrotta perché glielo aveva detto un amico; poi disse una voce, ma la voce era dell'amico, che a volte appariva nelle sue narrazioni come uno che si faceva vedere di rado e gli diceva cosa doveva fare e cosa doveva accadere. In realtà lo consigliava male, disse. Ma a volte era creativo e gli diceva, per esempio, di comporre una canzone per una ragazza. Sembrava essere la fantasia di un doppio, a volte allucinazione, che tendeva a mostrargli l'aspetto "mortuario, da cimitero" delle cose. Da mesi l'amico non c'era più e la voce si era fatta "sottile, morta", sapeva "di decomposizione, di crematorio". Gli aggettivi che Luca usava spesso in riferimento ai suoi stati interni erano macabro, cremato, decomposto.

Aveva fantasie erotiche. Si masturbava frequentemente. Non era facile comprendere se le fantasie erano tali, oppure si trattava di quasi alienazioni. Oppure di possibili messe in atto, come quando narrò di essere stato mal consigliato a spogliarsi per strada e masturbarsi davanti alla casa di una ragazza.

Dei genitori Luca parlò spesso agli inizi. Non riuscì mai ad avere una loro immagine come di nessun personaggio della sua narrazione, perché nessuno aveva tratti personali, né fisici, né psichici. Di essi parlava in relazione a stati di rabbia violenta e all'abbandono in cui era stato lasciato nella



loro casa. Disse di averli percossi ripetutamente e con durezza, ma senza far loro troppo male. Loro poi lo avevano abbandonato, lasciato in casa solo.

Egli riferì solo un tratto della madre, che me la fece riconoscere come persona viva nella mente di Luca, e quindi nella mia: lei cantava romanze d'opera e lui, disse, avrebbe voluto emularla con la pittura, ma gli era riuscito poco. Ad una mia richiesta, disse che non gli piaceva quando la madre cantava: era una cosa troppo sensuale, le avrebbe tirato un pugno.

Se della madre apparve solo per un momento la sensualità intollerabile del canto, nessun personaggio della sua narrazione, come dicevo, assunse i tratti di persona concreta, con cui esistessero o fossero esistiti rapporti vissuti.

### **Il paradosso di Winnicott**

Prima di esaminare l'evoluzione del caso, vorrei proporre una riflessione su di esso muovendo dal paradosso di Winnicott: com'è che la separazione avviene nonostante la sua impossibilità? O nei termini più astratti di Ogden (1985): com'è che “il bambino e la madre sono uno e che il bambino, e la madre sono due?” (p. 132).

Questo paradosso che Winnicott ritiene che debba essere tollerato e non risolto, perché, come dice Ogden, esso resiste alla sfida, incerniera insieme, dunque, la separazione dell'oggetto dal soggetto, l'apparire dell'altro, il costituirsi di forme di pensiero coerenti con l'apertura dell'orizzonte narcisistico alla realtà, il passaggio dall'azione compulsiva a quella differita.

È impossibile esaminare questi aspetti uno separatamente dall'altro, pur essendo necessario tenerli concettualmente distinti. Come in un tetraedro ogni faccia è base per le altre.

Un giorno Luca disse, inframezzando come al solito il discorso con brevi pause: “I genitori ... li picchiavo ... Ma non nella testa ... Mi venivano i sensi di colpa ... Mi hanno abbandonato ... solo in casa ... affamato, sporco, nel dolore, un cadavere, mangiavo con la bocca ... peggio di un barbone ... I genitori li tenevo nel petto, uno di qua e uno di là ... Poi non ci sono stati più. C'è un gran vuoto”.

Si evidenziò qui in particolare la confusione tra interno ed esterno, tra simbolismo e realtà.

Searles (1965) consiglia di attendere che le comunicazioni non verbali degli psicotici divengano verbalizzabili dal paziente stesso. Condividendo il suo parere, lo estenderei anche alle comunicazioni espresse nel linguaggio della non-separazione perché il paziente può essere angosciato dalla traduzione di questo linguaggio in quello della separazione del simbolo dalla cosa significata, corrispondente pericolosamente per lui alla compiuta separazione di mondo interno da mondo esterno.

Luca riprese l'argomento del “tenere nel petto” in una seduta successiva: “Ho conosciuto una ragazza quando facevo analisi in un gruppo ... Ho pensato a lungo a lei ... Ce l'avevo dentro qui ...”,

accennò a petto, “come i genitori ... Avevo cominciato ad imitarla, a parlare come lei, ad avere movenze aggraziate come lei ... Quando mi facevo la doccia mi sembrava di avere il petto e le gambe come lei”.

Il pensiero del paziente costringeva il mio nella abolizione della differenza tra interno ed esterno, nella concretezza dell’imitazione e alla confusione di identità nel corpo.

Assumendo che l’imitazione sia il processo psicosensoriale mediante il quale il Sé infantile realizza una identità magica con l’oggetto e che la sua caratteristica centrale è la fisicità, è essere nel corpo ciò che altrimenti andrebbe riconosciuto come altro da sé. Luca impiegava questa forma primitiva di pensiero al fine del mantenimento onnipotente della fusione con l’oggetto (Gaddini 1969, 1974). Egli era nel corpo ciò che altrimenti gli sarebbe apparso altro da lui.

Occorreva, dunque, che il terapeuta tollerasse il paradosso che ciò che è due sia uno.

### **Alcune questioni di controtransfert**

La ripercussione controtransferale delle comunicazioni del paziente e del tipo di esse era un buon indice delle aree di interazione di cui si costituiva la relazione terapeutica, focalizzata in quella vasta zona di confine in cui dominava l’incertezza tra fantasia e realtà. A volte faticavo a ricordare cosa era accaduto nella seduta, quando immediatamente dopo, se era possibile, ne stendevo una registrazione. Ho trovato una pagina, tra quelle degli appunti delle sedute, di difficile comprensione a me stesso, in quanto contenente parole senza legame sin tattico, in successione senza un ordine di righe, ma disposte come un diffondersi nello spazio bianco. Solo in basso, nella pagina, gli appunti riprendevano una certa organizzazione. È indubbio che la mancanza di tempo mi avrà costretto alla rapidità degli appunti, ma non certo alla loro disorganizzazione.

Un altro aspetto del controtransfert è utile per cercare di meglio comprendere la relazione e il mio ritrovarmi nel mondo di Luca popolato di oggetti morti. La mia iniziale simpatia per lui non venne mai meno, ma fu severamente messa alla prova dalla percezione di essere un terapeuta astratto, sostituibile, senza caratteristiche proprie. Dopo alcuni mesi apparve una certa noia nell’ascoltare la ripetitività della produzione di Luca. Zapparoli (1987) nota che la noia insorge quando il terapeuta sente venir meno qualsiasi scopo terapeutico, in quanto il paziente vuole rimanere in uno stato di fusionalità psicotica e fa, aggiungo, di lui un oggetto inerte.

Il bisogno fusionale mi era trasmesso in assenza di affetti, mediante la forma del pensiero.

Lo psicoterapeuta si trova, in queste circostanze, nel conflitto (Zapparoli 1987) tra l’esigenza di efficienza terapeutica (cui è affidata anche la sua identità) e la necessità di accettare la funzione di

oggetto inerte, in quanto favorisce un'alleanza terapeutica mediante l'accettazione dello stato psicotico del paziente.

In realtà questo non è un conflitto reale se l'adattarsi ad essere un oggetto inerte fa parte della efficienza terapeutica. La difficoltà nasce quando l'alleanza terapeutica è fragile. E allora l'assumere la funzione di oggetto inerte pone il terapeuta nell'effettivo conflitto tra il relegare se stesso nell'impotenza del non poter "fare" e la consapevolezza che il "fare" conduce alla sua uscita dal ruolo che il paziente esige e ad una irruzione rischiosa nel suo universo narcisista.

### Essere e fare

A questo punto vengono in mente ancora due concetti di Winnicott (uno l'ho appena anticipato sopra) che hanno un sentore filosofico nel loro potere discriminante, ma proprio questa loro forza teorica li rende utili a meglio comprendere il dilemma dello psicoterapeuta in casi come quello di Luca.

Sono i concetti di "essere" e "fare". Il primo definito "l'elemento femminile distillato non contaminato puro... base per la scoperta di sé e di un senso di esistere"<sup>2</sup>. Sviluppantesi da esso (in maniera dialettica, verrebbe da dire) Winnicott delinea un "elemento" contrapposto: quello maschile del "fare", che nello stabilire un rapporto con l'oggetto "presume l'esserne separato" (1971).

Questa dialettica tra il puro femminile "essere" e il puro maschile "fare" riassume, dunque, su un altro versante, quella tra unità indistinta fusionale e capacità di discriminare soggetto e oggetto, sé stessi dall'altro. E riassume anche la problematica della psicoterapia, in particolare evidenza nei casi come quello di Luca: essa consiste nella difficoltà di conciliare il bisogno del paziente che il terapeuta per lui esista come "essere" femminile con l'esigenza di accogliere e seguire gli elementi del "fare" che il paziente stesso va evolvendo, ma che possono farsi minacciosi per il suo venire ad "essere".

Infatti l'universo narcisista non ammette, come dice Soavi, il discreto. Non ammette il soggetto che discrimina e neanche l'oggetto: in questa confusione l'altro è impossibile. E allora l'altro, il terapeuta, si trova chiuso in una impossibilità.

Questa impossibilità logica può essere superata teoricamente mediante il concetto di spazio potenziale e divenire concretamente possibile mediante la sua esperienza. Ma quando non vi è esperienza originaria di esso, o è talmente esile da non fornire prospettive ulteriori?

Searles (1965) parla della situazione in cui il paziente non è ancora riuscito a sviluppare un "Io osservatore". Nei termini di Ogden si tratta della capacità di essere soggetto autoriflessivo. In questi casi, dice Searles, il paziente può essere aiutato a sviluppare l'Io osservatore e fa l'esempio ai una

sua paziente paranoide, alla cui abilità provocatoria non era riuscito a sottrarsi, dove appare evidente la funzione organizzatrice del pensiero autoriflessivo presente nell'intervento di Searles. Nel caso esemplificato però lo psicoterapeuta non era un oggetto inerte.

Una ulteriore osservazione di Searles è molto importante in merito all'evolversi della soggettività dei pazienti: che questi sono più pronti di quanto si pensi a raccogliere quest'aiuto. Questo pone un problema clinico con i pazienti come Luca: la prontezza nel raccogliere quest'aiuto può costituire una minaccia al proprio mondo fusionale e quindi indurre all'evitamento di questa minaccia mediante l'interruzione della psicoterapia. E ciò introduce di nuovo il tema della impulsività/differibilità dell'azione, che si intreccia con gli altri: quello tra fantasia/realtà, tra soggettività/alterità, tra segno/significato.

Queste tematiche sono separabili astrattamente, nel momento della riflessione. Nella concretezza della relazione con il paziente esse si fondono nell'unità dell'esperienza e in paziente come Luca in una sensazione di magma, nella fatica di raccogliere i fili che si aggrovigliano nella costante ripetizione degli stessi temi, nell'impressione di immutabilità. Salvo poi accorgersi che qualcosa sta mutando, incipiente, che richiede estrema cautela.

### **La temporalità, la memoria, l'autoriflessione**

L'organizzazione temporale appariva nella narrativa di Luca molto sfumata attorno ad un'unica determinazione cronologica: la crisi al santuario, da cui erano trascorsi quattro anni. Il resto era un'imprecisato prima e dopo, che a volte si confondevano. Un vago ricordo d'infanzia: si vedeva, goffo, incapace di correre in un corridoio dell'asilo.

Mi disse: "Sto raccogliendo i fili nella memoria, i granelli delle cose buone della mia vita". Ne elencò alcune: il benessere, quasi felicità, nel sentire il proprio corpo dopo il footing, quando lo faceva, prima di andare a Loreto; una quasi estasi al santuario di Camaldoli, dove c'era un frate che gli disse di diffondere attorno a sé un campo magnetico. Ricordò il periodo molto buono in cui aveva lavorato in un certo ufficio comunale. "La pittura mi piace", aggiunse, "ma non dà felicità: è bloccata dal fatto di non avere avuto rapporti con una donna; i colori saranno poco vivaci e la pittura congelata finché non avrò rapporti con una donna".

Durante il primo colloquio e poi in seguito aveva narrato in modo molto confuso e discontinuo il proprio passato. Lo raccontò un'altra volta con una certa organicità. E, durante la stessa seduta in cui aveva detto dei "fili e dei "granelli" delle cose buone nella memoria, constatò: "Ecco la mia storia raccontata un po' meglio".

Era un tentativo di organizzazione che ripeté più volte, ricadendo nella monotonia della ripetizione. Da una congerie disordinata, venne fuori un insieme che aveva filo temporale, una struttura sequenziale.

Va ricordata a questo proposito che Luca era puntuale alle sedute e nei pagamenti. Come per il linguaggio, anche per il tempo esisteva un'area efficiente e realistica. Ciò può essere inteso in termini di psicologia dell'Io, come un'area circoscritta di adattamento funzionale, in termini winnicottiani come l'effetto specifico di un falso Sé socializzato.

Dalla stessa seduta traggio questa sua osservazione: “Fissandomi su uno ... pochi ... argomenti ho impoverito il mio pensiero ... Ho bisogno di ampliarlo, dividendo ciò che sembra una cosa sola nelle sue parti e vedendo le relazioni tra di esse che sono tante e complicate”.

I “pochi argomenti” erano la sessualità, l'intelligenza, la crisi accaduta al santuario e i soliti altri; anche l'impoverimento del pensiero era uno di essi. Analizzarli e vedere le relazioni tra le loro parti era un programma astratto, ambizioso, alquanto bizzarro.. Ma il suo sentore psicotico era controbilanciato dall'implicare una soggettività che riflette su se stessa.

In una seduta successiva disse: “Servono a poco, adesso, le voci”. E poco dopo: “Mi vado ritrovando mentre parlo”. E: “Parlare con lei”, mi disse mesi più tardi, “è come una boccata di ossigeno”.

Chiesi cosa intendeva, ripetendo le ultime sue parole in tono interrogativo. “Dà fiato”. Io pensai che le boccate di ossigeno danno fiato, ma durano poco, come poco erano durate le precedenti psicoterapie.

Credo che “ritrovarsi” per Luca dovesse essere anche accompagnato da una minaccia. Viene subito in mente Gaddini (1981a) e il suo concetto di angoscia di integrazione. Essa ostacola il processo evolutivo naturale e contribuisce in modo essenziale a mantenere lo stato di non integrazione, come difesa estrema.

Questo tipo di angoscia è strettamente connesso all'agire: “L'acting-out tende a eliminare e a non regolare le tensioni; tende a mantenere lo stato di non integrazione e ad opporsi in questo modo ai processi di integrazione; tende a impedire il riconoscimento oggettivo di sé e della separazione ... L'acting out prescinde dal reale, è magico e onnipotente” (1981 b).

Questi concetti di Gaddini aiutano a comprendere l'andamento finale della terapia e in particolare l'ultima seduta.

### **L'ultima sedula**

Il tema centrale fu posto subito da Luca: “Ho capito”, disse, “che con quella ragazza è finita”. Aveva parlato anche qualche altra volta di questa ragazza. Era la stessa che aveva tenuto nel petto. Come degli altri personaggi della sua narrazione io non avevo immagine alcuna. Aveva, come un'altra, un nome, Adriana. Ma un nome cui non corrispondeva né un corpo, né una mente.

Disse che lo aveva capito venendo in treno. Aggiunse che era tutta una fantasia e che con questa ragazza era finita. Poi raccontò un sogno: “Ero in una stanza di un palazzo antico. In un grande letto con una ragazza probabilmente malata di nervi; stavamo guardando il televisore e ci abbracciavamo con qualche attrazione erotica”.

Poi tornando ad Adriana espresse la convinzione che lei un qualche interesse per lui lo doveva aver provato, perché essendo un po' depressa sentiva la seduzione proveniente dalla depressione di lui. Raccontò, spontaneamente, ancora una volta il sogno e ciò mi consentì di dire: “La donna del sogno è come lei, questo rende possibile la vicinanza”.

Fu d'accordo e aggiunse: “Malata come me”.

Nel sogno, disse, c'era “un che di erotico, qualcosa di efebico, di femminile”, nel senso che la femminilità che era in lui corrispondeva a quella che era in lei.

Come non pensare al bisogno di Luca di “essere”, nel senso winnicottiano? Ma il “fare”, la discriminazione fantasia/realtà, soggetto/oggetto si presentano, incompatibilmente con il mondo del l'“essere”, quando egli parla di nuovo di Adriana: “La realtà è come una pagina di un libro da cui io prendo qua e là alcune parole che mi servono per le mie fantasie”.

Alcuni giorni dopo mi avvertì telefonicamente che aveva deciso per il momento di sospendere la terapia. In seguito mi telefonò più volte a distanza di mesi, per motivi vari.

### **Il costruirsi di un incipiente spazio potenziale e la circolarità tra i diversi aspetti del “realismo” mentale**

L'accesso al mondo di fantasie di Luca tutelate dalla sua forma di pensiero sembrava, forse, possibile alla condizione di essere “un po' malati”, come la ragazza del sogno. Ciò voleva dire alla condizione di essere afferrati passivamente dalle identificazioni proiettive: differenziarsi in qualche modo, dare sia pur poco calore vitale ai suoi oggetti morti, sarebbe stato intollerabile per Luca.

Eppure qualcosa, si è visto, era accaduta in lui.

Quando un paziente e uno psicoterapeuta si incontrano si apre immediatamente la possibilità di uno spazio potenziale.

La sua qualità e ampiezza provengono dalle esperienze di spazio potenziale di ognuno dei due. Si può supporre che l'esperienza originaria dello spazio potenziale del terapeuta sia modificata e arricchita dalla sua formazione e dal lavoro con i pazienti. La diversità nello "stile" degli psicoterapeuti deve molto alle qualità differenti della loro esperienza dello spazio potenziale. Esse devono adattarsi a quelle dei pazienti. Non può essere comunque lo psicoterapeuta a scegliere il campo, perché questa scelta rischia di cadere nel vuoto o di essere controllante o manipolativa.

Le aree del gioco terapeutico, nel senso winnicottiano, possono essere, in termini molto generali, quelle del corpo, nella affettività, dell'intelletto. Il concetto, ancora una volta di Winnicott, di creatività include tutte le specificità di queste aree generiche che appartengono alla "maniera che ha l'individuo di incontrarsi con la realtà esterna".

La scelta di costituire uno spazio potenziale in una o più delle grandi aree del corpo, delle emozioni e dell'intelletto, andava dunque lasciata al paziente. Se Luca fece un tentativo, esso fu nell'area dell'intelletto: egli mi mise in condizioni di comprendere e alla fine di interagire con il suo pensiero, mentre corpo e affetti rimanevano quasi, se si vuole, cosa in sé.

Tuttavia se gli affetti erano relegati nella "ipersensibilità fredda", secondo una sua espressione, il corpo era ineludibilmente presente. Per esempio, egli orinava regolarmente o prima o dopo ogni seduta nel gabinetto dello studio. Qualche volta vi defecò. Lasciava ogni volta evidenti tracce delle proprie deiezioni. Esse mi facevano pensare che, per lui che me le affidava, le sue feci o l'urina non mi dovevano essere estranee e quindi ripugnanti: nella situazione di fusione le feci del figlio non sono per la madre feci estranee.

Fin dalla prima seduta Luca presentò un curioso movimento manieristico della testa e del collo, dall'alto in basso e spostando il mento verso destra, che produceva un piccolo rumore secco, evidentemente mediante le vertebre cervicali, forse artrosiche. Questo manierismo andò diminuendo di frequenza nei mesi e finì per essere un movimento che non produceva alcun rumore.

Una volta disse, parlando di sé: "Anche il movimento del collo, questo movimento che faccio, prima era forte, consistente, ora è debole, non è più come prima". Gli chiesi se questo movimento avesse una funzione. "Serve a sdipanare", rispose. Gli chiesi che cosa. "Le emozioni", rispose, "gli stati d'animo ... sono tanti anni che lo faccio".

La teoria di Luca che il movimento del collo servisse a "sdipanare" gli stati affettivi rimase nella approssimazione dell'analogia. L'interesse della teoria di Luca sta nel mostrare che, se l'area dell'intelletto è in generale considerata un rifugio difensivo dai pericoli della incontrollabilità delle emozioni e del corpo, tuttavia quest'area è tutt'altro che svincolata da connessioni profonde con la

corporeità: nel manierismo di Luca e nella sua teoria su di esso convergevano inestricabilmente pensiero, stati affettivi e corpo.

Se si considera la circolarità interattiva tra organizzazione del pensiero (relazione simbolo/cosa) e i processi di fusione/separazione, la difesa intellettuale presenta fenditure e punti critici. Il “realismo” unificante di fantasia e realtà proprio del pensiero narcisistico fa sì che anche un albeggiante formarsi della soggettività, nel senso di Ogden, cioè che consente (ed interagisce con) il formarsi di una distanza tra simbolo e simbolizzato, non sia giudicato appartenente al pensiero, ma sia percepito come lacerazione della realtà. Una riorganizzazione integratrice di sé diviene un angoscioso evento separatore dell’universo narcisistico, con la conseguente dissoluzione del collante che è l’onnipotenza magica. E cos’è se non onnipotenza magica lo “sdipanare” gli affetti con un movimento della testa?

Il procedere di Luca in un minimo di organizzazione evolutiva del suo pensiero (la sorprendente prontezza di cui parla Searles) fece sì che egli si ritrovasse ai margini pericolosi (e in qualche modo, forse, troppo seducenti) del proprio mondo narcisistico, mentre egli era necessitato a mantenere il proprio stato di non integrazione.

Viene in mente il suo: “Mi vado ritrovando mentre parlo”. Oppure il suo dire di essersi reso conto che le fantasie sulle donne non gli lasciavano nulla. Ma la perdita delle fantasie non poteva che essere disastrosa, essendo il senso patologico di solitudine altro dalla autonomia conseguente alla separazione-individuazione. E il terapeuta essendo per lui niente più che ossigeno: vitale sostanza inanimata.

### **In principio, e alla fine, c’era l’azione**

Vorrei ricordare che Luca spiegando perché aveva voluto riprendere a curarsi dopo un anno dalla interruzione della precedente terapia, disse che era andato in pensione un anziano impiegato che lavorava nel suo stesso ufficio e la cui presenza egli sentiva come oppressiva e inibitoria. Scomparso i collega egli aveva sentito di nuovo il bisogno di ritornare ad essere in cura.

Forse terapeuta e collega anziano avevano la stessa funzione. Venire in cura era stato un agito al servizio di un bisogno indifferenziato di contenimento. E interrompere la cura era al servizio del mantenimento della indifferenziazione tra fantasia e realtà o, in termini diversi, tra simbolo e cosa, tra soggetto e oggetto.

È da supporre che Luca, abbia risposto mediante l’azione di interrompere la terapia a qualcosa che stava avvenendo nella sua mente: il raccontare meglio la sua storia, il ritrovarsi mentre parlava, il ritrovare i fili e i granelli delle cose buone, la constatazione che egli prendeva elementi dalla realtà



come parole da una pagina per costruire le sue fantasie, l'apparire alla sua mente che le fantasie erano solo fantasie e finivano. Ciò che accadeva a Luca era, a mio parere, molto vicino a ciò che descrive Gaddini (1981b) quando parla dell'angoscia di integrazione che prelude all'agire immediato volto ad impedire l'integrazione stessa.

In termini che concernono più specificamente la relazione terapeutica, può essere detto, con Winnicott, che una, troppo povera, o inesistente, esperienza dello spazio potenziale con la madre soffoca l'apprendimento a scorgere nell'altro, nel suo volto, nei suoi gesti, nelle sue parole, i segni interpretabili della sua esistenza affettiva e intellettuale e per certi versi anche corporea. Più appropriatamente del suo progressivo venire ad esistere separato. Questi gesti e parole, questi segni sono riconducibili nel loro insieme, come è stato proposto in questo scritto, al concetto peirciano di indice: segni non ancora simbolici, passibili di interpretazione. Gli indici costituiscono il versante semiotico dello spazio potenziale e quindi ne condividono funzioni e destini.

Luca mi aveva percepito come "ossigeno" e troppo poco come persona. La ristrettezza dell'area di scambio che si era fragilmente costruita mostrava che l'altro per lui non era venuto ad esistere sufficientemente perché egli avesse nei suoi confronti le attese interpretanti che sostanziano il costituirsi di uno spazio potenziale tra paziente e terapeuta, che è forse la condizione essenziale per la capacità di tenuta della alleanza terapeutica.

### Note

1. Credo che occorra a questo proposito mantenere la distinzione tra ciò cui si riferisce Gaddini con l'espressione fantasie "nel corpo" o "sul corpo" e ciò che è il referente dell'"equazione simbolica" di Segal: quest'ultima presuppone, logicamente, una distinzione tra simbolo e cosa che viene poi annullata; Gaddini, al contrario, non presuppone simbolismo alcuno.
2. Winnicott pone in relazione a questo elemento la capacità di "entrare in rapporto con il mondo in termini di introiezione e proiezione" ed aggiunge: "Identificazione proiettiva e introiettiva derivano entrambe da questo luogo dove ciascuna è lo stesso dell'altra".

### Bibliografia

FREUD, S. (1938) Compendio di psicoanalisi. *OSF.*, 11.

GADDINI, E. (1959) La ruminazione nell'infanzia. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

- GADDINI, E. (1969) Sulla imitazione. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1974) Formazione del padre e scena primaria. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1981a) Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1981b) Acting out nella situazione analitica. *Ibidem*.
- LACAN, J. (1949) Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io. In: *Scritti*. Einaudi, Torino 1974.
- OGDEN, T.H. (1985) On potencial space. *Int. of Psycho-Anal.* 66, 2, 129-141.
- PEIRCE, C.S. (1931) *Semiotica*. Einaudi, Torino 1980.
- SEARLES, H.P. (1965) *Scritti sulla schizofrenia*. Bollati Boringhieri, Torino 1974.
- SEGAL, H. (1955) Alcune note sulla formazione del simbolo. In: *Casi clinici*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1980.
- SEGAL, H. (1994) Phanrasy and reality. *Int. of Psycho-Anal.*, 75, 2, 395-401.
- SOAVI, G.C. (1990) Fusionalità, confusionalità e altri argomenti. In: C. Neri et al., *Fusionalità*. Bolla, Roma.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.
- ZAPPAROLI, G.C. (1987) *La psicosi e il segreto*. Bollati Boringhieri, Torino.

### Riassunto

L'area intermedia di possibilità di scambio comunicativo tra paziente e psicoterapeuta, riconducibile al concetto di Winnicott di spazio potenziale, implica importanti questioni teoriche e cliniche. La sua insufficienza è motivo di ostacoli al processo psicoterapeutico. Tuttavia in quest'area si collocano delicati strumenti di intervento. È intento di questo articolo cercare di mettere a fuoco sia gli ostacoli che le opportunità terapeutiche. È stato necessario estendere la riflessione ad argomenti connessi, come le relazioni tra soggetto e oggetto, tra simbolismo ed azione, mondo interno e mondo esterno, tra la chiusura nel l'orizzonte narcisistico e l'apparire dell'altro reale.

È stata inoltre estesa la ricerca all'area di pensiero, intermedia tra quello concreto e quello simbolico, che include una varietà di veicoli di scambio tra cui sfumature del tono di voce, posture corporee, espressioni facciali, espressioni linguistiche oltre il loro stretto significato denotativo. È il luogo dell'empatia, dell'approccio per tentativi, della possibile osservazione delle differenze.

Ad essa sono affidati i legami spesso fragili che costituiscono l'alleanza terapeutica con i pazienti psicotici o borderline.

**Summary**

*The intermediate area of exchange possibilities, recognizable by the Winnicott's concept of potentialia space, implies some theoretical and clinical issues which deserve attention being paid to. Its inadequacy brings about severe hindrances to the therapy process; at the same time we can find in it delicate therapeutic tools.*

*This paper purposes to explore both obstacles and opportunities.*

*It was necessary to extend the argument to connected issues, like subject and object, symbolism and action, inner and outer world, the entrenching into the narcissistic horizon and the other appearing on it. It has been also extended to the area of thought, intermediate between the concrete one and the symbolic one, which encompasses a variety of exchange vehicles: vocal tone nuances, body postures, face expression and linguistic ones interpreted beyond their strict meaning. It is the place of empathy, of the tentative approach, of the possible observation of differences.*

*To it are committed the often frail ties which constitute the therapeutic alliance with psychotic or borderline patients.*

MAURIZIO D'ALESSIO  
Via Guicciardini, 9  
50125 Firenze



LAURA DE LAURO POLETTI

## Angoscia di perdita di sé e funzione mentale della memoria

### Un caso clinico <sup>1</sup>

L'idea di scrivere questo lavoro ha preso forma mentre riflettevo sulla scelta del materiale clinico da presentare in un gruppo di discussione tra colleghi. All'inizio avevo pensato di interessarmi ai problemi che nascono dalla costituzione del rapporto analista-paziente e, nella fattispecie, a quei pazienti la cui complessa sintomatologia è parte integrante del loro modo di relazionarsi e di comunicare. Rispetto a questo tema mi sono ricordata di una paziente venuta in analisi diversi anni fa e la cui storia personale e clinica mi sembrava potesse essere proposta come esempio. Un'ulteriore riflessione su questo caso clinico ha spostato poi il mio interesse sul tema dell'angoscia di perdita di sé (Gaddini 1981) e sul funzionamento della memoria. Ho sviluppato l'argomento ripercorrendo l'elaborazione, fatta a suo tempo in seduta, sul significato dei sintomi. Essi erano di tipo psicosomatico (aerofagia, vertigini, senso di svenimento, tendenza alla bulimia), fobico (senso di oppressione claustrofobica, angoscia agorafobica) e ossessivo.

Riguardo a questi sintomi la paziente esprimeva un pensiero coatto legato alla "difficoltà a dimenticare" la morte di una sorellina che i familiari non avevano potuto o saputo salvare. In questo lavoro verrà descritto il percorso di elaborazione compiuto per arrivare alla comprensione del significato sintomatologico e dunque alla costituzione del rapporto analitico e di un'efficace alleanza terapeutica. Il percorso si snoderà in un arco di tempo di quasi dieci anni, tempo che io considero in questo caso particolare come una prima fase dell'analisi.

La paziente mi ha portato a considerare la sua sintomatologia secondo un duplice ordine di significati: come un modo di comportarsi caratterizzato da resistenze, più o meno complesse, che si manifestavano non solo nel rapporto analitico, ma anche nel rapporto con i familiari che le rimproveravano "una mancanza di volontà a guarire"; e come una rappresentazione della sua realtà psichica compromessa dal precario funzionamento della sua organizzazione mentale di base.

---

<sup>1</sup> *Il presente lavoro è dedicato a Eugenio Gaddini nel decimo anniversario della morte. Roma, 27 settembre 1995.*

Sul piano della teoria clinica ho trovato supporto a questo mio assunto confrontando l'esperienza del caso con quanto Schafer (1983, p. 79) ha scritto sul concetto di resistenza: "È importante rendersi conto che ormai la resistenza non viene più vista semplicemente come un'attività di opposizione, ma come qualcosa che virtualmente comprende tutta la realtà psichica dell'analizzando. La comprensione da parte dell'analista che, come punto centrale dell'analisi la resistenza trascende la mera opposizione, rende chiare all'analista molte cose che altrimenti rimarrebbero sconcertanti". Anche sul piano della tecnica sono d'accordo con Schafer là dove afferma che "nell'interpretazione clinica cerchiamo di rendere comprensibili i sintomi portandoli progressivamente nell'ambito delle azioni che l'analizzando compie riconoscendole come proprie azioni" (*ibidem*, p. 112).

Il significato principale del quadro dei sintomi della mia paziente rappresentava una fantasia di autoriparazione maniacale dalle angosce di abbandono e di morte da cui si sentiva costantemente minacciata sino a temere una morte prematura, come quella della sorellina. La fantasia sembrava poggiare su un'identificazione imitativa delle manifestazioni più appariscenti della malattia della madre che era stata la causa della sua nascita prematura. Dalla elaborazione analitica risultò che questa stessa malattia era non solo all'origine dei problemi della paziente, ma poteva anche rappresentare una via di salvezza. A causa della malattia, infatti, la madre aveva ricevuto attenzioni e cure che le avevano permesso di salvarsi. Implicitamente ciò poteva valer anche per la paziente a condizione che si fosse trovata nello stesso stato. Sulla base di questi significati ho assunto che la sintomatologia della paziente rappresentasse in sé per sé, in un unico quadro simbolico, sia il problema che l'affliggeva che la soluzione di esso. Secondo questa concezione si potrebbe evincere in sede teorica che la formazione del sintomo potrebbe rappresentare la concretizzazione di fantasie di autoriparazione maniacale alle quali ricorrono pazienti con una precaria organizzazione mentale di base (De Lauro Poletti 1991, p. 229). Lo scopo di questo tipo di fantasie corrisponderebbe al bisogno di mantenere un assetto mentale con un funzionamento autarchico per difendersi da interventi da parte del mondo esterno vissuti come dissonanti e prevaricanti.

Nell'ultima parte del lavoro cercherò di chiarire il sintomo particolare della "difficoltà a dimenticare" la morte della sorellina, cogliendo la relazione tra la difficoltà e la trasformazione del pensiero di quella morte in una vera e propria costruzione fantasmatica persecutoria. Per questa elaborazione ho fatto ricorso alle teorizzazioni di E. Gaddini su *organizzazione mentale di base, angoscia di perdita di sé, funzione mentale della memoria e imitazione* (Gaddini 1969, 1980, 1981, 1982, 1983).

### Storia clinica

Quando iniziò l'analisi la paziente aveva quarant'anni. Si presentò al mio studio fiduciosa che la crisi coniugale si sarebbe potuta risolvere proprio attraverso il lavoro psicoanalitico che il marito le aveva consigliato d'intraprendere. Era tuttavia angustiata dal riattivarsi del ricordo della sorellina morta prematuramente. Raccontò che, circa due anni prima dell'inizio dell'analisi, era morto il padre. In occasione della sepoltura le venne la curiosità di vedere la tomba della sorella e quella di un fratellino nato morto anche lui a causa della malattia materna. I due decessi erano avvenuti quando lei aveva rispettivamente tre e quattro anni. Al contrario di quanto le avevano detto i familiari le loro tombe non esistevano. La delusione le procurò angoscia e riattivò gli interrogativi e le fantasie di morte, che l'avevano assillata fin da bambina: perché quella sorellina, nata sana e che aveva vissuto alcuni giorni, non era stata salvata?

La madre aveva partorito in casa e la paziente, nata a notevole distanza dalle tre sorelle maggiori, era la settimogenita. Le sorelle si erano prese cura della partoriente e dei neonati nelle tre circostanze di nascita prematura e a loro, quindi, attribuiva la responsabilità di non aver curato adeguatamente la sorellina. In lei si era fatta strada la convinzione che quella morte avrebbe potuto essere evitata, se solo la bambina fosse stata messa in una incubatrice. Riconosceva di aver ossessionato spesso i suoi familiari per avere maggiori informazioni sulla vicenda. Oltre che da questi ricordi lontani era tormentata dal pensiero di non essere riuscita a partorire il suo secondogenito con le sue sole forze, ma di avere avuto bisogno dell'anestesia proprio all'ultimo momento. Temeva che la sua debolezza avesse deluso il marito e che per questa delusione egli si fosse immerso nel lavoro e allontanato dalla famiglia. In realtà anche il marito si sentiva abbandonato dalla moglie che, a lui e alla sua carriera, aveva preferito la nascita di un secondo figlio.

In questo contesto di vissuti incominciarono a manifestarsi i sintomi di aerofagia, di vertigini, di senso di collasso ai quali si aggiunsero in seguito la claustro e agorafobia e la depressione. Con i medici ebbe un rapporto tormentato e polemico; contestava le loro diagnosi e le prescrizioni farmacologiche, li abbandonava con facilità e si faceva abbandonare da loro. In questo clima di contrasti su una giusta terapia iniziò l'analisi. La paziente non poteva e non voleva rendersi conto che il suo stato di salute e i diverbi con i medici erano solo un paravento dietro il quale si nascondeva per non vedere i primi segni della crisi coniugale; questa si protrasse per i primi cinque anni di analisi e si concluse con la separazione legale.

Il rapporto analitico non fu meno travagliato della sua storia personale. Nei primi anni veniva in analisi per riparare la perdita di autostima seguita al parto del secondogenito. Aveva bisogno di ricostruire l'immagine di sé idealizzata che aveva realizzato negli anni del fidanzamento, quando, in-

sieme al futuro marito si era impegnata in politica per affrontare problemi di rinnovamento sociale. Aveva riposto una fiducia illimitata nelle capacità di successo professionale del marito del quale divenne l'infaticabile collaboratrice. In seguito, con la nascita del primogenito, si era sentita ancora più unita a lui, in una vera e propria fantasia di fusione e di indistinzione. Durante le sedute faceva un uso massiccio di identificazioni proiettive. La presenza dell'analista le serviva soltanto da specchio. Parlava per intere sedute e appena avvertiva un mio possibile intervento, reagiva alzando la voce e accelerando il ritmo del discorso. Si teneva informata su tutto ed era sempre pronta a esprimere un parere su qualsiasi argomento; immaginava così di essermi utile senza rendersi conto che quei torrenziali interventi sminuivano invece il mio interesse e mi disorientavano.

Fra le prime resistenze all'analisi, vi fu quella legata alla necessità di fare chiarezza sul rapporto col marito; la vaghezza le appariva come lo strumento indispensabile per alimentare le sue polemiche in famiglia e, indirettamente, in analisi. Questa si configurava come un'operazione di riparazione (maniacale) quasi del tutto autarchica. Sembrava convinta che in questo modo avrebbe dimostrato al marito di poter affrontare da sola i suoi problemi (e quindi di non avere bisogno dell'analisi) e alle sorelle di essere riuscita a dimenticare la morte della sorellina. Era ben lontana dal prendere coscienza che questa "sorellina" rappresentava una parte di sé molto debole che si sentiva in continuo pericolo; attribuiva la sua difficoltà "a dimenticare" alle risposte superficiali e niente affatto convincenti che nel tempo aveva ricevuto dalla madre e dalle sorelle.

Un altro motivo si era aggiunto ai suoi vissuti d'angoscia, quello di non essere riuscita a capire la ragione del crollo psicologico seguito al parto del secondogenito. In me si era fatta strada la convinzione che il crollo potesse derivare da una sua inconscia fantasia nella quale lei, attraverso le sue gravidanze, cercava di riparare l'immagine procreatrice della madre. Tuttavia i tempi e l'atmosfera transferale mi sembravano prematuri per potere tradurre in interpretazioni le intuizioni analitiche. Ero allertata dalle persistenti difese di scissione e di negazione con cui cancellava dalla mente episodi importanti delle sue relazioni con i figli e col marito, dei quali peraltro aveva parlato fino alla seduta precedente (faceva tre sedute settimanali). Preferiva divagare dal problema del momento parlando del suo passato oppure enfatizzava i suoi sintomi di aerofagia, di vertigini e di ipotensione. A seguito di un'efficace interpretazione sulle sue angosce abbandoniche, che la coglievano quando il marito si assentava, iniziò a rintracciare i numerosi indizi che sino ad allora aveva trascurato e che le permisero di prendere coscienza del tradimento coniugale in atto già da qualche tempo. A questa scoperta seguì, in tempi stretti, la decisione del marito di allontanarsi da casa e, poi, di separarsi legalmente. A nulla valsero le richieste di chiarimento e di dilazione della paziente che si lasciò vincere da una profonda crisi depressiva. In questa circostanza non le furono d'aiuto i figli, che anzi ri-



chiedevano maggiore accudimento a causa dell'abbandono del padre, e non poté fare affidamento sulle sorelle le quali non erano in grado di contenere o di interpretare il suo dolore e le rivolgevano accuse pesanti per la sua mancanza di volontà e per l'incapacità di reagire e andare avanti. In questo clima di vuoto affettivo dovette affrontare anche la morte della madre ormai molto vecchia. Il dolore di questa perdita fu confuso con le vicissitudini della separazione dal marito, così come la perdita del padre, anni prima, era stata confusa col riattivarsi del ricordo della sorellina. Dopo la morte del padre si era progressivamente staccata dalla madre la cui figura veniva ricercata e rievocata in forma regressiva, ai tempi cioè della sua nascita o di quella dei fratelli. Nel periodo immediatamente successivo alla separazione venne spesso accompagnata al mio studio da una sorella. La seduta era il luogo dove poteva urlare il suo dolore; lo urlava contro di me e così forte da ferirmi i timpani. Veniva per disculparsi, per trovare un'assoluzione ai pensieri di vendetta che avrebbe voluto tramutare in azioni e che in parte realizzava scagliando miseri contro e addossandomi la responsabilità del suo scarso controllo. Dovevo essere il suo avvocato e il suo assolutore, sempre vigile ma silenziosa.

Costretta al silenzio, come nei primi tempi dell'analisi, lasciavo che fosse lei a parlare affinché si sentisse attiva e autosufficiente. Ora, però, diversamente da prima, era lei che cercava la risposta dell'analista ed era lei che voleva coglierla o meglio sceglierla a seconda delle suggestioni che riceveva. La coglieva furtivamente dai movimenti che facevo sulla poltrona, dall'espressione del mio volto o dal tono della voce al momento dell'uscita. Erano interpretazioni definite dalla qualità del silenzio e dai segni del mio corpo. In quel periodo, al termine di una seduta, mi sentivo sfinita ma conservavo la speranza che qualcosa sarebbe cambiato e di questa speranza alimentavo la mia volontà. Vi furono diverse manifestazioni di collusione inconscia con i vissuti della paziente che valsero a stabilire un contatto ma ritardarono il lavoro analitico. Per circa un anno, nell'intervallo fra una seduta e l'altra, mi scrisse delle lettere nelle quali anticipava o riprendeva i contenuti delle sedute. In questo modo poteva mantenere un contatto continuo con l'analista per negare la separazione con il marito. Io ero attratta dal suo stile narrativo curato ed espressivo tanto da indulgere sul suo comportamento. Ma in seduta questa specie d'idillio s'interrompeva; si comportava con grande freddezza e quando mi affrontava usava un tono tagliente. Era come se mi disprezzasse per il bisogno che aveva della mia presenza e il suo disprezzo era l'affermazione simbolica di un distacco: aveva proiettato sull'analista la parte piccola e debole della sua personalità, quella della bambina dalla quale voleva staccarsi. Avevo la sensazione che questa parte della paziente (la sorellina che avrebbe voluto tenere in vita) fosse continuamente mandata alla deriva e nascosta dal gioco delle scissioni, delle negazioni e delle identificazioni imitative di tipo maniacale. In questo modo si sforzava di credere e di far crescere che andava recuperando forze. Per l'analisi, invece, si stava preparando un delicato lavoro. Era

necessario che queste difese venissero un po' alla volta smascherate perché creavano in lei un vuoto di contenuti mentali e alimentavano i suoi sentimenti di angoscia persecutoria. Arrivò ad attaccare tutto e tutti, svalutò e rifiutò lo psichiatra, che pure aveva stimato, e infine venne il turno dell'analista. Dapprima criticò il metodo terapeutico poi l'attacco fu più diretto. Confrontò la sua efficienza fisica e mentale (così come pensava che fosse stata all'inizio dell'analisi), con lo stato di depressione in atto che la costringeva a letto annebbiandole la mente e isolandola dal mondo. Le assenze dalle sedute, comportamento insolito per lei, testimoniavano la gravità del suo stato. Fu talmente abile nel significare negativamente il decorso dell'analisi, da farmi sentire inadeguata a trattare il suo caso. Arrivai al punto, sia pure consumato in una sola battuta di fine seduta, di invitarla a rivolgersi a un altro analista. Mi sentivo allo stremo delle forze così come si erano sentite la madre e lei stessa durante il parto. Dopo questo mio invito continuò a venire con assiduità, senza fare alcun riferimento a quanto era stato detto e vissuto.

Avvertivo in me una tensione emotiva molto forte come se temessi l'avvicinarsi di una tempesta o ne avessi appena vissuto il passaggio. In realtà ero confusa perché qualcosa di nuovo stava accadendo. Durante una seduta, infatti, con un tono di voce tra il trionfalistico e il meravigliato m'informò di essersi ricordata "da sola" senza l'aiuto delle sorelle!" che verso i cinque o sei anni una zia paterna, molto ricca e senza figli, l'aveva chiesta in adozione. Nelle sue parole avvertii il conflitto che questa proposta doveva averle causato, tra la paura di essere abbandonata dalla madre e il desiderio di venire adottata da una madre nuova, ricca e senza figli. Questo fantasma dell'adozione era stato vissuto dalla paziente sia nel periodo dell'infanzia, a causa della malattia della madre che dovette affidare la bambina alla cura delle figlie maggiori, sia in età adulta ora che le sorelle dovevano tornare a occuparsi di lei. Nei loro confronti nutriva il dubbio che l'avessero accettata solo perché costrette e questa costrizione equivaleva a un rifiuto, lo stesso che esse avevano dimostrato verso i fratellini morti per i quali "bisognava ringraziare il padreterno che se li fosse ripresi" perché "troppo numerosa era la famiglia, piccola la casa e scarse le disponibilità economiche".

Anche quanto era accaduto poco tempo prima nel rapporto analitico aveva a che fare con l'adozione. In questo caso, diversamente dal passato, era toccato a lei scegliere se abbandonare il proprio analista e farsi adottare da un altro, oppure rimanere. In analisi aveva vissuto l'esperienza che le era mancata nella sua storia personale, quella cioè di assecondare i bisogni di sicurezza e il tempo necessario per decidere la scelta più conveniente. I bisogni e i tempi della storia personale, invece, rimandavano a quelli violati della sua nascita fisica e psicologica, entrambe forzate dalle condizioni di salute della madre e dalla nascita dei fratellini. Il contrasto tra: questi bisogni e quelli

analitici si rese evidente quando cercai di stabilire un collegamento tra i vissuti sull'adozione e il significato di un sogno che aveva fatto poco tempo prima del l'episodio occorso in seduta.

Il sogno era passato inosservato perché travolto dalle innumerevoli e assordanti lamentele che riguardavano i suoi soliti sintomi. Fu poi riproposto da me durante una seduta, quando il clima di collaborazione era in un momento di ripresa. Lo ricordai alla paziente: "Dentro un sacchetto di plastica trasparente vedo una bambina che sta succhiando il biberon. Mi rivolgo a mio fratello e gli dico: 'La bambina è viva! Sta succhiando! Bisogna toglierla da lì, come si fa?'". La paziente, sorpresa dal mio ricordo, dimostrò una certa apprensione nei confronti del sogno. L'interpretazione che io ne diedi fu nel senso di una rassicurazione rivolta alla coppia analitica dove la parte debole della paziente, "la sorellina", era sopravvissuta alle traversie degli ultimi anni (l'abbandono del marito e la morte della madre). Il sacchetto di plastica trasparente faceva pensare all'incubatrice con la quale si sarebbe potuta salvare la sorella. L'incubatrice rimandava alla mente dell'analista nella quale la paziente poteva depositare le sue lamentele per poi cogliere le reazioni dai segni del corpo (le interpretazioni silenziose).

Nel vissuto inconscio aveva trovato la madre contenitiva che le era mancata e ora sembrava disposta ad affrontare un'esperienza simbolica di nascita (solo alle condizioni di contenimento affettivo) che rispettasse i bisogni e i tempi personali espressi nel sogno e nel rapporto analitico. Interpretando il sogno ho tenuto conto dei bisogni del sé (organizzazione mentale di base secondo E. Gaddini, 1980) anziché dei bisogni oggettuali che pure erano presenti; ho mirato a promuovere un lavoro di conoscenza e di elaborazione dei bisogni primari per compensare, per quanto possibile, la prematurità della sua storia personale.

Se i significati del sogno sembravano chiari, restava pur sempre da chiarire il significato dei sintomi che continuavano a persistere e a invadere le sedute.

C'era stata una recrudescenza nel suo stato di depressione per cui la paziente era costretta a stare a letto per gran parte della giornata. Era aumentata notevolmente di peso ma più che grassa sembrava gonfia. Nell'osservarla sdraiata sul lettino, mi sembrò che il volume del corpo fosse quello di una donna incinta. Mi ricordai allora della madre, delle sue gravidanze e della malattia, e i sintomi della paziente, all'improvviso, mi apparvero come il quadro della broncopolmonite della madre. Pensai a una identificazione di tipo imitativo con la quale aveva potuto riattualizzare la presenza del corpo materno e arroccarsi in esso per non perdere il senso di sé di fronte al fallimento del matrimonio, alla delusione del suo ruolo di madre e allo svilimento della sua immagine ideale.

La riattualizzazione del quadro di gravidanza e malattia costituiva una resistenza del transfert di non facile trattamento. Fu a questo punto che ebbi l'intuizione di quanto l'incessante riproposizione

dei suoi sintomi fosse legata al bisogno di ribadire continuamente l'origine delle sue angosce e rappresentasse anche una possibile "via di salvezza". Me ne resi conto riflettendo sul significato delle sue assordanti lamentele. Aveva bisogno di scuotermi, di allarmarmi per farmi agire, così come la malattia della madre aveva allarmato e fatto agire le sorelle. La malattia della madre rappresentava dunque "la via della salvezza"; essa poteva valere anche per lei, per allontanare da sé il rischio di quella morte prematura che era toccata ai fratellini, con i quali sentiva di potersi identificare per il medesimo destino di nascita.

L'insieme dei sintomi rappresentava una fantasia di autoriparazione maniacale con la quale cercava di opporsi al lavoro analitico. Tuttavia il suo sistema difensivo stava crollando, ne conseguiva un senso di disfatta personale ed un profondo stato di depressione. Non poteva contare di essere aiutata dalle sorelle, ormai vecchie e malandate, per le quali la sua malattia era incomprensibile, lo avevano dimostrato durante la sua crisi coniugale. L'analisi diventava, sempre più, l'unica via di scampo.

A più di quarant'anni si sentiva ancora coinvolta e confusa in quel groviglio di immagini e di sentimenti che l'opprimevano.

Era lei sola ad essere rimasta prigioniera e a trovarsi ancora in bilico tra la vita e la morte, poiché la madre, come si sa, era stata salvata, i fratellini erano morti e le sorelle vivevano con le loro famiglie.

Questo quadro di vissuti illustra la disperata condizione, non solo di questa paziente ma di altri a cui sono mancate, molto precocemente, importanti immagini affettive di riferimento e sono cresciuti nella confusione dei ruoli familiari. Si tratta di persone che hanno vissuto un senso di sovvertimento nell'ordine generazionale della famiglia tale da provocare disorientamento e da danneggiare le loro scelte di identificazione. A mio parere, questa è la condizione in cui un soggetto sente di essere fuori tempo, fuori luogo e perciò è in dissonanza con tutti e con tutto, non lo anima nessuna causa perché si sente sconfitto in partenza. E un assetto di vissuti inconsci di relazione che si può considerare tra i fattori principali della depressione cronica.

La mia paziente sembrò che avesse esaurito ogni forza di resistenza quando incominciò a prestare ascolto alle mie interpretazioni, specialmente a quelle che riguardavano le sue identificazioni con la madre e con le sorelle.

I miei interventi furono molto contenuti; i silenzi, i comportamenti erano più significativi delle espressioni verbali.

La mia proposta di "farsi adottare" da un altro analista l'aveva stimolata a ricordare "da sola, senza l'aiuto delle sorelle" il rischio che aveva realmente corso nell'infanzia. In questo modo speri-

mentò l'autonomia e l'efficienza della sua memoria modificando sia l'immagine negativa che aveva di sé, che l'immagine materna introiettata. Questo cambiamento, che avvenne attraverso l'identificazione dell'analista con l'immagine della madre carente, rese possibile il riconoscimento e la "riattribuzione", a questa stessa immagine, delle angosce e dei limiti che la madre aveva negato e scisso da sé di fronte al rischio della morte, riversandoli sulla nascita prematura dei figli. Questa simbolica riparazione del personaggio della madre, fece sentire la paziente come una figlia liberata dalle angosce e dai sensi d'impotenza che appartenevano invece alla figura materna.

Nel vissuto fantasmatico della relazione tra la paziente e l'analista si erano verificate modificazioni sia dell'immagine della madre sia di quella della figlia che io valutai come operazioni di riparazione orientate nel senso della crescita reale. I vissuti attinenti a questi personaggi infatti, non erano più negati, come all'inizio dell'analisi, e le caratteristiche della loro realtà storica nella vita della paziente venivano finalmente rispettate. In sintesi le operazioni di riparazione simbolica riguardarono: l'immagine della figlia liberata dalle angosce della madre; l'immagine della madre che fu restituita alla realtà storica dei suoi limiti e l'immagine della madre efficiente e autoriparativa.

L'ultimo periodo di questa fase dell'analisi fu impegnato nell'elaborazione dei vissuti di "uscita" dall'involucro narcisistico rappresentato nel sogno. In quale modo la relazione analitica poteva andare incontro ai bisogni di contatto concreto e di continuità affettiva che si erano evidenziati nel corso del lavoro analitico? Come riparare l'accoglimento e l'accudimento delle funzioni materne che la stessa madre non poteva a suo tempo garantire, a causa della malattia, e che le giovani sorelle si trovarono a dover improvvisare? Gli interrogativi più che aiutare gravarono sul lavoro analitico che era ancora necessario fare. La mia identificazione con la funzione carente della madre attirava le proiezioni negative della paziente tanto da farmi avvertire un senso di oppressione e la sua disistima. Concentrai la mia attenzione sul significato della relazione che si era determinata, a partire dal sogno, nei termini di parti scisse e opposte tra la paziente, come madre efficiente, e l'analista come madre carente. Mi resi conto che si trattava di una fantasia prodotta dalla dinamica inconscia della coppia analitica, secondo la quale ciascuno dei componenti aveva fatto la propria scelta di identificazione in un gioco delle parti. La fantasia inconscia della coppia costituiva un'alleanza di lavoro che aveva animato un personaggio di madre di tipo schizoide. Attribuii la difficoltà a "uscire" dall'involucro narcisistico a questo tipo di figura che rimandava alle funzioni svolte dalle sorelle e dalla madre con le caratteristiche sopra descritte. Il compito che spettava alla coppia analitica era quello di realizzare, nel vissuto fantasmatico della paziente, un'organizzazione più unitaria dell'immagine materna che fosse in grado di sostenere i bisogni di contatto e di continuità affettiva

necessari a integrare la parte debole della paziente. Questo lavoro fu svolto nella seconda fase di analisi.

Passo a trattare dell'elaborazione teorica che ho annunciato all'inizio.

Il bisogno di contatto concreto e di continuità d'affetto mette in causa vissuti mentali primari che E. Gaddini (1981, p. 512) concettualizza come angoscia di perdita di sé. Questa angoscia ha una funzione importante nell'organizzazione della memoria. A questo proposito Gaddini (1982, p. 565) precisa che il primo uso mentale della memoria, che egli distingue dalla memoria fisiologica, "non è per ricordare, ma per rendere magicamente attuale l'esperienza di sé memorizzata [...] La funzione attivante della memoria diventa pericolosa dopo l'esperienza dell'angoscia di perdita di sé. Questa esperienza deve essere d'ora in poi mantenuta solamente come ricordo".

Per rendersi conto di quanto il concetto di angoscia di perdita di sé possa aiutare a comprendere i vissuti della paziente, è necessario tenere presente la sequenza delle nascite premature, la sua e quella dei due fratellini che non sopravvissero quando lei aveva rispettivamente tre e quattro anni. Suppongo che la paziente, oltre alla nascita prematura, abbia subito anche un distacco affettivo prematuro dal rapporto privilegiato con la madre proprio a causa dei successivi parti e dei loro esiti. Le nascite traumatiche dei fratellini furono altrettante occasioni per lei di una riproposizione concreta (non solamente narrata dai familiari) delle condizioni della sua stessa nascita. Queste considerazioni valgono anche per la riattivazione dei vissuti sul significato della morte dei fratellini che si prestava a rappresentare la perdita forzata dello stato fusionale con la madre. Il distacco traumatico del rapporto fusionale con la madre è definito da Gaddini (1983, p. 582) senso di perdita di sé. Egli ipotizza che il sentimento di angoscia, collegato a questi vissuti, svolga una funzione importante nell'organizzazione della memoria. Esso si fisserebbe sotto forma di traccia mnestica dell'esperienza traumatica e potrebbe riattivarsi ogni qualvolta si ripropongano le condizioni dell'esperienza traumatica. L'angoscia acquisirebbe così significato di segnale e valore di difesa preventiva, ostacolando la riattivazione dell'esperienza traumatica e evitando il rischio che ogni vissuto successivo sia assimilato allo stesso significato dell'esperienza traumatica originaria. Nel caso della paziente l'angoscia di perdita di sé sarebbe di tipo catastrofico, sia per l'intensità con cui venivano rivissuti gli eventi tragici della nascita e della morte dei fratellini, sia per i tanti anni in cui coinvolse i suoi familiari nella rievocazione di quegli episodi. In un contesto siffatto sembrava che non vi fosse differenza tra sentimento di catastrofe e catastrofe in atto. Nella mente della paziente il senso della catastrofe aveva in parte cancellato e in parte frammentato le tracce di quegli eventi e reso la sua memoria dipendente, per buona parte, da quella delle sorelle. Per questa ragione esse erano

diventate dispensatrici di vita (avevano salvato la madre) e di morte (avevano lasciato morire la sorellina). A distanza di più di quarant'anni si sentiva ancora dominata da loro, quasi che l'esito del suo stato di depressione dipendesse dalla loro decisione di salvarla oppure di abbandonarla, lasciandola morire. La fantasia persecutoria della morte della sorellina rappresentava il vissuto di perdita di sé che, come tale, non aveva potuto essere individuato prima dell'analisi e quindi non aveva acquisito significato. Per questa ragione non era stato possibile effettuare sostituzioni simboliche ossia compensazioni al vissuto di perdita.

Col progredire dell'analisi le fantasie persecutorie sembravano scomparse. I sentimenti di angoscia venivano ormai percepiti come il segno di desideri frustrati che non era in grado di soddisfare da sola. L'aiuto dell'analista divenne, così, parte integrante della sua realtà e stimolo a una sempre più feconda indagine analitica.

### **Bibliografia**

- DE LAURO POLETTI, L. (1994) Patologia del sé, fantasie del corpo e fantasie sul corpo in un caso clinico. In Mascagni, M.L. (a cura di) *Studi sul pensiero di E. Gaddini*. Metis, Chieti.
- GADDINI, E. (1969) Sull'imitazione. In *Scritti*. A cura di M.L. Mascagni, A. Gaddini, R. De Benedetti Gaddini. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- GADDINI, E. (1980) Note sul problema mente-corpo. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1981) Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. *Ibidem*.
- GADDINI, E. (1982) Il Sé in psicoanalisi. *Ibidem*
- GADDINI, E. (1983) Gli stati di non-integrazione nell'esperienza grupale. *Ibidem*.
- SCHAFFER, R. (1983) *L'atteggiamento analitico*. Feltrinelli, Milano 1984.

### **Riassunto**

Il lavoro si interessa del caso clinico di una paziente affetta da una complessa sintomatologia di tipo psicosomatico e fobico-ossessivo e della costituzione del suo rapporto analitico e della successiva alleanza terapeutica.

I sintomi si presentavano come resistenza all'analisi ma anche come espressione della realtà psichica inconscia della paziente. Nel corso del lavoro vengono proposte alcune riflessioni sulla formazione e sul significato del sintomo come forma di difesa funzionale all'assetto autarchico della patologia narcisistica.

Partendo da alcune teorizzazioni di E. Gaddini sul funzionamento della memoria si è cercato di chiarire il particolare sintomo della “difficoltà a dimenticare” un evento dell’infanzia e la trasformazione di esso in una fantasia persecutoria.

### **Summary**

*This paper reads the forming of analytic relationship and a therapeutic alliance in a patient’s case suffering from severe psychosomatic and phobic-obsessive symptomatology.*

*The symptoms can be understood as an analytic resistance and an expression of the patient’s psychic unconscious reality.*

*Some reflexions on symptom like a self sufficient defensive function of narcissistic pathology are presented.*

*Starting from some Gaddini’s theoretical principles concerning primary memory functioning, a particular symptom of “difficulty in forgetting” an event in patient’s childhood and its change into a persecutory phantasy are clarified.*

LAURA DE LAURO POLETTI  
Viale Parioli, 47°  
00197 Roma



# CONFRONTI

---

*Siamo lieti di ospitare nelle pagine della nostra Rivista un lavoro del professor Renzo Canestrari, Ordinario di Psicologia nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Il professor Canestrari è uno dei più conosciuti studiosi della fenomenologia della percezione, della memoria e delle emozioni; la sua presenza sulla nostra Rivista costituisce dunque un'occasione di confronto interdisciplinare. D'altra parte Canestrari si è sempre occupato anche di psicologia clinica e ha condotto varie ricerche nell'ambito della psicosomatica, della psicologia dello sviluppo, della devianza minorile, dell'invecchiamento.*

*Egli ha letto la lezione che pubblichiamo durante la cerimonia in cui, il 15 dicembre 1995, gli è stata conferita la laurea ad honorem in Psicologia, presso l'Università degli Studi di Bologna.*

*Il tema del rapporto che intercorre tra creatività e trasformazioni psicologiche dell'età di mezzo (che l'Autore affronta esaminando le vicende della creatività artistica del suo amico Federico Fellini) ci pare particolarmente consonante con i motivi ispiratori di questo numero della Rivista che accoglie lavori rivolti ad indagare l'importanza dello spazio potenziale e della creatività nella storia dell'identità individuale e nella relazione analitica.*

RENZO CANESTRARI

## Creatività e passaggio dell'età di mezzo: un omaggio a Federico Fellini

Ricevere la laurea in Psicologia, per chi come me, fin da adolescente, ha cercato di dare consistenza ad una confusa aspirazione interiore, è un premio ricco di significati che necessariamente mi riportano al passato: in particolare al momento in cui i miei genitori, da un piccolo paese dell'entroterra marchigiano, decisero di trasferirsi a Fano per permettere ai figli di frequentare le scuole medie.

Siamo negli anni 1935-36-37-38 e desideroso di allargare i miei orizzonti cognitivi, mi trovo di fronte ad una cultura scolastica piuttosto retorica ed alquanto provinciale; scopro, con meraviglia e stupore, l'esperienza cinematografica.

È accanto a me, e credo a molti della mia generazione, ciò che narra Italo Calvino, mio coetaneo, nella sua "autobiografia dello spettatore". Egli scrive "il cinema, in quegli anni, rispondeva ad un bisogno di dilatazione dei confini reali, di vedersi aprire intorno delle dimensioni incommensurabili, astratte come entità geometriche ma anche concrete, assolutamente piene di facce e situazioni ed ambienti che col mondo dell'esperienza diretta stabilivano una rete di rapporti molto significativi e formativi".

Credo di poter individuare nei vissuti dell'esperienza cinematografica di quel tempo i primi segni della mia vocazione agli studi di psicologia resi man mano consapevoli dalla lettura della Rivista "Cinema" in cui comparivano saggi dello psicologo dell'arte Rudolf Arnheim e di Massimo Mila, Roberto Rossellini, Luchino Visconti, Michelangelo Antonioni e Renzo Renzi.

Così quando, dopo un anno trascorso, appena diciottenne, in guerra, cerco la psicologia scopro che tale disciplina non esiste né alla facoltà di Filosofia né a quella di Medicina.

Fu l'incontro col maestro, il fisiologo Giulio Cesare Pupilli, a fornirmi lo strumento metodologico per costruire le oasi di una psicologia sperimentale espulsa dalle scuole superiori e dalle Università dalla riforma di Gentile del 1926.

Con l'aiuto dei maestri, sopravvissuti alla distruttiva megalomania della filosofia idealistica, come Marzi a Firenze, Musatti e Kanizsa a Milano, Metelli a Padova ho potuto progredire nello studio empirico del comportamento umano affrontando prima temi di neurofisiologia poi lo studio della percezione, della memoria, del conflitto psichico nell'adolescenza nonché, con indagini controlla-

te, alcuni temi di clinica psicologica, di medicina psicosomatica e di psicologia dello sviluppo di cui avete sentito dianzi il giudizio, certo troppo generoso, dei miei allievi.

Nella scelta del tema di questa dissertazione ho, di proposito, escluso contenuti dallo statuto scientifico forte come la neuropsicologia, la fenomenologia sperimentale della percezione, della memoria, delle emozioni e contenuti quali le carenze affettive da brefotrofo, la dissocialità minorile e l'invecchiamento da cui sono nate proposte di riforma assistenziale, che con grande soddisfazione ho visto ben attuate dalla amministrazione comunale e provinciale di Bologna con le quali ho felicemente collaborato per anni.

Nel centenario della nascita del cinema ho pensato di rendere omaggio a Federico Fellini col quale ebbi modo di discutere un tema, caro ad entrambi, il rapporto fra creatività e psicologia della mezza età.

Non è la prima volta che la psicologia scientifica dedica un tributo di riconoscenza alla creatività dell'artista per le sue scoperte nella spiegazione empirica del comportamento umano.

Solo per fare qualche esempio dobbiamo a Dostojevskij descrizioni particolarmente pregnanti degli stati crepuscolari della coscienza, a Schnitzler felici interpretazioni psicodinamiche che Freud manifestamente gli invidiava, a Sartre contributi fondamentali sulla psicologia delle emozioni, a Pirandello riferimenti precisi sul tema della personalità e così via. Riferirci con ammirazione e gratitudine a Federico Fellini per delle sapienti intuizioni sulla psicologia del passaggio della mezza età non ci desta quindi meraviglia giacché la visione o solo il ricordo che possiamo avere del suo film più geniale *Otto e mezzo* ci impone una attenzione rispettosa ed ammirata.

Prima di questa grande opera Federico Fellini si era distinto dagli Autori del nostro dopo guerra. Rossellini, Visconti, De Sica, Germi, De Santis erano per lo più attratti da uno studio del personaggio come determinato dalla società all'interno della quale si trova ad agire: i pescatori per Visconti, gli sciuscià, i pensionati di De Sica, le mondine di De Santis, il ferroviere di Germi, i partigiani di Rossellini ecc.

Federico Fellini è invece attratto dal come il personaggio si comporta nella realtà in rapporto al come egli è dentro se stesso.

Di fatto nei suoi primi tre film noi notiamo che i protagonisti (gli attori ne *Le Luci del varietà*, i giovani sposi in viaggio di nozze ne *Lo Sceicco Bianco* ed *I Vitelloni*, della nostra riviera romagnola) sono colti da un lato nel "fuori" della loro maschera e nell'"interno" del loro volto dall'altro.

Diversamente da Pirandello, Fellini non tratta questo contrasto in senso tragico bensì con l'occhio scherzoso di chi si riconosce un complice partecipe delle vicende rappresentate sullo schermo.

Con la seguente trilogia *La strada*, *Il bidone*, *Le notti di Cabiria*, che il collega americano Peter Bondanella definisce della salvezza e della grazia, Fellini eleva notevolmente il livello poetico e simbolico del suo cinema.

Ne *La Strada* cogliamo la “grazia” che tocca l’animo di Zampanò attraverso la semplicità di Gelsomina che lo salva da un destino animale e gli consente il privilegio di vivere, per la prima volta, l’esperienza umana dell’angoscia.

Ne *Il bidone* il tema della grazia e della conversione è trattato ancora più direttamente: nella storia di Augusto, un volgare truffatore della povera gente, Fellini coglie soprattutto il momento della mezza età in cui il furfante è attraversato da sentimenti di dubbio, perdita e solitudine e desidera mutare il suo destino di ladrone.

Tale desiderio di redenzione fallisce: egli muore nell’atto in cui commette l’ennesima truffa; ma Fellini, inquadrando lo sguardo del morente rivolto ad una processione religiosa di passaggio, suggerisce una possibile purificazione del protagonista.

Anche ne *Le Notti di Cabiria* il tema della salvezza emerge con evidenza nel finale ove la povera prostituta, appena sfuggita alla morte per mano del suo prossimo sposo improvvisamente rivelatosi spietato assassino, riesce nuovamente a sorridere ed a sperare accodandosi ad un gruppo di giovani che allegramente suonano e cantano.

Ho pensato di schematizzare l’assunto della grazia e della salvezza in questi tre film per sottolineare come questo tema scompare totalmente nel film ad essi successivo *La dolce vita*.

Ne *La Dolce vita* Marcello, il protagonista, non conosce grazia o salvezza: in tutto il percorso filmico incontra diversi interlocutori coi quali cerca invano legami significativi di tipo amoroso, filiale, culturale, sociale o religioso.

Questi incontri sembrano disegnare una discesa agli inferi. Di fatto il finale del film è assolutamente significativo: Marcello all’alba, dopo la triste orgia sessuale della notte, raggiunge il mare e specchia il profondo del suo animo nel pesce mostro approdato sulla spiaggia: una immagine questa che ben esemplifica il contatto con una parte di se stesso tetra e minacciosa dalla quale il protagonista non riemerge visto che le parole innocenti della fanciulla al di là del gorgo marino, non possono raggiungerlo.

Anche se Fellini ha in parte rifiutato la piena identificazione fra il suo Sé privato ed il personaggio rappresentato nel film noi non possiamo non cogliere in questa sequenza il segno eloquente di un suo personale disagio nel momento in cui affronta la necessità di un cambiamento relativo al passaggio dell’età di mezzo.

Del resto egli ebbe modo di dircelo chiaramente quando dichiara, all'età di quarantadue anni, “mi trovo con il ritratto di un uomo nella sua contraddittoria, sfumata, inafferrabile somma di diverse realtà in cui traspaiono tutte le possibilità del suo essere, i livelli, i piani sovrapposti, come un palazzo al quale è crollata la facciata e che rivela al suo interno, scale, corridoi, stanze, solai, cantine e gli angoli più intimi, più segreti. Mi trovo in un fluido labirinto di ricordi, di sogni, di sensazioni, di fatti che sono accaduti tanto tempo prima, e convivono con quelli che stanno accadendo, si confondono fra nostalgia e presentimento e non sai più chi sei, o chi eri, o dove va la tua vita”.

Sappiamo dall'Autore stesso e dai suoi attenti biografi Renzo Renzi e Dario Zanelli che in questo momento egli chiede aiuto psicologico al Dr. Ernest Bernhard un nostro collega romano seguace di Carl Gustav Jung. Con lui Federico ha lunghi e frequenti colloqui ed analizza la propria intensa attività onirica: in un sogno egli si trova nella piazza di Firenze ansioso, madido di sudore, seduto su un banco di scuola incapace di fare il compito: non potrebbe essere meglio espressa la impotenza ad affrontare il passaggio dell'età di mezzo.

Del resto proprio all'inizio del film *Otto e mezzo* Fellini ci dice che chiuso nel suo ufficio inizia a “scrivere al produttore di chiamarsi fuori dall'intero progetto dal momento che il film per lui non aveva più senso”.

Si sente in una situazione senza via di uscita.

“Sono un regista che voleva fare un film che non ricorda più. Ma proprio in quel momento sono entrato di colpo nel cuore del film. Avrei fatto il film sulla storia di un regista che non sapeva più quale era il film che voleva fare”.

Lo stacco iniziale di *Otto e mezzo* ci introduce subito nell'esordio della crisi dell'età di mezzo fotografando il mondo interno del protagonista: questi si trova intrappolato nell'auto in una galleria, bloccata dal traffico. Il personaggio cerca di involarsi verso il cielo ma ne è brutalmente impedito. Il sogno segnala degli interrogativi. Fuggire od accettare la nuova responsabilità? Rimanere nel collaudato o perseguire il mutamento? Ignorare le proprie contraddizioni ed i propri comodi alibi o guardare la realtà esterna ed il proprio mondo interno con adeguato coraggio e con la necessaria sofferenza?

In ogni persona nel passaggio della mezza età si pongono queste domande in quanto in questo lungo periodo della vita alcuni eventi esigono di fare un bilancio: vi è la percezione del nostro corpo che muta e pone il problema della ristrutturazione della nostra immagine corporea.

Si deve far fronte all'invecchiamento o alla scomparsa dei propri genitori, con la conseguente percezione di essere “in prima linea” di fronte alla morte, al distacco dei figli che, ormai adolescenti, si allontanano dai genitori, all'esperienza del restringimento temporale dell'esistenza. C'è per la

prima volta, visibile, l'esperienza del limite circa la possibilità di manipolare e dominare il mondo esterno.

C'è, in definitiva, con modalità diverse da uomo a donna, da persona a persona la necessità di fare il "lutto" di qualcosa che non c'è più, e di riconoscere, faticosamente, il senso della propria condizione di incompletezza, della propria mortalità. Nello svolgimento di questo passaggio la creatività, come Fellini intimamente avvertiva, può estinguersi o emergere per la prima volta oppure mutare nei modi espressivi e nei contenuti.

Un esempio di improvvisa estinzione creativa è quello del forlivese Carlo Matteucci, socio emerito della nostra Accademia delle Scienze. Egli, nel 1828, a diciassette anni si laurea in Fisica nella Università di Bologna con una tesi che lo metteva a confronto diretto con scienziati quali Becqueret e Du Bois-Remond: a venticinque anni scopre e misura il potenziale d'azione: praticamente dal venticinquesimo al trentacinquesimo anno ci fornisce dati che sono alla base della moderna neurofisiologia. Dal trentottesimo anno in poi la sua creatività si spegne. Giuseppe Moruzzi, da esperto neurofisiologo, studiando il percorso scientifico del Matteucci afferma che il suo parto creativo deve essere stato talmente dispendioso che per rimanere fertile aveva bisogno di un rinnovamento così sofferto da non essere sopportato.

Uguali considerazioni sono state fatte da critici letterari sulla improvvisa estinzione creativa, al trentaduesimo anno, del grande poeta Rimbaud. Al contrario altrettanto famosa è l'esplosione ispirata di Gauguin a trentanove anni. Personalmente ho avuto occasione di commentare, attraverso l'esame delle lettere scritte alla moglie Lilly, la particolare modificazione della personalità che portò Tommasi di Lampedusa a scrivere *Il Gattopardo* sui cinquant'anni, nel pieno dell'età di mezzo.

Molte osservazioni documentano invece come la transizione dell'età media, se adeguatamente sofferta, porti profonde modificazioni sia sulle modalità espressive sia sui contenuti del prodotto creativo. Elliot Jacques studiando Shakespeare dal periodo delle commedie liriche alle grandi tragedie scritte fra i quaranta e i cinquanta anni nota che la modalità espressiva da "vulcanica o a getto" delle prime opere diventa in seguito "sculpta" ovvero meditata e riflessa. Relativamente ai contenuti il cambiamento si riferisce alla comparsa di un tema morale-filosofico che si muove con la serena creatività dello stadio maturo, in contrasto con tematiche più liriche e descrittive, tipiche dello stadio giovane-adulto.

Questo cambiamento lo si ritrova nell'opera shakespeariana nel passaggio dai drammi storici e dalle commedie al periodo delle grandi tragedie. Sui trent'anni, nel pieno periodo delle commedie liriche, egli creò *Romeo e Giulietta*, ma la serie delle grandi tragedie cominciò ad apparire diversi

anni dopo. Si ritiene comunemente che il *Giulio Cesare*, *l'Amleto*, *l'Otello*, *il Re Lear* e *il Macbeth*, siano stati scritti sui quarant'anni. *La Tempesta* è stata scritta a cinquant'anni.

Nelle opere del periodo tardo-adulto vi è la rinuncia all'idealismo e all'ottimismo tipici della prima maturità; vi è il passaggio da aspirazioni e impazienze radicali a un conservatorismo più mediato e tollerante: è presente l'accettazione che la bontà non è disgiunta dall'odio e da forze distruttrici interne che contribuiscono alla miseria e alla tragedia umana.

In *Otto e mezzo* di Fellini e nei film ad esso successivi noi possiamo cogliere dal "vivo" l'evoluzione psicodinamica di tali cambiamenti.

Dopo lo stacco onirico iniziale del film di cui abbiamo detto nel percorso cinematografico siamo in grado di seguire il viaggio del protagonista a due distinti livelli: uno reale, in cui l'autore descrive, con il modo narrativo tradizionale, la storia di un uomo che in crisi di ispirazione, nel momento di dare inizio ad un film, si trova, per cura, alle terme ed ivi ha vari incontri: con lo sceneggiatore, con attori ed attrici, col produttore, con un prestigiatore, con un cardinale ed infine con l'amante e con la moglie. Il film si caratterizza per l'originalità del linguaggio in quanto Fellini da questo livello descrittivo passa ad un secondo livello in cui il racconto è improvvisamente invaso da immagini oniriche o da sequenze che fanno emergere spezzoni di un passato remoto o recente: così quando si trova assopito nel letto con l'amante compaiono nel sogno la madre e il padre defunti che si lamentano della tomba troppo piccola. Sempre nel sogno la madre si avvinghia al figlio e mentre lo bacia si trasforma nella moglie Luisa.

Come ben nota Peter Bondanella in queste incursioni dell'inconscio nella scena onirica del nostro personaggio è evidente il tema della colpa e della sessualità infantile che vorrebbe nell'assemblaggio di almeno tre donne (l'amante, la moglie, la madre) trovare il suo appagamento.

Questa ricerca di soddisfazione totale ed onnipotente appare ricercata anche nelle successive immagini, in cui il protagonista si rivive come un fanciullino completamente al sicuro coccolato dalle sue dade e dalla nonna che gli fanno il bagnetto in una grande tinozza e lo portano a letto tra tiepide lenzuola.

Ed ancora mentre nel racconto reale al nostro protagonista è concesso di chiedere al cardinale consigli sul film da fare, la mente è invasa da visioni che lo riportano, appena preadolescente, curioso e divertito, di fronte ad una enorme prostituta, la Saraghina, che danza per lui ed i suoi amici. Il colloquio col cardinale, che rappresenta l'istituzione, fa venire in mente al regista un "peccato" infantile duramente punito dai preti del collegio: ciò sembra aver procurato (come spesso succede in chi riceve una educazione sessuofobica) una divisione netta fra le donne con cui si possono fare cer-



te cose (l'amante o la prostituta) e le donne con cui non si possono fare (la moglie, che nel nostro caso, è vista come la discendente diretta della madre).

Il nostro protagonista vorrebbe liberarsi di questa scissione e di fatto fantastica, nella famosa sequenza dell'harem che la moglie, l'amante insieme a tutte le altre figure femminili della sua vita lo accudiscano e lo accontentino in tutto e per tutto.

Mi pare interessante notare come queste ed altre emergenze del mondo inconscio del protagonista diano risalto a temi che in modo più o meno palese affiorano ai margini della coscienza di ogni persona ai mezza età e che Fellini molto coraggiosamente espone con sofferta sincerità: il timore del calo sessuale a cui opporre una caricaturale difesa maschilista, desideri di regressione all'onnipotenza infantile quale compensazione alle paure di estinzione della propria creatività, la necessità di proiettare nell'altro sesso (molto spesso sul coniuge) la propria incapacità di amare o la paura di invecchiare.

Nel film questi messaggi ansiogeni sembrano prendere d'assedio l'animo del protagonista per cui notiamo come questi appaia confuso, smarrito: anche il simbolo della musa ispiratrice (rappresentato dalla comparsa immaginaria o reale di Claudia Cardinale) sembra abbandonarlo, per cui nelle scene in cui deve finalmente presentarsi alla conferenza-stampa per spiegare cosa intende fare, scopre, desolato, il suo fallimento creativo, abbandona il suo lavoro e fantastica il suicidio.

Ma proprio quando la rinuncia appare definitiva e razionalizzata con le parole di Mallarmé circa la pagina bianca o con quelle di Rimbaud che celebrano il nulla come la vera perfezione, compare il guizzo irrazionale, impersonato dall'amico prestigiatore che annuncia "tutto è pronto... si giri". Ed assistiamo al gran finale del carosello attorno alla pedana di un circo; ogni personaggio della vita del protagonista scende le scale di una piattaforma: la moglie, la madre, il padre, la Saraghina, l'amante, il cardinale e gli altri tutti allacciati per mano in un girotondo conciliante e festoso.

Si è discusso molto sul significato di questo finale anche perché è nato da un improvviso insight di Fellini dopo che era già stato girato e montato un altro finale centrato sulla rappresentazione del ritorno in treno a Roma del protagonista con la moglie, seduti a pranzo nel vagone ristorante, impegnati in una promessa di rinnovamento del loro rapporto coniugale. Noi riteniamo che la scelta improvvisa del finale esprima una sorta di riconciliazione con tutte le figure importanti del passato e l'accettazione delle diverse parti di se stesso investite nei personaggi che gli stanno attorno. In questo senso la confidenza fatta da Fellini a Dario Zanelli circa l'efficacia psicoterapeutica del film è vera in quanto è riferita soprattutto a se stesso avendo, egli precisa, superata la crisi di ispirazione: "ora posso mettermi a raccontare qualunque cosa, vedendola con occhio nuovo, senza più confusione". Per Fellini non vi è dubbio che fruizione artistica e psicoterapia sono la stessa cosa.

Non si trovava d'accordo con Rousseau secondo il quale, quella che nasce dall'arte, anche quando sia nobilitante, è "una emozione effimera"; era invece in accordo con Goethe che per le esperienze che sottendono l'elaborazione de *I dolori del giovane Werther*, scritto sui cinquant'anni, ammetteva "di essersi salvato da un elemento tempestoso: di essersi sentito alleggerito e rischiarato per aver convertito la realtà in poesia". Di fatto Fellini, nel travaglio sofferto in *Otto e mezzo*, era riuscito a venire in contatto con quella parte profonda della personalità che si esprime per immagini e visioni sia nelle fantasticherie libere della veglia sia nei sogni così intensamente attivati dalla lettura di Jung. Il regista si è trovato così nella situazione, da *Otto e mezzo* in poi, di poter attingere a piene mani al proprio mondo immaginario e onirico esprimendolo nei disegni del suo "libro dei sogni" e quindi nella creazione cinematografica.

Questa è la ragione per cui con *Otto e mezzo* noi assistiamo all'abbandono del linguaggio basato su nessi di causa ed effetto con collegamenti logici-narrativi per passare ad un linguaggio affidato ad un libero giuoco associativo tra fantasia e realtà: un linguaggio di tipo onirico così figurativamente pregnante e così intensamente evocativo che ormai tutti gli studiosi di estetica definiscono "felliniano".

È certo che Fellini, dopo il faticoso e doloroso percorso personale realizzato con *Otto e mezzo*, ha acquisito un potenziamento della sua creatività, ha conquistato una maggiore autostima, un allargarsi della comunicazione con il suo Sé profondo. Questa maturazione spirituale ha permesso al regista di affrontare, nei film successivi temi quali la psicologia della donna (con *Giulietta degli spiriti* e *la Città delle donne*), il tema della percezione della morte (*Toby Dammit*, *il Satirycon* ed *il Casanova*), il tema del significato nel linguaggio cinematografico rispetto al linguaggio televisivo presente nei film *I clowns*, *Roma*, *E la Nave va*, *Ginger e Fred*, *L'intervista*, ove denuncia con vigore l'invasione del banale televisivo quotidiano ed il tema del significato politico nel vissuto individuale (in *Amarcord*, *Prova d'orchestra*, e nel suo ultimo film *La voce della luna*).

Paradossalmente proprio il regista che la critica marxista ha accusato per anni di soggettivismo, psicologismo, solipsismo ha creato opere cinematografiche con riferimenti sociologici e politici piuttosto espliciti. *Amarcord*, ad esempio, non è solo un personale "revival" adolescenziale (come giustamente è stato sottolineato), ma anche e soprattutto un richiamo a considerare il fascismo "come un restare eternamente bambini, scaricare le responsabilità sugli altri, vivere la confortante sensazione che c'è qualcuno che pensa per te, una volta può essere il papà, una volta il sindaco, una volta il duce, una volta la madonna, una volta il vescovo e così via". Il fascismo poggiava dunque su una condizione adolescenziale staticamente immatura tipica della cultura popolare media, resa così

ben visibile da Fellini e da Tonino Guerra nella vita di un borgo di Romagna da diventare essenza di una commedia umana a carattere universale.

In *Prova d'orchestra*, uscito negli anni tragici dell'assassinio dell'On. Moro, non si può fare a meno di percepire nei litigi fra gli orchestrali l'immagine del caos e della disarmonia che caratterizza il microcosmo della società italiana di quel periodo: le sequenze finali del film che danno evidenza al fatto che l'anarchia possa favorire la repressione dispotica (simboleggiata dal comando in lingua tedesca del direttore che impone autoritariamente l'ordine) è un ulteriore richiamo al significato che Fellini assegnava al ruolo dell'artista nella società: smascherare le bugie, identificare l'autentico, smantellare l'approssimativo o i falsi assoluti.

A mio avviso anche l'ultimo film di Fellini *La voce della luna* obbedisce a questo assunto in quanto tenta un'analisi della condizione della attuale società.

È presente in questo film, come afferma Lietta Tornabuoni, la percezione depressiva di una società caratterizzata dal disordine, dalla loquacità folle, dall'assuefazione al caos, dalla necessità di dare un significato al vivere la cui assenza procura angosce e paure. Fellini, attraverso il personaggio interpretato da Roberto Benigni, è presente ancora con la volontà di ascoltare le voci del suo Sé profondo: con la valorizzazione del passato (dice il protagonista: "come mi piace ricordare ..... più che vivere"), con inquietanti interrogativi sul presente ("come possono andare avanti così le cose senza una idea sicura ? ....") con un saggio suggerimento sul futuro ("Eppure io vedo che, se ci fosse un po' più di silenzio, se tutti facessimo un po' più di silenzio ... forse qualcosa potremmo capire ...").

Non penso che ci sia bisogno di aggiungere altro per sottolineare come il ciclo di vita dell'esperienza umana e artistica di Federico Fellini riveli un percorso creativo che da un adeguato passaggio della mezza età ha ricevuto maggiore impulso, permettendogli di rinnovare non solo le modalità espressive del suo linguaggio cinematografico ma consentendogli anche una riflessione preziosa su contenuti filosofici ed esistenziali coerenti con l'intrinseco e sano sviluppo della età tar-do-adulta.

Certamente se egli fosse sopravvissuto all'aggressione della malattia anche in condizioni fisiche invalidanti, la sua mente avrebbe raccolto dalla sua profonda e fertilissima fonte onirica altre storie, altre immagini, altre visioni che avrebbero arricchito ulteriormente *Il Viaggio di G. Mastorna*, il suo film mai fatto ma tanto spesso evocato, che fantastica "fellinianamente" il mondo dell'al di là.

Ne fa fede il rispettoso e sobrio resoconto del suo collaboratore Gianfranco Angelucci che, assistendolo nei mesi del ricovero ospedaliero, ha raccolto le sue confidenze.

Da esse apprendiamo come Federico prendesse già appunti per tradurre in immagini la sua esperienza di malato. Il tutto avrebbe dovuto essere preceduto da un sogno che Fellini aveva, come al solito, trascritto pochi giorni prima dell'ingresso nella malattia: "Egli camminava in Corso d'Italia e doveva portare un messaggio nel suo stesso ufficio".

Giunto allo studio a fianco del portone trovava una lapide con una fessura per la corrispondenza. In alto, un solo nome: "disperso dei dispersi". Capiva che quelle tre parole si riferivano a lui, ma prima di imbucare la lettera non si tratteneva dall'aprirla: dentro c'era un foglio completamente bianco. Per Federico, che era particolarmente acuto nell'interpretare i suoi sogni, è tutto ormai chiaro: "È proprio a questa mia condizione che allude, lo capisco solo ora. Allora m'era parso di poter riferire il messaggio al mio lavoro, un invito a riprendere i contatti con quella parte di me che non era più attiva. E invece era una premonizione, il sogno aveva anticipato con una sintesi prodigiosa lo stato in cui mi sarei venuto a trovare".

Questa consapevolezza, così presente e vivida, ci assicura che Federico Fellini, forte di questa ricca potenzialità psichica, ha potuto vivere creativamente fino alla fine. Del resto, durante i nostri colloqui, parlando della mezza età e quindi della morte, mi disse: "So che tipo di morte non voglio. A lungo, come tutti, ho vissuto con l'illusione che la morte sia un qualcosa che accade agli altri. Ora sono vicino a quello che è considerato il limite medio della vita di un uomo e so che il mio futuro è limitato. Molti dicono - egli ha proseguito - che il destino migliore dell'ultima parte della nostra vita è chiudere gli occhi una notte e morire nel sonno. Questa è la morte che non sceglierei giacché sono affascinato e curioso della esperienza della semi-morte ovvero poter sperimentare la percezione del morire per avere una idea di cosa sia la morte". Ritengo che questa curiosità lo abbia accompagnato fino all'ultimo istante della sua vita cosciente.

Questo è quanto un anziano psicologo può, in breve, esporre sull'iter creativo di un grande artista attraverso le conoscenze circa le trasformazioni della nostra personalità nel lungo passaggio dell'età di mezzo.

Concludendo devo affermare che il contributo specialistico, quando sfida il mistero della creatività avvicinando l'autore attraverso l'ascolto rispettoso di quanto egli può riferire su se stesso direttamente nel colloquio o nelle interviste e soprattutto attraverso la lettura e rilettura delle opere espresse nel corso dell'intera sua vita, è un contributo parziale.

Di fronte al problema della genesi dell'arte o della scoperta scientifica ci si deve muovere in punta di piedi, con grande umiltà. Così abbiamo cercato di fare, consapevoli che nella genesi dell'arte di Federico Fellini abbiano influito tanti fattori oltre quelli che l'indagine psicologica può mettere in risalto: i suoi intrinseci potenziali psichici, già immaginifici fin dalla sua infanzia, sono

stati attivati dalla sua esperienza di giovanissimo giornalista, disegnatore, redattore radiofonico, sceneggiatore e soprattutto dalla sua grande capacità di assimilare dall'ambiente culturale e sociale del suo tempo una infinità di stimoli che alla fine suscitavano nella sua mente quella sintesi globale che noi definiamo atto artistico.

Ringrazio ancora voi tutti che così gentilmente avete voluto festeggiare con me l'alto riconoscimento che mi è stato concesso.

Ma vi ringrazio soprattutto poiché mi avete consentito, nell'occasione del Centenario della nascita del cinema ed a nome dell'Ateneo più antico del mondo, di rendere un omaggio a Federico Fellini, un genio della nostra terra il cui nome è già scolpito nella storia dell'arte cinematografica.

### **Bibliografia**

- ANGELUCCI, C. (1994) Gli ultimi giorni di Fellini. *La Repubblica*, 31-39.
- BONDANELLA, P. (1994) *Il cinema di Federico Fellini*. Guaraldi, Rimini.
- CALVINO, I. (1980) Autobiografia di uno spettatore. In: Fellini, F. *Fare un film*. Einaudi, Torino.
- CANESTRARI, R. (1984) La rivista "Cinema" in una città di provincia. In: Fumo, M., Renzi, R. *Il neorealismo nel fascismo. G. De Sanctis e la critica cinematografica. 1941-1943*. Compositori, Bologna.
- CANESTRARI, R., MAGRI, M.T. (1988) *Creatività e crisi della mezza età*. Atti XXI Congresso degli Psicologi Italiani. Guerini, Milano.
- CANESTRARI, R., MAGRI, M.T. (1992) Mid-Life Psychological Changes and Artistic Creativity. *Psychopatologica*, 10, 6, 483-492.
- CANESTRARI, R., PICARDI, L. (1975) *Psychological Reaction in Menopause*. Atti Int. Congr. Medic. Psychos. Pozzi, Roma.
- CHANDLER, C. (1995) *Io, Federico Fellini*. Mondadori, Milano.
- FELLINI, F. (1983) *Intervista sul cinema*. A cura di G. Grazzini. Laterza, Bari.
- JACQUES, E. (1933) Death and Mid-Life Crisis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 46, 502-514.
- MORUZZI, G. (1964) L'opera elettrofisiologica di Carlo Matteucci. *Rivista Internazionale di Storia delle Scienze*, 6, 101-147.
- RENZI, R. (1994) *L'ombra di Federico Fellini*. Dedalo, Bari 1994.
- TORNABUONI, L. (1987) *La voce della luna*. La Nuova Italia, Firenze.
- ZANELLI, D. (1987) *Nel mondo di Fellini*. ERI, Roma.

### **Riassunto**

In questo lavoro l'Autore rende omaggio a Federico Fellini occupandosi di un tema che era stato oggetto delle loro conversazioni: il rapporto che intercorre tra le vicende della creatività e la psicologia della mezza età. Questo tema di ricerca viene applicato all'opera dello stesso Fellini e alle variazioni che in essa si verificano a partire dal film "8 e 1/2".

### **Summary**

*In this paper the author pays tribute to Federico Fellini by proposing a subject they used to discuss in the course of their conversations: namely the connection between the vicissitudes of creativity and midlife psychology. This study is applied to Fellini's films and to their transformations "8 e 1/2" onwards.*

RENZO CANESTRARI  
Dipartimento di Psicologia  
Viale Berti Pichat, 5  
40127 Bologna

# ISTITUZIONI

---





MARTA VIGORELLI, MICHELE STUFLESSER, GIACOMO CALVI, MAURIZIO CERIOLI,  
PAOLO DILIBERTO, MARIA FIORELLA GAZALE, GIULIANO LANDO, CLAUDIO MONA-  
CI

## **Vissuti corporei ed esperienza sensoriale primitiva nel lavoro terapeutico con il paziente psicotico e la sua famiglia**

### **Premessa**

Questo lavoro<sup>1</sup> scaturisce dall'esperienza e dalla riflessione di un gruppo di ricerca che opera in un Servizio Psichiatrico milanese (Azienda USSL 41) e che da più di 15 anni lavora con un orientamento clinico di tipo psicodinamico. Le persone di questo gruppo sono presenti, chi a tempo pieno, chi parzialmente, nelle diverse strutture del Centro: un Reparto di Diagnosi e Cura, un ambulatorio, un atelier che accoglie in prevalenza pazienti psicotici cronici e una Comunità protetta per il trattamento intensivo di giovani psicotici con possibilità evolutive.

Di fronte ad un particolare tipo di utenza rappresentato dalla patologia psicotica grave, la comune formazione psicoanalitica ci ha portato a cogliere i limiti dei modelli e delle tecniche della psichiatria tradizionale e, al contempo, ci ha aiutato a modulare gli strumenti ed il setting dell'analisi classica all'interno del contesto istituzionale pubblico. Ne è nata, in questi anni, una metodologia sperimentale che mira ad approfondire un lavoro clinico centrato su quanto le psicosi stesse ci insegnano attraverso i lavori di Searles, Pao, Feinsilver, De Martis, Petrella, Zapparoli e Racamier sullo studio dell'istituzione come ambito spesso imprescindibile per il loro trattamento, con una peculiare potenzialità terapeutica (Kaes 1987; Correale 1991; Petrella 1993). L'obiettivo quindi non è solo di introdurre pratiche specifiche (quali la psicoterapia individuale o di gruppo, con la combinazione o integrazione delle cure farmacologiche e assistenziali) ma anche di costruire faticosamente (e non senza dubbi, errori, difficoltà) un *ambiente complessivamente psicoterapeutico* attraverso una *qualità* delle relazioni e delle azioni, attraverso un *clima* emotivo-affettivo e un *coordinamento operativo* teso a coinvolgere l'équipe nel suo insieme e, di conseguenza, i pazienti. Il lento sforzo di *aggregazione* va delineando nel Servizio uno spazio mentale definito e flessibile, aperto all'accoglimento e all'integrazione dei diversi punti di vista e alla rimessa in campo di aree emarginate, trascurate, recluse della vita psichica che si manifestano nella relazione con il paziente psicotico ed il suo microcosmo familiare. In questo sforzo di risimbolizzazione abbiamo iniziato ad interrogarci su alcuni

aspetti relativi alla *corporeità* e al *registro sensoriale*, che si prestano, da parte degli operatori, ad atteggiamenti difensivi dati spesso come immodificabili: ci riferiamo, sia a quella disattenzione o distanza osservativa che può comportare il rischio di un blocco di qualcosa di basilare che renderebbe il corpo un'area isolata, feticizzata ed inerte, sia a ben più profondi meccanismi di negazione e scotomizzazione che riscontriamo, specularmente, nel diniego corporeo di tal uni pazienti psicotici.

La cura della "mente" scissa da quell'unità somatopsichica rappresentata dal corpo vissuto e pensato, luogo originario della vita psichica, non può che ridurre le specifiche pratiche di accudimento del paziente, a gestualità rigida e meccanica (induttrice di acting-out violenti o erotizzati), non può che denotare in senso stereotipato la "somministrazione" del farmaco e frammentare ed impoverire le azioni che sono rivolte all'animazione e riabilitazione del paziente cronico.

Scopo di questa nostra riflessione è quello di reimmettere corporeità e sensorialità all'interno di un *ascolto* e di una *comprensione empatica unitaria* che, partendo dai livelli fusionali primitivi, promuovano il *venire ad essere del soggetto* inteso "nella sua concretezza e nella sua naturale disposizione a simbolizzare il proprio organismo e le proprie vicende siano esse fantasmatiche o storiche" (Funari 1984, 98).

### **Alcune linee di ricerca**

Di fatto la dimensione corporea investe molteplici *livelli* dell'intervento terapeutico istituzionale che andrebbero attentamente approfonditi in vista di realizzazioni più rigorose, utilizzando l'ampio patrimonio di sperimentazioni psicoanalitiche sviluppate in ambito comunitario: ci riferiamo a quella di Woodbury al Chesnut Lodge negli anni '60 e, a tutt'oggi, a quelle di Racamier alla Velotte di Besançon, di Antonio Andreoli a Ginevra e di De Coulon a Montreux. In questa sede, possiamo solo sinteticamente delineare alcune importanti aree di ricerca:

- la prima riguarda le condizioni relazionali ed ambientali relative alle cure del *maternage anaclitico* (*holding, handling, object presenting*; Winnicott 1951) imprescindibili per affrontare i momenti di crisi acuta o gli stati di pre-crisi che costellano il decorso delle psicosi. Si tratta di pratiche che, con il medium di tecniche di manipolazione corporea (massaggio corporeo, fisioterapia) idroterapia e "*enveloppe*" anaclitico<sup>2</sup> mirano a contenere e dar sollievo alle tensioni auto ed eterodistruttive avviando un maggior senso di coesione e consapevolezza dei confini e dell'immagine corporea. Si svolgono in un'atmosfera di intimità e di sicurezza, con un'attenzione affettiva personalizzata che si estende anche alla sfera del l'alimentazione, della pulizia e della cura di sé. Queste tecniche, prevalentemente sul registro tattile, riducono notevolmente il ricorso all'uso massiccio dei farmaci favorendo una dosata stimolazione o detensione sensoriale senza interrompere la continuità del dialo-

go terapeutico e l'integrazione immediata degli eventi che hanno fatto precipitare la crisi psicotica. Così ne parla T.H. Ogden ne *Il limite primigenio dell'esperienza*: "Avvolgere delicatamente tra lenzuola un paziente ospedalizzato (purché sia costantemente seguito e reso partecipe da membri ad personale capaci di empatia) costituisce un mezzo efficace ed umano di accogliere chi sta vivendo, in quel momento, il terrore dell'annientamento imminente, sotto forma di dispersione del Sé nello spazio senza confini. Questa forma di intervento rappresenta un tentativo, in questo senso quasi letterale, di dare al paziente il sostegno di una seconda pelle, fornendogli una solida, tangibile, protettiva superficie sensoriale ed interpersonale" (Ogden 1989, 47-48).

- Un secondo livello di ricerca riguarda il complesso delle svariate *metodologie che mirano all'attivazione e all'espressività delle diverse aree sensoriali*, nei momenti più stabilizzati del decorso psicotico (fase subacuta e cronica): la psicomotricità (con la scuola francese di Lapierre-Aucouturier), la danza terapia (con la scuola di Scott-Billman e Decron), la musicoterapia (con l'impostazione di Lecourt in Francia e Alvin in Inghilterra), *l'art-therapy* e lo psicodramma analitico di Racamier, ecc. Alcune tra queste tecniche che hanno consolidato un proprio sapere, soprattutto in Francia, sono scaturite da un'estensione del modello clinico e relazionale psicoanalitico, mediato e declinato nel contesto istituzionale. Si apre quindi un campo di vasto interesse volto non solo ad approfondire gli specifici statuti di queste discipline, ma soprattutto ad integrarli in una progettualità globale e sinergica ad altri tipi di intervento terapeutico.

- Infine un terzo livello di indagine riguarda la correlazione quasi isomorfica tra *corporeità e spazio* orientata alla costruzione e ricostruzione del Sé. In un modo indifferenziato e silente lo sfondo istituzionale con i suoi luoghi, le architetture, gli arredi, la sua qualità estetica viene a costituire una sorta di *deposito sincretico* (Bleger 1967) di una serie di stati sensoriali e vissuti corporei molto primitivi, una sorta di tessuto connettivo di grande importanza per lo psicotico che lo usa inconsapevolmente per iniziare a vivere un senso di continuità: esso emerge, quando lo sfondo viene meno seguendo la scansione temporale dell'alternanza di presenza e assenza dal servizio.

È importante tener presente queste correlazioni tra corpo e spazio in vista di una progettazione adeguata dell'habitat istituzionale che pur dovendo sottostare a precisi vincoli legislativi può rispecchiare in qualche misura la cultura dell'équipe curante e la sua capacità di *fare spazio* ai bisogni basilici dei pazienti, nelle diverse fasi del decorso evolutivo. Su questo sfondo, infatti, si delineano i percorsi dell'esperienza individualizzata, i setting specifici che regolano il tempo e lo spazio, le distanze emotive e il gioco della comunicazione.

## Percorsi corporei nell'esperienza psicotica

Egli è la moltitudine dove regna la discordia, un gregge il cui pastore è  
spesso assente, l'uomo uscito dalla sua pelle  
*Così parlò Zarathustra* (Nietzsche 1883-85)<sup>3</sup>

Presentiamo ora alcune situazioni cliniche, colte nell'immediatezza della loro espressività psico-corporea e osservate in diversi luoghi di incontro e di relazione con il paziente psicotico: il Servizio di Pronto Soccorso, il domicilio, il setting psicoterapeutico e comunitario, l'ambiente della sua famiglia. L'attenzione rivolta all'intenzionalità dei fenomeni corporei ci ha fatto cogliere stati di crisi e di intensa sofferenza, ma anche segnali precursori di quello che Winnicott definisce il processo di *personalizzazione* che, partendo da uno stato di non integrazione, si struttura attraverso l'esperienza del "proprio corpo" a contatto con l'holding materno.

In ognuna di queste situazioni ci siamo imbattuti "nell'uomo uscito dalla sua pelle" di cui parla Nietzsche, che presenta grandi difficoltà a abitare il proprio corpo, vissuto come un tutto correlato nelle sue parti. L'uso eccedente del registro sensoriale e l'esteriorizzazione concreta di frammenti del Sé, caratteristica dell'organizzazione psicotica, risale come sottolineano Anzieu e Chabert ad un grave difetto di "contenimento degli involucri psichici la cui costruzione resta pellicolare, frammentaria, simile ad involucri corporei insufficienti, permeabili e bucati" (Chabert 1987, 224). Nel vissuto controtransferale questi stati si possono manifestare attraverso un disagio somatico diffuso e pervasivo, un'alterazione tonica o reazioni viscerali e cenestesiche.

Nel caso di Luca, incontrato in Pronto Soccorso insieme ai genitori per una crisi acuta, è il taglio delle vene dei polsi con la conseguente emorragia a segnalare la lacerazione dei fragili confini-involucri del Sé. L'équipe curante (l'infermiere, lo psichiatra, l'internista e il chirurgo che sutura la ferita) viene anche investita da intense sensazioni viscerali e neurovegetative che Luca e i genitori trasmettono in modo violento: nausea, vomito, sudore profondo ma anche pianto, angoscia, implorazione di aiuto. Dietro l'iniziale richiesta di poter rintracciare solo una causa organica della malattia si cela lo spavento di fronte all'esordio della psicosi in un giovane di 18 anni.

La pervasività delle sensazioni e delle emozioni sta a significare uno stato di non-pensabilità, non comunicabile mediante rappresentazioni verbali, tipico di un'organizzazione primitiva, ancora priva di un "apparato per pensare" (Bion 1962): si vive insieme a Luca e ai genitori, una sorta di indistinzione tra chi accudisce e il corpo del paziente, i suoi bisogni persistenti e le sensazioni cenestesiche che avvolgono il vissuto dei curanti.

È questo il momento in cui viene messa alla prova la capacità di “identificarsi con un affetto elementare pregno di “carnalità” costituendo un legame che, a partire da affetti e sensazioni comuni (area fusionale, unità) rielabora (anche solo parzialmente) il vissuto conferendogli senso” (Racalbutto 1994). L'équipe in questo caso ha accolto empaticamente la necessità di partire da cure corporee favorendo un clima disponibile a contenere e a dar voce a stati diffusi, precursori di sentimenti e pensieri, che solo in seguito e gradualmente potranno essere riconosciuti ed elaborati. In concreto, l'attivazione del campo emotivo del gruppo curante ha contribuito a creare le condizioni perché, dopo un breve ricovero per accertamenti psicofisici vissuto in modo riparativo, si potesse avviare la preparazione ad una psicoterapia per il ragazzo e a un programma di sostegno per i genitori.

Quando invece l'esperienza dei primi ricoveri all'esordio ha subito le spinte scissionali ed espulsive del binomio *Reparto-famiglia* senza consentire il costituirsi di una “seconda pelle” protettiva, con la relativa sensazione di *essere tenuti* con sicurezza e prevedibilità, insorge molto spesso una reazione automatica di chiusura: la mancanza di contiguità tattile diviene corazza autarchica e gli oggetti intorno, perlopiù inanimati, tendono a mantenere al minimo le possibilità di sopravvivenza.

È questo il caso di Sandro raggiunto dallo psicoterapeuta nell'abitazione in cui si è rinchiuso ormai da due anni, solo con la madre, ammalata di una grave forma di parkinson. Il ragazzo che ha ventuno anni accetta inizialmente come una sfida le visite del medico: “*il mio problema è a livello del mio intestino. È lì che le cose non vanno... nessuno è mai riuscito a curarmi*”; da sempre ha segnalato la sua sofferenza attraverso continue manifestazioni somatiche: una sequela di traumi, fratture, crisi epilettiche, emorroidi e prolasso anale, che hanno comportato un costante intervento chirurgico.

Ci pare significativo il fatto che l'esordio psicotico sia contraddistinto da una grave reazione di tipo parkinsoniano a seguito di una somministrazione di neurolettici.

Il lento ed iniziale lavoro con lui parte da questo livello corporeo, dalla sua inevitabilità ed immutabilità. Nella continuum del rapporto, Sandro comincia a comunicare un'immagine segreta: “*dentro di me c'è un tubo, una sacca con un grande buco*”. A questo associa “*il cattivo odore*” che pensa di emanare, che lo fa sentire diverso nel timore della derisione e del disprezzo e l'uso “*del dito*” che per molti anni ha stimolato in modo coatto la defecazione. Queste vicende e queste immagini evocano la rappresentazione di un corpo primordiale che si può frammentare in mille pezzi e al cui interno domina un magma confuso; un tubo in cui tutto passa e in cui nulla sembra poter essere trattenuto mentre il dito funziona come una sorta di oggetto autistico che “*tiene insieme*”; in modo autosensuale e tirannico, un Sé terrorizzato.

È necessario un lungo periodo in cui il paziente sembra chiuso in una fortezza inespugnabile e anaffettiva perché qualche traccia<sup>4</sup> cominci a permanere come preludio a una organizzazione più articolata del corpo psichico; attraverso la ritmica regolarità degli incontri in un'atmosfera di animazione affettiva inizia a sgretolarsi la durezza difensiva che imprigiona Sandro nella sua casa, uscendo dal circuito chiuso della "fantasia nel corpo" (Gaddini 1981) verso un'apertura relazionale.

Questo schiudersi del guscio con il correlato di ambivalenza e di oscillazione dal registro sensoriale-emotivo a quello affettivo-elaborativo è indubbiamente facilitato quando il paziente è in grado di venire accolto in un ambiente comunitario. Nel nostro caso si tratta di una piccola comunità protetta situata ai confini dell'ambulatorio, che si occupa di giovani psicotici con potenzialità evolutive integrando il livello psicoterapeutico e farmacologico con le attività transizionali e il lavoro con la famiglia.

Il carattere di bottega artigianale<sup>5</sup> in uno spazio relazionale più o meno fittamente intersecato, consente una contiguità corporea mediata quotidianamente da un fare condiviso. Nella vita comunitaria l'ampia gamma di stimolazioni sensoriali modulate ci permette di accogliere il bisogno di concretezza e di contenimento della psicosi, di intervenire su più livelli della carenza di base e di aprire mobili percorsi di integrazione evolutiva.

La comunità<sup>6</sup> rappresenta per il paziente una possibile seconda pelle protettiva, in seguito uno spazio abitato e infine uno spazio vissuto e pensato da cui si può immaginare di separarsi attraverso la dolorosa esperienza del lutto<sup>7</sup>.

Questi livelli sono esperiti in modo diverso secondo l'unicità della storia di ciascuno: nel caso di Mara (ventisei anni), la comunità rimane sullo *sfondo* di un percorso alla ricerca di un confine di sé e di una consapevolezza minata dal diniego della sofferenza psichica e da continue effrazioni del fragile involucro. Queste si manifestano con ripetuti attacchi autolesivi in cui Mara si ferisce con una lametta il seno, le braccia e le cosce dopo un crescendo interno di tensione ossessiva. Questi attacchi hanno avuto inizio dopo un periodo di angoscia culminata con un impeto di rabbia in cui la ragazza, chiusa in bagno, si era tagliata la lunga chioma di cui andava molto fiera.

Da allora i capelli diventano oggetto di un'intensa preoccupazione narcisistica rinforzata da un'area di fusione con la madre (che ha percezioni idiosincratiche di "capelli che frizzano") e che, dopo la morte del marito, ha trovato come compagno un parrucchiere.

In Mara il taglio dei capelli e poi della pelle interviene come attacco al Sé nei momenti di depressione psicotica, Mara la chiama "la moria", che nell'adolescenza ha preso il posto di un terrore che aveva occupato la sua infanzia senza trovare ascolto: un fantasma di morte insediato sin dalle prime interazioni materne, durante l'allattamento condiviso con una sorellina di latte, così deperita

“*da essere sul punto di morire*”. Il costrutto depressivo indotto anche dai racconti della madre, (una sorta di *rêverie* distruttiva) si interseca nella storia successiva di Mara con un’intensa erotizzazione corporea: in casa sua non esistevano porte chiuse e lo sbarrare la porta del bagno fu una sfida carica di sensi di colpa per Mara adolescente, che si trovò a scegliere la promiscuità sessuale con i coetanei per uscire dal gioco seduttivo di “*sguardi*” che la avvinceva al padre. Un edipo mancato con un’assenza sostanziale di interruzione fa da cortocircuito con il fallimento di un’identità non nata: mentre l’erotizzazione va a vicariare processi arcaici carenti e la coazione ai rapporti sessuali confusi tenta di anestetizzare la “*moria*” e la colpa per l’espulsione del lutto paterno, per molto tempo negato.

Tuttora l’esperienza grupale suscita in Mara la confusione e la paura di “*emettere puzza*”; dopo alcuni tentativi che provocano ritiro e diffidenza, la paziente privilegia soprattutto la relazione psicoterapeutica duale, (in cui riesce ad elaborare ed esprimere la propria storia corporea) e, più tardi, un incontro settimanale a domicilio con un’educatrice che comincia ad accompagnarla verso esperienze esterne sentite come vivibili.

Un modo diverso di usare dello spazio comunitario è quello di Vittorio che lo abita intensamente da alcuni anni, pur incontrando notevoli difficoltà a lavorare in senso trasformativo. Differente è anche il rapporto con i propri vissuti corporei: in questo caso il non-luogo della mente, proiettato al di fuori in una sorta di fotografia autoscopica, è l’interno del corpo, esperito come terreno di magie, alterazioni, spostamenti e manipolazioni occulte di organi vitali. Prima ancora di questo delirio allucinatorio che segnala la cancellazione dei confini esterno-interno, un episodio dà l’avvio ad una convinzione delirante di disfacimento corporeo accompagnata da panico organismico, conclusosi con una emissione di gas intestinali che solo temporaneamente lo aveva rassicurato. Questo episodio, avvenuto durante l’estate mentre il paziente era in vacanza, immerso nella rete relazionale della numerosa famiglia allargata ed esposto a sollecitazioni fortemente disgreganti, segna l’inizio della costruzione paranoica: presumibilmente l’angoscia del paziente è stata così forte da non poter essere gestita senza mettere in campo una difesa straordinariamente potente nei confronti dei vissuti di frammentazione e del dolore mentale. Da allora, sofferenza, disturbi e sensazioni somatiche vengono sussunte sotto la categoria delle operazioni magiche e, in questo modo, scaricate dal lavoro psichico.

In Vittorio l’attacco ai legami è molto intenso, investe i processi di pensiero e le rappresentazioni degli affetti e porta ad associazioni concrete, difficilmente elaborabili. In un momento in cui la difesa si è allentata lasciando il posto ad uno stato di confusione, un’educatrice gli ha proposto un’azione parlante<sup>8</sup>: mentre stavano costruendo una tessitura di fili scuri e aggrovigliati Giovanna

ha inserito un filo dal colore vivace con una vettorialità orientata verso il contorno: “*Come un raggio di luce nella mia testa confusa*” ha commentato Vittorio, conferendo senso ad un momento di condivisione creativa.

La disponibilità all’ascolto in attesa di un segnale, la capacità di ricreare gli anelli mancanti nella struttura del paziente, passa spesso, attraverso molte di queste *azioni* esperite dagli educatori *con il paziente*: aree condivise di illusione e di gioco che si integrano con il lavoro psicoterapeutico utilizzando, oltre ai materiali concreti (suono, segno, audio-visivi, creta, cuoio, ecc.) il corpo stesso dell’educatore nelle sue *risonanze toniche*. Tra i movimenti e i gesti che si susseguono alcuni sono più ricorrenti: i *tremori* causati dall’ansia e dalla terapia farmacologica generalmente sono vissuti dal paziente come ostacolo al lavoro manuale e come un retrocedere del percorso evolutivo. Se la risposta all’errore non può essere accolta sul piano verbale, l’educatore circonda il paziente e accompagna, nel contatto, i suoi movimenti, permettendo la continuità del lavoro intrapreso, che è vissuto sovente come prolungamento del proprio corpo.

I *gesti di aggressività*, oltre a potersi esprimere attraverso attività che possiedono una forte valenza fisica (picchiare i chiodi o gli attrezzi per tranciare il cuoio, suonare i bonghi, dipingere o impastare la creta potendo sporcarsi o sporcando in giro), suscitano negli educatori una elaborata teatralizzazione che gradualmente scioglie i nuclei esplosivi: calandosi in ruoli diversi, attraverso l’elevazione calibrata della voce, viene messo in scena il “personaggio che fa rigar dritti”, vincendo il timore che provoca la contro-aggressione.

Infine ai *gesti di autolesionismo*, densamente corporei, l’educatore risponde ancora con il proprio corpo attraverso un *abbraccio contenente* e rassicurante, come è accaduto con Giulia, una paziente che per reagire ad un senso di disintegrazione ha sbattuto, in più di un’occasione, con violenza la testa contro il muro. Il fraporsi, il fare da schermo è tuttora uno strumento fondamentale per creare quel sentimento di “*esistere realmente*” (Winnicott 1945) così carente nel vissuto psicotico. Nel suo caso, questo senso di *non-esistenza* si traduce in una massiccia invasione dell’espressività corporea e sensoriale che si impone nella relazione psicoterapeutica e nel gruppo con un Investimento intenso e inizialmente possessivo. Giulia è, tra i pazienti, quella che più ha messo alla prova la capacità di coesione tra gli operatori, suscitando continui movimenti interni di illusione e disillusione.

Con il tempo si è incominciato a comprendere come gli stati diffusi di agitazione corporea e i continui test di affidabilità costituissero altrettante prove di esistenza di un Sé vulnerabile, continuamente minacciato dalla frammentazione. Fin dall’adolescenza infatti, Giulia ha ripetutamente usato il proprio corpo come luogo di attacchi al Sé sino ai limiti dell’annientamento e, al contempo,



come luogo di seduzioni ed eccitamenti erotomaniaci. Su un registro prevalente oro-tattile i continui tentati suicidi (circa una decina) sono avvenuti tutti per ingestione di farmaci o di detersivi caustici, mentre la genitalità è investita di intensa angoscia con vissuti di danneggiamento corporeo e dismorfismo.

Al fallimento delle prime cure materne, gestite da una madre psicotica in un contesto familiare impregnato di violenti fantasmi incestuosi si collega uno dei primi sintomi di Giulia, consistente in un'assenza di sensazioni propriocettive con intenso panico legato al vissuto di mancanza di una parte di sé. Anche l'esperienza della realtà è percepita in termini essenzialmente sensoriali: l'oggetto esiste solo in quanto è sensualmente presente nell'orizzonte di esperienza, la consapevolezza di sé è discontinua, legata com'è agli stimoli che riceve e ad una funzione di sostegno permanente. Questa modalità sensoriale, stampella di un precario senso di identità, sempre sull'orlo della derealizzazione e della depersonalizzazione ha impedito a Giulia di creare quella distanza dalla coppia genitoriale che rende capaci di affrontare il crocevia dell'Edipo, a sua volta precocemente erotizzato da una seduzione sessuale. Da qui, il collasso nella confusione che assume tonalità persecutorie e deliranti.

Il costruttivo lavoro con Giulia, che dura ormai da cinque anni, ha fatto risaltare altre importanti funzioni curanti del gruppo comunitario: una *funzione calmante* che si realizza quando i frammenti conflittuali che si rifrangono su ciascuno operatore, riescono a ricomporsi in un'immagine omogenea, trasmessa armoniosamente alla paziente e infine, una *funzione di rêverie* che, attraverso la qualità trasformativa delle azioni quotidiane e la costante presenza (definita nei limiti spaziotemporali), riesca a creare uno spessore elaborativo e simbolico.

## Il corpo familiare

Vecchio è l'albero e buono il frutto  
Molto vecchio e fitto il bosco  
Boscaiolo, sei coraggioso?  
Bada la radice è ravvolta  
Al cuore di tua madre e alle  
ossa di tuo padre  
E come la mandragola, si  
lamenta se la strappi

*La casa di Eld* ( R.L. Stevenson)

Questo epilogo di un racconto di Stevenson<sup>9</sup> offre un'immagine illuminante relativamente al *nucleo drammatico* su cui si fondano dinamiche ricorrenti nella famiglia di Agostino un paziente che ha preso contatto con il Servizio da ormai cinque anni. L'esemplarità di questa situazione familiare ci pare nasca da un particolare uso degli aspetti corporei e del disturbo somatico come potenti elementi di *condensazione fusionale*.

Nel nostro servizio ci occupiamo dei familiari, parallelamente alla presa in carico del singolo paziente, per orientarli a costruire insieme a noi il progetto terapeutico. In questo lavoro abbiamo ripetutamente incontrato pazienti che hanno vissuto in modo intenso, a volte crudele, l'impossibilità e persino il divieto fantasmatico a individualizzarsi, a lasciare il corpo madre, creando così un corpo combinato al posto del proprio corpo, corpo-mostro (scisso) che la psiche tenta di far parlare" (Mc Dougall 1989, 47). Così come ci è capitato di assistere, partecipi o impotenti, a quella che Mc Dougall chiama l'esperienza di *"un solo corpo per due"* come difesa di fronte a vissuti di annientamento o all'ambivalenza estrema che può portare all'intenzionalità del *morire insieme*. Ma quello che ci ha inizialmente sconcertato nella famiglia di Agostino è stata l'immagine imm modificabile di un *corpo unico di cui i vari membri rappresentano le parti*.

I molti oggetti concreti unici ed intercambiabili (la famiglia possiede un unico mazzo di chiavi di casa, i vestiti maschili sono in comune) ed una promiscuità dello spazio abitativo tendono a rafforzare e cristallizzare questo corpo indifferenziato le cui radici sono come "ravvolte" nella malattia somatica della madre ("il cuore"), gravemente diabetica ed in quella del padre ("le ossa"), colpito da un'artrosi deformante; i tre figli maschi (l'unica femmina si è autonomizzata) sono con loro inglobati in un involucro rigido di "pensieri fortemente concreti, ricchi di implicazioni emotive e associati a stati corporei, con forti elementi di spinta all'azione e scarsissimo potenziale simbolico" (Bion 1962, Correale 1985, 288).

Se il figlio maggiore è destinato a mantenere con il lavoro tutta la famiglia, il cerro a fargli da spalla, Agostino funziona come protesi motoria del corpo inabile e inerte dei genitori: *"siamo tutti ammalati - dice la mamma - e ci accompagniamo l'un con l'altro"*; sembra che il ragazzo si appoggi ai genitori che lo sostengono e, a sua volta, diventi il loro sostegno attraverso *l'ingranamento* di una reciproca catena.

Ciò che si è realmente fermato in questa famiglia pare il *senso del tempo*, dal momento in cui il padre è stato costretto a ritirarsi dall'attività lavorativa per l'incombere dell'artrosi. Di fronte a questo evento che segna un crollo narcisistico per tutto il clan, Agostino allora di 11 anni, reagisce sostituendo alla percezione del padre deforme l'immagine idealizzata di un grande dongiovanni che se

la spassa su auto lussuose. Persegue lui stesso il progetto grandioso di diventare attore: per questo, in segreto, diventato maggiorenne, decide di sottoporsi ad un intervento di chirurgia estetica al naso e alle orecchie. In seguito a ciò, i primi sintomi e, con la partenza per il militare, l'esordio psicotico: allucinazioni uditive che lo avvolgono con un effetto rassicurante. Ricorda come questo periodo sia stato "*paradisiaco: niente più noia, o solitudine ma un benessere cosmico*". Il suo universo psichico si anima di nuovi personaggi, tra cui spicca il "*Dio Mammone*" che, a sua volta, prende ordini da altri dei. Anche i personaggi importanti della vita reale fanno parte di questo Olimpo privato. Al ritorno a casa si rinchiude in una posizione passiva. Il padre, allarmato, dopo un anno lo porta al Centro.

È interessante notare come la prima risposta di Agostino all'intervento terapeutico sia contraddistinto dall'insorgere di una *ipercinesia psicomotoria* che lo costringe a camminare a lunghi passi avanti e indietro nella stanza in cui si trova: sembra un animale in gabbia ed è forse questo il primo segnale di qualcosa che, ancor prima del desiderio, è una necessità fisica di prendere un'iniziativa in senso evolutivo. Dopo alcuni anni di lento avvicinamento alla gravità della situazione (attraverso terapia farmacologica e frequenza in atelier) Agostino approfondisce il suo viaggio in comunità: comincia ad utilizzare la psicoterapia e, in modo libero, il ritmo delle attività transizionali.

Parallelamente, gli incontri con i genitori evidenziano la strenua difesa di fronte al cambiamento sentito come una comune catastrofe; ma la capacità dei due terapeuti<sup>10</sup> di accogliere e tollerare anche momenti in cui sembra che nulla si possa muovere, favorisce in Agostino una graduale presa di coscienza della famiglia come *luogo di conflitto*. Infatti dopo che i genitori hanno ripetutamente saltato i colloqui, il ragazzo arriva in seduta furioso e comunica la necessità vitale della prosecuzione del loro lavoro chiedendo un intervento al domicilio, proprio nello stesso momento in cui l'ipotesi sorge anche nella mente dei terapeuti. Questa sintonia a livelli molto primitivi segna l'inizio di un lento percorso di differenziazione: gli incontri nella casa ci fanno meglio comprendere il viraggio dell'immagine paterna dopo il fallimento sociale e lavorativo: "*Sono un frigorifero dove si concentrano e si conservano tutte le malattie*" ci dice il padre accompagnato dall'eco della madre sempre su questo tema.

Come sgelare questo nucleo che ha congelato emozioni ed energie intense e quindi anche pericolosamente distruttive? Ci pare che gli effetti trasformativi prodotti da una *dosata temperatura affettiva*, esperiti in Comunità da Agostino, si possano trasmettere gradualmente alla famiglia; ciò è consentito anche dal fatto che i terapeuti hanno accettato di entrare, anche simbolicamente, in casa diventando parte del "*corpo familiare*": non c'è più solo un corpo familiare che cerca di tenersi unito e fermo per sopravvivere, ma un corpo allargato famiglia-terapeuti che può utilizzare la capacità

curante di crescere favorendo la differenziazione di ciascuno. Complessità di un processo, a sua volta iscritto nella circolazione affettiva comunitaria che accoglie e armonizza l'unicità dei percorsi individuali.

La fenomenologia corporea che emerge dalle diverse situazioni istituzionali appena delineate ci rivela un complesso intreccio tra vissuti corporei primitivi e differenti momenti del decorso psicotico: sia nello stato di crisi acuta osservato nel contesto ospedaliero, che in quelli di ritiro domiciliare dove il corpo (anche della famiglia) funge da "fortezza" o da barriera chiusa di fronte ad ogni possibile minaccia relazionale sino ai momenti sub-acuti dei pazienti inseriti in un ambiente terapeutico comunitario, attento alle qualità sensoriali ed emotive dei contatti e delle attività rivolte ai singoli o al gruppo. Soprattutto in questo spazio, predisposto per un fare condiviso e quotidiano, attraverso la pratica di "azioni parlanti" (Racamier 1986) e il dialogo tonico realizzato dalla presenza degli operatori è possibile cogliere graduali trasformazioni del sentito corporeo: in particolare il passaggio da stati di eccitazione e intensa aggressività a una detensione più aperta al lavoro elaborativo, da stati di magma caotico e confuso al senso di una maggiore articolazione corporea, da stati devitalizzati e deanimati al sentimento di *esistere realmente*.

## Note

1. Questo lavoro è stato presentato nella Giornata di studio sul tema "Aree psichiche precoci e organizzazioni primitive", organizzato a Palazzo Feltrinelli, Gargnano sul Garda, dal Prof. Funari dell'Università degli Studi di Milano.
2. Questa pratica consiste nell'avvolgere il paziente in panni, fasce umide, sotto la presenza attiva e protettiva di infermieri curanti. Per un approfondimento di queste tecniche, vedi più oltre, in questo stesso numero, l'articolo di C. Miglioli e R. Roseghini.
3. La citazione è riportata all'inizio di un contributo illuminante di S. Resnik (1972) intitolato La personalizzazione, in: *Persona e psicosi*.
4. La Mc Dougall parla, in questi casi, di "*désafectation*" come corazza che protegge dal terrore della propria realtà psichica da cui il paziente si è staccato attraverso un meccanismo di espulsione o attraverso una scarica in una forma qualsiasi di azione.
5. Si può fare il paragone con l'immagine della bottega artigiana rinascimentale nella sua accezione più elevata, dove la convivenza era finalizzata sia alla produzione delle opere che all'educazione degli apprendisti e alla formazione continua dei maestri. Se si guarda a questo

modello di bottega, ci si accorge che le finalità previste erano raggiunte mediante un flusso di attività motoria portatrice di intenzionalità espressiva che partiva primariamente dal maestro e investiva gli allievi anziani e poi anche gli apprendisti, ritornando al maestro nella circolarità di un vero e proprio feedback.

6. Gazale, Stuflesser, Vigorelli “La comunità psicoterapeutica: dimensione spazio-temporale, attività transizionale e lavoro con le famiglie”, 327-332. In: Vigorelli 1994.
7. Ci riferiamo in particolare alla teorizzazione di Racamier di lutto originario come seconda nascita e condizione necessaria di ogni possibile successiva crescita “processo psichico fondamentale per il quale l’Io, fin dalla sua prima infanzia, prima di emergere e fino alla morte rinuncia al possesso fondamentale dell’oggetto, compie il lutto di un’unione narcisistica assoluta e di una costanza dell’essere indefinita e, tramite questo lutto che fonda le sue stesse origini, opera la scoperta dell’oggetto e del Sé e inventa l’interiorità” (Racamier, 1992, 39).
8. Nell’accezione di Racamier: si tratta di azioni oggetti che, attraverso la dimensione concreta, portano un messaggio su un piano simbolico significativo per il paziente (Racamier 1986).
9. La citazione è riportata in un interessante lavoro di Paola Carbone (1985). Riportiamo la sintesi del racconto ivi presentata:

Nella favola “La casa di Eld” di R. L. Stevenson, ambientata in un mondo fantastico e primitivo, Jack, un ragazzo di quindici anni, vorrebbe liberare se stesso e gli abitanti del suo villaggio, da una penosa fatalità: non appena i bambini cominciano a parlare, viene saldato loro un anello alla gamba destra, ragazzi e ragazze, giocando, zoppicano come galeotti e gli adulti, oltre a muoversi con gran difficoltà, sono spesso malati di ulcere.

Jack non accetta passivamente questo penoso stato “il caso dei ceppi gli pesava sul cuore, la vista dei bambini zoppicanti gli rimaneva negli occhi, i lamenti di quelli che si sfasciavano le piaghe lo tormentavano e, alla fine, gli venne il pensiero di essere nato per liberarli”.

Degli estranei spiegano a Jack che portare catene non è inevitabile, ma è l’invenzione di uno stregone dal viso pallido che abita nel bosco di Eld: lo stregone sa cambiare forma ed ha tre vite, Jack non deve credere alle sue trasformazioni e lo deve uccidere, al terzo colpo i ceppi cadranno e gli abitanti del villaggio saranno liberi. Jack si scontra tre volte con lo stregone che gli appare in tre suggestivi travestimenti: prima nelle forme dello zio affettuoso, poi in quelle del padre rimproverante ed infine della madre supplicante.

Ogni volta Jack, pur essendo sedotto dalle immagini familiari, scopre l’inganno e lo colpisce inesorabilmente con la sua spada fatata. Quando lo stregone cade per la terza volta, cade an-

che l'anello al piede di Jack, "ma le grida dello zio, del padre e della madre, risuonano nel suo animo ed il giorno è come notte per lui".

Jack torna trepidante al villaggio e sulla strada maestra incontra la gente che torna dai campi: non hanno più l'anello alla gamba destra, ma ne hanno un altro alla sinistra e quando giunge a casa trova lo zio colpito alla testa, il padre trafitto al cuore e la madre con il petto squarciato.

10. L'intervento con la famiglia prevede colloqui quindicinali condotti con i genitori del paziente da una coppia di psicoterapeuti: questi mirano a configurare la 'storia della famiglia' ed esplicitare i meccanismi interattivi in gioco rispetto alla patologia individuale.

### **Bibliografia**

- ANDREOLI, A., GARRONI, G. (a cura di) (1986) *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. SIMEP, Paris.
- ANZIEU, D. (1976) *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma 1979.
- BION, W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- BLEGER, J. (1967) *Simbiosi e ambiguità*. Lauretana, Loreto 1992.
- CARBONE, P. (1985) Le radici della mandragola. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 3, 1, 119-129.
- CHABERT, C. (1987) *Psicopatologia e Rorschach*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
- CORREALE, A. (1991) *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
- EIGUER, A. (1987) *La parentela fantasmatica*. Borla, Roma 1990.
- FEINSILVER, D. (1986) *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
- FUNARI, E. (1984) *Natura e destino della rappresentazione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FUNARI, E. (1993) *La conversazione*. Bollati Boringhieri, Torino. GADDINI, E. (1981) Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- KAËS, R. (a cura di) (1987) *L'istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma 1991.
- Lapierre, A., Aucouturier, B. (1980) *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*. Armando, Roma.
- MC DOUGALL, J. (1989) *Teatri del corpo*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
- OGDEN, T.M. (1989) *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio, Roma 1992.
- PETRELLA, F. (1993) *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

- RACALBUTO, A. (1994) *Tra il fare e il dire*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- RACAMIER, P.C. (1970) *Lo psicoanalista senza divano*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1982.
- RACAMIER, P.C. (1986) Scissione, paradosso e psicosi. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 4, 1, 23-38.
- RACAMIER, P.C. (1992) L'art de soigner. *Rev. Psychiat. fam. group*.
- RACAMIER, P.C. (1992) *Il genio delle origini*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
- RESNIK, K.S. (1972) *Persona e psicosi*. Einaudi, Torino 1976.
- Vigorelli, M. (a cura di) (1994) *Istituzione tra inerzia e cambiamento*. Bollati Boringhieri, Torino.
- WINNICOTT, D.W. (1945) Lo sviluppo emozionale primario. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WOODBURY, M.A. (1969) L'équipe come fattore terapeutico. *Psicoter. Sc. Um.*, 8-9, 1994.

### Riassunto

Questo lavoro scaturisce dalla ricerca di un gruppo che opera in un servizio psichiatrico di Milano. Gli autori affrontano il problema relativo ai vissuti corporei e sensoriali che si manifestano nella relazione con il paziente psicotico e la sua famiglia. Le situazioni cliniche osservate sono fatte da esperienze in setting diversi: il reparto ospedaliero, l'ambiente domiciliare del paziente e la comunità terapeutica. Scopo della riflessione è quello di inserire corporeità e sensorialità all'interno di una prospettiva che consideri l'unità inscindibile componente.

### Summary

*This paper is the result of a collective research project of a therapeutic team working in a Milan psychiatric Service. The authors face the problem of body-sensations who shows onself in the relationship with the psychotic patient and his/her family.*

*The clinical material is draw from to different institutional setting: the Hospital Division, the patient's home environment and the Therapeutic Community.*

*Game of our research was to as been take into account the body-sensations within a global perspective "body-mind"*

CENTRO PSICO-SOCIALE E COMUNITÀ PROTETTA SPERIMENTALE

Azienda USSL 41

via Procaccini 14 - Milano





# FRONTIERE

---

*Pubblichiamo in questa sezione un contributo presentato da psicoterapeuti di formazione psicoanalitica che si avvalgono di tecniche a mediazione corporea; esso prospetta un campo nuovo di ricerca e di lavoro sul tema della relazione mente/corpo, che si apre alla discussione e ad ulteriori approfondimenti*

CLAUDIO MIGLIOLI, RAFFAELLA ROSEGHINI

## Il corpo tra diniego e percezione

“Il corpo è l’unico mezzo che io ho per andare al cuore delle cose”  
(Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*).

“Il nostro corpo non è nulla senza il corpo dell’altro”  
(J. de Ajuriaguerra, *Le corps comme relation*).

Nel complesso itinerario che ha portato la psicoanalisi ad un progressivo ampliamento dei suoi oggetti d’indagine e all’approfondimento di nuove tecniche e strumenti conoscitivi, l’impatto con le terapie corporee ha generato una possibile area ai frontiera di grande interesse per i suoi sviluppi applicativi, nel contesto dei setting sia istituzionali che privati.

Si può far risalire la storia di questa intersezione all’epoca dell’incontro tra Freud e Groddeck<sup>1</sup>: sappiamo come quest’ultimo si dedicasse, nella sua clinica di Baden-Baden, alla cura dei gravi disturbi psicosomatici, abbinando le pratiche del massaggio e dell’idroterapia alla comunicazione verbale dei vissuti somatici, connessi ad immagini, emozioni e ricordi della storia infantile del paziente; si trattava di un primo tentativo di connubio tra tecniche a mediazione corporea e psicoterapia fondato sulla convinzione, più volte espressa nei suoi scritti, dell’inscindibile unità corpo-mente.

Ferenczi, Karen Horney e Frieda Fromm-Reichmann poterono osservare le tecniche di Groddeck; ne fu influenzato anche Wilhelm Reich che, assimilando anche gli insegnamenti delle discipline “puramente corporee” del movimento diffuso a Berlino all’epoca di Weimar, portò alle estreme conseguenze le sue teorie attraverso un’mpostazione energetico-meccanicistica che lo allontanò dall’alveo della tradizione psicoanalitica.

Terreno elettivo per un incontro tra queste diverse posizioni, nel rispetto di una specificità e complementarietà di punti di vista, è stato l’ambiente francofono, in cui la tensione al superamento del dualismo cartesiano, con il correlato di un corpo-macchina subordinato al dominio della *res cogitans*, ha potuto giovare della lezione di una fenomenologia come quella di Merleau-Ponty, centrata su un interesse che si orienta sul corpo inteso non tanto come sostrato fisiologico, ma come espe-

rienza del soggetto che lo abita, come dimora che possiede un'interiorità e una potenzialità di azione. Per usare le sue parole: un "*corpo vissuto*".

Non a caso è nell'ambiente psicoanalitico della Francia e della Svizzera francese che sono sorte esperienze significative quali la Scuola Psicosomatica di Parigi (con Fain, Marty, Nicolaidis eccetera) o l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation di Parigi fondata da Ajuriaguerra negli anni '50 e rappresentata oggi da psicoanalisti quali Marie-Lise Roux, Monique Dechau-Ferbus, Francois Sacco e, a Ginevra, da Daisy de Saugy, Krzystof Fortini o le sperimentazioni realizzate in contesti istituzionali psichiatrici da Racamier e Woodbury (nella clinica di Prangins) o da Antonio Andreoli a Ginevra, per citarne solo alcune. Si tratta comunque di esperienze condotte da psicoanalisti di vasta e profonda competenza; esse non sono raggiungibili da una cornice teorico-clinica di riferimento e da una concezione della presa in carico terapeutica basata sull'importanza della *qualità della relazione* stabilita tra i curanti e il paziente. È anche rilevante il fatto che, come per l'acquisizione di un'identità psicoanalitica, anche le tecniche a mediazione corporea necessitano di essere sperimentate prima di tutto su di sé e, dopo un adeguato training formativo, sul malato.

### **Le tecniche a mediazione corporea in ambito istituzionale**

Accenneremo ora ad alcune tecniche terapeutiche centrate sul corpo, utilizzate soprattutto nell'ambito psichiatrico, per soffermarci sulla psicoterapia di rilassamento che è oggetto particolare della pratica clinica degli autori.

L'esigenza di approfondire questa area di ricerca e di intervento che solo attualmente inizia ad essere avvertita in alcuni Servizi Psichiatrici italiani ha trovato, sin dagli anni '70, risposte efficaci in alcune situazioni sperimentali: intendiamo segnalare, tra le molte, quella realizzata nella Clinica psicoanalitica di Chesnut Lodge negli Stati Uniti e più specificamente, quella del Dipartimento dei Servizi Sanitari pubblici di Ginevra, composto da una complessa rete di strutture coordinate dallo staff di Antonio Andreoli. Mentre nel primo caso le tecniche corporee vengono introdotte come elemento portante nella fase di trasformazione di un Reparto chiuso (con una metodologia rigida e custodialistica) in Comunità terapeutica aperta in senso psicodinamico, attraverso una *mobilitazione corporea sia del personale curante che dei pazienti*, nel tentativo di Andreoli questo approccio (in particolare la *relaxation*) viene utilizzato per costruire una cultura terapeutica di base finalizzata a creare una *identificazione di gruppo*. In un quadro istituzionale caratterizzato da équipes instabili, con formazione eterogenea e limitata era necessario proporre una tecnologia di lavoro relativamente semplice e adattabile a livelli professionali molto diversi, nella direzione di un superamento della

visione organicista dominata dal diniego medicalizzato. Si sentiva inoltre l'esigenza di trovare un metodo per elaborare i fenomeni di invasività e le controreazioni emozionali suscitate dalla relazione tra curanti e pazienti psicotici gravi, nonché i conflitti di Reparto.

In pochi anni si attua un significativo cambiamento nella cultura dei Servizi: da una visione del corpo come assemblaggio di organi osservati e curati sul piano fisiologico, ad una visione del *corpo come espressione della persona* e, nella cura della psicosi, alla considerazione di una dimensione preverbale della persona, dalla presa in carico corporea a un'apertura psicodinamica di un dialogo interattivo. Cominciano a crearsi, parallelamente, le condizioni pragmatiche (spazi, seminari di formazione e supervisione) per costruire una *dimensione di équipe*, al di fuori della quale la singola identità curante rimarrebbe isolata e l'uso di nuove tecniche rischioso e inefficace. Viene messo quindi a disposizione un gruppo di una trentina di rilassatori formati, per avviare training Didattici, a partire da un trattamento di *refaxation* personale. La pratica inizia con pazienti del reparto geriatrico, gravi psicosomatici, e si estende successivamente ai pazienti psichiatrici della Clinica di Bel-Air, in cui viene accolta la crisi psicotica, sia nel momento diagnostico, sia per facilitare un passaggio post ospedaliero rapido, ma anche nelle situazioni relazionali di empasse e nei *casi esemplari* che coinvolgono tutta l'équipe per la loro violenza e intensità.

La *refaxation*, in particolare, diviene luogo di contatto e scambio per terapeuti di formazione differente e viene a collocarsi all'interno di un arsenale psicoterapeutico più vasto: psicoterapie a orientamento psicoanalitico, psicoterapie di gruppo, terapie comportamentali ecc. e infine si propone come mezzo per rispondere a una domanda psicoterapeutica crescente e atipica. Infatti si offre per un'esperienza di aggancio relazionale a patologie difficilmente trattabili e resistenti al farmaco; nelle situazioni in cui la comunicazione verbale o il fare riabilitativo non sono recepiti come strumento di contatto, quando insomma il corpo sembra l'unica via di accesso a una possibile risposta alla cura. Ne scaturisce una *ricerca* molto feconda, tesa ad approfondire gli studi sulla funzione del corpo nella strutturazione mentale precoce secondo i modelli della psicoanalisi del Sé, integrati con le teorie di A. Green, Anzieu e Racamier; queste riflessioni aprono al confronto sia con le coordinate del setting classico, che di altre tecniche collaterali quali i packs, massaggi, idroterapia, fisioterapia eccetera.

La scelta di queste cure e, in particolare, di quale metodo specifico privilegiare, si fonda sul tipo di relazione tra paziente ed équipe curante, al di là di una rigida prescrizione o di un collegamento puntuale tra tipologia patologica e tecnica specifica: nell'elaborare la scelta sono quindi fondamentali le risonanze transferali e controtransferali degli operatori che discutono preliminarmente il caso ipotizzando un percorso di cura: le indicazioni di massima sono, comunque, il pack e il mas-

saggio per i pazienti in situazione di crisi acuta, la *relaxation* per una situazione evolutiva della cura o per quei pazienti che, pur presentando una vasta gamma di forme psicopatologiche (nevrosi d'ansia, crisi di panico, sintomi psicosomatici, strutture borderline), si collocano all'interno ai un fondamentale disturbo del processo di separazione-individuazione. A differenza delle tecniche per la crisi, nella *relaxation* il corpo è continuamente mediato dalla parola, sotto forma di induzione. Sorge facilmente l'interrogativo che sottoponiamo ad alcuni operatori dell'équipe di Nicolas De Coulon, che dirige il Dipartimento di Montreux e che può aprire un interessante dibattito: "Come si può parlare di spazio in cui il paziente sia libero, dal momento che viene indotto?" - Una prima risposta: "Tutto dipende dalla neutralità del terapeuta durante l'induzione, dall'accettazione da parte del paziente del quadro simbolico (il divano, la voce, la presenza attenta...) e dalla richiesta che gli viene fatta di essere in ascolto delle proprie sensazioni corporee. È questo che permetterà l'aggancio, a partire dal quale scaturisce uno spazio immaginario, simbolico, fantasmatico: lo spazio del gioco e della possibile nascita del soggetto".

### Trattamenti di crisi

Nelle équipes cui abbiamo accennato, l'evento della crisi viene considerato come potenzialmente fecondo, momento di emparse esistenziale e, come tale, affrontato al suo insorgere, in modo intensivo con una équipe multidisciplinare in un centro ambulatoriale. Le terapie a mediazione corporea vengono usate quasi sistematicamente e sono di competenza prevalentemente infermieristica. "Ogni crisi psichica ci appare inizialmente con una ripercussione corporea innegabile, che può rendere necessario un periodo di cure intensive in cui il soma sia fundamentalmente in primo piano" (De Coulon 1985, 58). Si tratta di accogliere la domanda sintomatica iniziale, favorendo la rimessa in campo delle determinanti della crisi con un approccio psicodinamico focalizzato sugli avvenimenti recenti, sulle risonanze interne e sull'*hic et nunc* della relazione terapeutica; le funzioni richieste all'équipe sono quelle di un *maternage* e di una comprensione nel senso dell'*holding* e dell'*handling* winnicottiano in cui, attraverso l'attenzione rivolta al corpo, il terapeuta riconosca in modo tangibile la posizione regressiva del paziente, nei confronti della quale si riattivano le difese primitive.

Per i trattamenti di crisi, Racamier suole distinguere, in modo essenziale, tra "psicosi calde e psicosi fredde": per le une è preferibile il *pack*, per le altre le tecniche del massaggio. Il *pack*, che in origine aveva una funzione prettamente sedativa<sup>2</sup>, è una tecnica usata sia in ambulatorio che nel trattamento ospedaliero. Il paziente viene avvolto in asciugamani freddi e umidi e poi in coperte. La sensazione di freddo iniziale si trasforma gradualmente in tepore diffuso, con effetto di detensione;

mentre la sensazione iniziale potrebbe aprire al vissuto confusionale di un Sé illimitato, il freddo permette al paziente di sentire i limiti del corpo, di disegnarne la superficie.

La seduta avviene alla presenza di uno psicoterapeuta e di un infermiere, che costituiscono una coppia stabile per un dato paziente, con un ritmo inizialmente quotidiano per un totale di circa dieci interventi. La presenza contemporanea di due operatori è volta ad evitare vissuti di fusione e di eccessiva vicinanza da parte del paziente e a porre le premesse per una futura triangolazione nella relazione terapeutica, laddove il deficit patologico lo consenta. Questa tecnica ha dato risultati positivi soprattutto per quei pazienti che utilizzano l'identificazione adesiva, invadendo lo spazio mentale del terapeuta, ma anche negli stati di frammentazione o di negazione del corpo.

Nelle situazioni in cui predomina il blocco, sia corporeo (blocco delle articolazioni, blocco muscolare, sintomi psicosomatici) che psichico e relazionale (inibizione, paura di essere toccati, ripiegamento su se stessi), è più indicato invece un approccio mediante il massaggio. Il massaggio, a differenza de *pack*, segna il ritorno alla relazione duale, attraverso un intervento tattile più duttile. La pratica del massaggio è una specifica competenza dell'infermiere; si differenzia dall'intervento fisioterapico perché non si tratta di combattere un dolore o un blocco localizzato, ma di considerare la *globalità* del corpo; anche in questo caso la relazione con il paziente è più importante del contatto in sé.

Si utilizzano principalmente due tipi di tecnica: lo *shiatsu* e il massaggio californiano.

Lo *shiatsu* consiste in pressioni profonde in punti ben precisi dei meridiani noti alla medicina orientale. È un tipo di approccio molto rispettoso della necessità del paziente di mantenere una distanza emotiva oltre che fisica, in quanto il contatto è preciso e puntuale e consente al paziente una parte attiva, segnalando i punti più dolorosi.

Il massaggio californiano è una tecnica rilassante molto fluida e avvolgente in cui i movimenti si intersecano gli uni agli altri; è molto più coinvolgente dello *shiatsu* ed è proposto quando il paziente ha stabilito un sufficiente rapporto di fiducia. Un'indicazione interessante del massaggio è per i pazienti depressi; esso viene effettuato prima dell'assunzione della terapia farmacologica per fusione.

È comunque importante anche qui che, una volta deciso il trattamento, sia sempre lo stesso operatore a realizzarlo in continuità e che gli venga assicurato il necessario e indispensabile sostegno in termini di supervisione e di condivisione delle difficoltà emotive che l'intimità che si stabilisce tra paziente e operatore può creare.

Molti possono essere i timori e gli interrogativi suscitati negli operatori agli inizi o nei colleghi che lavorano con competenze diverse, relativamente all'inserimento di una presa in carico corporea

all'interno di un'istituzione: si tratta di paure di "svegliare qualcosa" che potrebbe sfuggire al nostro controllo, paura di una vicinanza o di una dipendenza eccessiva o di un'erotizzazione del paziente come effetto di tecniche che utilizzano il tatto. A questo proposito, questi autori ricordano come la vicinanza "pericolosa" con il paziente sia insita più nel nostro modo di entrare in relazione, che nel toccarlo. Anche se è pur vero che il toccare tenda a suscitare, da parte dell'altro, una maggiore intensità emotiva. Allora la distanza terapeutica consiste nella capacità di essere in empatia con il paziente e, al contempo, nel proprio spazio: accogliendo le sue percezioni e i suoi vissuti e favorendo la riduzione della tensione erotizzata. Quanto alla dipendenza, è importante accoglierla, per un certo tempo, senza renderla ineluttabile e permanente. Per il terapeuta si tratta quindi, di trovare un equilibrio tra il riferimento a un setting interiore e l'attenzione alla libertà dell'altro, mentre sul piano collettivo il setting istituzionale e l'équipe pluridisciplinare possono costituire una condizione facilitante: la mediazione corporea infatti, non è una proposta individuale, ma viene inscritta in una prospettiva di cura, in cui corpo e psiche sono considerate in modo unitario e il terapeuta viene sostenuto dal gruppo al lavoro.

### **La Psicoterapia di Rilassamento secondo il metodo Ajuriaguerra**

Ajuriaguerra, psichiatra, neurologo e clinico esperto, ha messo a punto questa psicoterapia a partire dagli anni '50, nel suo lavoro presso l'Ospedale Sainte Anne, inizialmente sulla base delle indicazioni di Schultz sul training autogeno, in seguito sviluppando la nozione di *dialogo tonico*. Intorno a lui si sono raccolti gruppi di psicoterapeuti e psicoanalisti, a Parigi e in Svizzera, che hanno portato il loro contributo avvalendosi della teoria psicoanalitica. È a partire da questi gruppi che si è organizzata l'Associazione di Psicoterapia ai Rilassamento (A.P.R.) italiana fondata e presieduta da Marta Badoni e collegata con l'*Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation* (A.P.E.P.R.) di Parigi e l'*Association Psychothérapie Analytique de Relaxation* (A.P.A.R.) di Ginevra.

Le considerazioni che seguono si riferiscono appunto alla pratica, alla riflessione teorica e alla ricerca che vengono sviluppate all'interno di questa Associazione.

La psicoterapia di rilassamento lavora soprattutto a definire i *limiti dell'Io*, che inizialmente è lo corporeo, attraverso la riappropriazione e lo sviluppo dell'Io stesso come struttura essenziale all'interno del Sé.

“Dove è che l'Io ha esercitato un siffatto tastare, in quale punto ha imparato la tecnica che ora applica ai processi di pensiero? Ciò è accaduto all'estremità sensoriale dell'apparato psichico, con la percezione degli organi di senso” (Freud 1925, 200).



Il corpo è il punto di partenza del nostro lavoro in quanto luogo privilegiato della comunicazione primaria di cui la madre si fa garante assicurando un ambiente sufficientemente buono; comunicazione complessa che esige tempo e adattamento reciproco, tolleranza delle eventuali stonature, perché è possibile che si passi dalla sintonia totale all'incomprensione e alla sordità.

Il *dialogo tonico*, intuizione geniale di Ajuriaguerra e nozione basilare della sua impostazione, racchiude in sé due concetti emblematici del rilassamento: il dialogo come relazione con l'altro, e il tono come qualità e canale della relazione stessa.

È il *tono* che veicola il messaggio, lo modula, lo misura e lo definisce per costituire gradualmente la relazione. La parola tono richiama un livello di tensione e di intensità, con una valenza polisemantica: la si usa per esempio per indicare il tono muscolare, il tono della voce o il tono dell'umore; il tono rimanda quindi all'immagine del corpo, ad un corpo che definisce la sua relazione con l'altro solo se si crea una sintonia di toni.

“Il nostro corpo, dice Ajuriguerra (1961), non è nulla senza il corpo dell'altro”.

In rilassamento il dialogo tonico è, per usare un'immagine della Aulagnier (1975), quel filo rosso che non si può sfilare senza disfare interamente la trama che sottende il lavoro di individuazione e separazione; è percorso e meta di un processo che porterà a modellare l'identità del paziente. Momento cruciale di questo processo è quello in cui l'individuo può cessare di dare spettacolo di sé con il proprio corpo per diventare capace di uno “*sdoppiamento intimo*” (Wallon 1954), capace cioè di sostenere un'immagine di sé attraverso la percezione e la modulazione delle proprie emozioni nel suo incontro con il mondo.

Quand'è che diamo *indicazione di psicoterapia di rilassamento*? Quando ci sembra che i pazienti siano completamente invischiati nelle sofferenze del loro corpo, senza che siano in grado di rintracciarne un senso e una storia. Essi parlano insistentemente dei loro disturbi fisici, di un corpo ingombrante che li preoccupa incessantemente senza che sia loro possibile farsene carico. Le loro parole non sembrano veicolare affetti, emozioni o fantasie ma sembrano cadere in un vuoto di rappresentazioni, tendono a mobilitare l'intervento di un altro che tuttavia non riescono a raggiungere e ritornano ad un corpo che reca inscritte, in modo enigmatico, le tracce di una relazione fra un Sé ed un oggetto non ancora differenziati.

Per questi pazienti il corpo sembra costituire un sistema chiuso rispetto al resto della persona, fuori dal tempo e dalla realtà, vissuto come una macchina che deve funzionare secondo l'ideale di un corpo che, per essere sano, dovrebbe non farsi sentire.

Si tratta allora prima di tutto di creare uno spazio psichico nuovo, una sorta di zona franca di frontiera che permetta al paziente di intrattenere degli scambi informali con il proprio corpo e con un altro che di questi scambi si farà garante e testimone.

Si tratta di introdurre un tempo che inizialmente sarà come sospeso, un tempo di ascolto in cui il paziente si sentirà esistere attraverso le sue sensazioni e sentirà esistere accanto a lui qualcuno che a sua volta proverà sensazioni ed emozioni. È solo così che poco alla volta il paziente potrà abbandonare dei confini corporei che, in quanto sentiti come fragili e inconsistenti, devono essere continuamente guardati a vista, picchettati, esperiti concretamente e dolorosamente per costruire, viceversa, dei confini che contengano un Sé meglio integrato e che permettano di accedere alla relazione con l'altro.

Incontriamo a volte dei pazienti che parlano incessantemente, che sembrano avere orrore di qualsiasi momento di silenzio. Questo gran parlare, che in definitiva non è altro che scarica motoria, è da una parte un modo per non perdere mai il contatto adesivo con il terapeuta e dall'altra un modo per distanziarlo tenendolo in scacco, imprigionandolo e impedendogli un'iniziativa autonoma. Il problema sembra essere quello di evitare il vuoto di un'assenza che potrebbe lasciare privi di senso e di linfa vitale e il troppo pieno di una presenza che rischia di implodere in uno spazio non attrezzato ad accoglierla.

Si tratta allora ancora di una distanza da porre, di uno spazio intermedio da creare, di un *setting* consistente da istituire, sul quale la parola possa finalmente appoggiarsi.

Il *ritmo* della psicoterapia di rilassamento è scandito da una seduta settimanale di quarantacinque minuti. Il paziente è invitato a stendersi sul lettino; gli viene fornito un rullo su cui appoggiare il cavo delle ginocchia e una coperta con cui eventualmente ricoprirsi. L'ambiente non sarà "eccitante" ma silenzioso e a luce soffusa; il terapeuta si siederà accanto al paziente nel suo campo visivo; potrà intervenire toccandogli o sollevandogli il braccio sia per verificare lo stato di rilassamento sia per dare limiti ad un corpo in balia di una eccitazione destrutturante o per dare peso ad un corpo che non ha consistenza.

La seduta si apre con la *consegna di sentire il corpo*, consegna che sarà rivolta alla *globalità* del corpo o a *zone specifiche* di esso: la scelta della consegna non è casuale né, d'altra parte, segue uno schema preconstituito, ma è inserita nel dialogo tonico che intercorre in quel momento fra paziente e terapeuta. Ad esempio possiamo dare la consegna dell'appoggio o possiamo invitare il paziente a contrarre i muscoli quando percepiamo in lui un'angoscia legata ad un vissuto di passività o al timore che sia violato il suo spazio privato. Possiamo in altri momenti elencare al paziente le varie parti del corpo quando lo sentiamo spaesato, incapace di immergersi da solo nel suo corpo per sostenerne

le sensazioni. Vengono in mente le filastrocche che la madre racconta al bambino, nelle quali ad esempio enumera le dita della mano, concludendo il racconto con un abbraccio che cancella l'angoscia di estraneità del bambino (Kohut 1971, 122).

Ci preme sottolineare che non si tratta di una tecnica induttiva o suggestiva. Questa psicoterapia, pur utilizzando alcuni elementi del ciclo inferiore del training autogeno di Schultz, non mira all'apprendimento di tecniche di rilassamento ma è volta a favorire l'insediamento del paziente nel suo corpo attraverso la riappropriazione di sensazioni fisiche che vengono presentate al terapeuta, confrontate e restituite.

La *consegna del percepire*, che apre la seduta, è un momento delicato e complesso sia per il paziente che per il terapeuta. Sentire il corpo è un atto privato e intimo che può essere tollerato e utilizzato solo se inizialmente il corpo viene considerato come una realtà esterna di cui bisogna definire i confini per poi poterla maneggiare.

Perché abbia luogo un incontro, con il proprio corpo e con l'altro, è necessario dapprima un momento di presa di distanza.

Il divano, oggetto inanimato su cui il paziente deposita un corpo ora eccessivamente eccitato ora disincarnato e muto, garantisce da una vicinanza troppo intrusiva e insostenibile; è l'*appoggio neutro* (Dechaud-Ferbus, 1994) che anticipa e prefigura l'appoggio all'altro.

Inizia allora quella *passeggiata sensoriale guidata* (Badoni, 1990) che lascia spazio agli stimoli come alle soste, alle immagini come ai commenti, come in quelle passeggiate dell'infanzia caratterizzate da un ritmo svagato, da un'attenzione sospesa e curiosa in cui il bambino può avventurarsi ad esplorare perché è sicuro di non perdersi e di ritrovare la mano dell'adulto.

Se abbiamo parlato dell'attitudine non intrusiva del terapeuta, vogliamo sottolineare ora l'atteggiamento di vigilanza, la funzione di orientare l'attenzione del paziente aiutandolo a differenziare le varie sensazioni, a connotarle della qualità di piacere/dispiacere, a tollerarle, familiarizzandolo con un corpo che da inquietante e straniero diventi veicolo di relazione.

Del resto è proprio la capacità di attenzione, secondo Freud, che permette all'Io di cogliere i segnali di allarme, di legare l'affetto libero, di far fronte al trauma (sappiamo come molti pazienti che trattiamo in rilassamento funzionino secondo il modello del trauma).

Si viene così a configurare un processo che, partendo da sensazioni passivamente subite, passa attraverso *sensazioni* cui si presta attenzione, è contrassegnato da immagini che si fanno progressivamente strada e giunge infine ad un'attività rappresentativa e simbolica.

In una fase avanzata del trattamento una paziente, nel corso di una seduta, dopo una consegna globale riporta l'immagine del suo paese di origine, percorso dal fiume che si snoda lentamente tra

le sponde su cui sorgono delle case e un piccolo boschetto popolato di animali. Queste immagini le comunicano e comunicano una sensazione di vita, di una vita immersa nel tempo delle stagioni e nello spazio degli uomini, un'impressione di certezza tranquilla e di appartenenza.

Ci sembra che con questa immagine la paziente racconti di sé come se avvertisse la trama della relazione con i suoi oggetti interni; senza dubbio questa immagine e le emozioni che l'accompagnano testimoniano l'acquisita capacità di autoosservarsi e costituiscono l'inizio di una negoziazione con l'altro.

Questo ci ricorda la capacità di restare solo in presenza della madre (Winnicott 1958) che il bambino acquisisce nel corso del processo di integrazione e personificazione, e implica la costituzione dei limiti e la fiducia nell'altro, che gli consente di perdersi nell'esperienza corporea del gioco.

Winnicott, a questo proposito, distingue la *madre-ambiente* dalla *madre-oggetto*. Con la prima egli intende la funzione contenente e paraeccitatoria della madre che rende il bambino calmo, non solo attraverso l'accudimento fisico ma anche assicurandogli uno spazio mentale e attribuendo un senso alla sua eccitazione.

Con la seconda si riferisce alla madre ormai separata dal bambino, che può sostenere l'ambivalenza dei suoi sentimenti di amore e di odio senza farsi distruggere.

Ci sembra che in rilassamento sia questo il punto di arrivo: il momento in cui il paziente è ormai in grado di separare da sé, distinguere dall'ambiente e utilizzare il terapeuta.

La psicoterapia di rilassamento può essere un'esperienza significativa e conclusa in sé che permette al paziente di ripartire per apprendere dalle vicende della sua vita oppure anche un momento introduttivo ad un trattamento psicoanalitico.

### **L'effetto del diniego percettivo nella coppia paziente-terapeuta**

In un lavoro da noi portato al convegno internazionale tenutosi a Parigi su "*Perceptions et sensorialité*" nel giugno '95, abbiamo in particolare approfondito, utilizzando del materiale clinico, le dinamiche transferali e controtransferali affrontandole da un punto di vista particolare.

Sia che intendiamo la percezione come una modificazione del corpo in relazione a stimoli esterni, sia che l'intendiamo come registrazione di cambiamenti all'interno dell'organismo, è sempre al Sé che facciamo riferimento, al modo in cui esso l'accoglie, la sostiene e la organizza.

Il Sé primitivo si viene enucleando dal progressivo aggregarsi delle esperienze percettive e sensoriali in relazione all'ambiente; la sua formazione dipende dalle vicende di frustrazione e gratifica-

zione, dall'attendibilità delle risposte ambientali, dall'instaurarsi di un ritmo soddisfacente tra emergenza del bisogno e sua soddisfazione.

Freud definisce il diniego come negazione della realtà esterna in quanto manifestazione di una mancanza: di fronte alla mancanza del pene nella bambina, i bambini "disconoscono questa assenza e credono di vedere ugualmente un pene" (Freud 1923 a, 565). Diniego dell'assenza di un organo prima di tutto, di una falla nell'integrità fisica, ma anche di una diversità e di una separazione, diniego dell'oggetto e per conseguenza della sua assenza. Diniego di una percezione, dunque, cui si fa fronte producendo o investendo un'altra percezione che neghi la mancanza: vedo quello che non c'è oppure vedo un oggetto sostitutivo, il feticcio.

Consideriamo perciò il diniego percettivo un *processo attivo* che viene sostenuto come difesa dal riconoscimento di un oggetto esterno che è tanto più terrorizzante quanto meno è individuato. Più che del timore di un oggetto persecutorio sembra trattarsi di un'angoscia massiva nei confronti di una indefinita situazione esterna, persecutoria in quanto non ancora integrata nell'esperienza del Sé.

Se dal punto di vista metapsicologico il fine del diniego percettivo è sempre il medesimo, diversa ne è la fenomenologia, quale ci è data di osservare nel nostro lavoro clinico: saranno allora corpi apparentemente muti quelli che ci si presentano, come siderati in una lontananza irraggiungibile, oppure corpi costantemente tesi, in fuga non si sa da che e alla rincorsa di non si sa che cosa, dove l'eccitazione sembra essere l'unica sensazione presente, moneta di scambio universale per ogni affetto.

Vorremmo partire dal primo caso e fare alcune considerazioni in proposito.

Ci sono pazienti che aderiscono immediatamente, docilmente, alla situazione di rilassamento. Sembrano raggiungere senza sforzo una condizione di benessere in cui non vengono avvertite né tensioni muscolari né pesantezza né, tantomeno, le sensazioni provenienti dagli organi interni. La loro principale preoccupazione sembra essere quella di mantenere il corpo leggero ed omogeneo, di anestetizzarlo, verrebbe quasi da dire.

Un paziente ebbe l'immagine di sé come di una ronda che percorreva infaticabilmente i confini per controllare che tutto fosse a posto.

Pazienti di questo genere suggeriscono a noi l'immagine di un bozzolo, al cui interno si rifugiano per mimare una beata autosufficienza che li metta al riparo da ogni urto ma anche da ogni contatto. Suggeriscono altresì l'immagine di una superficie al di là della quale è difficile immaginare uno spessore e oltre la quale ci è fatto divieto di entrare. Siamo lasciati ai margini di un processo che si svolge a distanza da noi ma non senza di noi: nostro è il compito di mantenere la giusta temperatura

dell'ambiente, né troppo calda né troppo fredda, che permetta alla crisalide di formarsi e di uscire dal guscio.

Varie sono le nostre sensazioni ed emozioni che contrappuntano il processo: a volte di noia e quasi di impazienza fisica che contrasta con l'immobilità di un corpo che ci tiene lontani. Ci capita, altrimenti, di sperimentare una situazione di benessere fisico e mentale in cui osserviamo il paziente, ce ne distogliamo, abbiamo immagini che lo riguardano, ci immergiamo nelle nostre personali fantasticherie, ritorniamo a lui.

È questo forse il modo in cui registriamo un processo che avviene accanto a noi e di cui siamo i garanti, un processo attraverso cui il paziente si prende le misure e, attraverso un movimento di contrazione ed espansione, saggia i suoi limiti corporei, che sono in definitiva i confini del suo Sé, regola la distanza da noi, impara lo spazio fisico e mentale. E, attraverso la ripetizione di questa esperienza, attraverso la memorizzazione di questo ritmo, apprende anche il tempo.

Il momento in cui il paziente si individua, si incarna, è sempre difficile e doloroso: il corpo non è più lieve, ma si fa pesante e percepisce le tensioni; è il momento in cui avverte con angoscia che deve rinunciare al suo sé onnipotente, riconoscere l'altro come limite a sé, ma in cui, anche, può rischiare di entrare in relazione.

Durante il nostro cammino con i pazienti incontriamo spesso anche l'immagine, che non è ancora metafora e non è più produzione corporea, anche se trae origine da una percezione corporea, la vista, e del corpo condivide gravidanza e concretezza. Se da una parte l'immagine, presentandosi isolata nella sua nitida vividezza, può bloccare la catena rappresentativa e, al pari dell'allucinazione e della percezione, porsi al servizio del diniego, dall'altra essa può dare l'avvio ad un processo di mentalizzazione entrando a far parte del dialogo fra il paziente e il terapeuta.

Chiariremo quanto intendiamo con una breve vignetta clinica.

Una paziente di una sessantina d'anni, che ha chiesto aiuto a causa dei sentimenti depressivi ed angoscianti che la separazione dal figlio in procinto di sposarsi le procurava, riferisce di una sensazione-immagine che accompagna il suo rilassamento. Si tratta di una forma tondeggiante che ella situa all'altezza dello sterno, attaccata alla gola da una sorta di peduncolo. È una sensazione che si lega ad immagini che variano in relazione all'andamento delle sedute ed al clima emotivo che si instaura con il terapeuta: a volte avverte un nocciolo duro, pesante, delle dimensioni di una noce; a volte parla di una arancia o di una palla. Ci sono sedute in cui sente questa massa come poco consistente e ne sente la superficie come lassa e fluttuante, staccata dal peduncolo. Nei momenti di maggior benessere, quando sta bene in seduta, la superficie della massa e la sua pelle coincidono, quasi che la pressione interna e quella esterna si controbilanciassero perfettamente. È la prima sensazione

di cui va in cerca quando entra in contatto con il proprio corpo, sia in seduta che a casa: “sa, dice, le devo raccontare come va la nostra palla”.

Attraverso questa immagine rappresenta il suo sé corporeo al cui interno a volte si rannicchia come in una roccaforte e che a volte invece si espande fino ad incontrare una zona in cui possa avvenire lo scambio.

È un'immagine che usa dunque in certi momenti per negare il vuoto dell'assenza e per escludere l'altro, una sorta di immagine feticcio che diventa in altri momenti un'immagine transizionale che accetta di mettere in gioco nella sua relazione con il terapeuta.

Abbiamo detto precedentemente come non solo l'assenza di percezione ma anche l'eccesso di eccitazione siano in funzione del diniego percettivo.

Il ragazzo che si presenta, dopo una telefonata di tipo manageriale, è uno studente di ingegneria, di bell'aspetto, vestito in perfetto stile da college inglese. Tutto nella sua vita è perfetto: ha tanti amici, è corteggiato dalle ragazze, gli studi vanno benissimo; la sua famiglia è meravigliosa: nulla gli è mai stato imposto, tutto è sempre stato discusso con lui fino al momento in cui ne fosse convinto, fino, viene da pensare, all'estenuazione e alla resa.

Chiede aiuto a causa di un episodio di impotenza, che lo ha bloccato per paura di altri insuccessi. Quel che gli è capitato è stato solo un incidente di percorso in una vita perfettamente organizzata e programmata. Non potrebbe essere che così: “infatti, dice come se enunciasse un teorema, premesso che la mia famiglia è stata perfetta, non avrebbe senso che ci fossero in me dei seri problemi. Altrimenti cosa sarei? Una stonatura colossale, un escremento di mosca su una immacolata camicia di lino”.

Si è trattato di un piccolo incidente, ma sullo sfondo c'è una catastrofe temuta, come quella cui va incontro il suo cane che, liberatosi dal guinzaglio, è travolto da un'automobile, mentre egli osserva la scena inebetito e paralizzato.

È il suo corpo sempre eccitato, sempre in corsa, a fargli da baluardo. La sua è un'eccitazione angosciosa (o un'angoscia eccitante) che gli evita una percezione che lo metta in contatto con i suoi affetti e con gli altri.

Nota Winnicott: “Mi sembra che il termine angosciato sia applicabile quando un individuo è dominato da un'esperienza fisica (sia essa eccitamento, rabbia, paura, e qualunque altra cosa) che egli non può né evitare né capire, quando egli è per la maggior parte inconsapevole di ciò che sta succedendo” (Winnicott 1958, 219).

È come se la sua costante eccitazione facesse per lui le veci di un holding che forse non c'è mai stato: se non è eccitato collassa e si perde, come gli accade nei momenti di inazione o quando entra

solo in un ambiente affollato; si sente allora senza pelle, braccato, valutato, soppesato e tutto teso egli stesso a soppesare e valutare gli altri per ricrearsi dei confini.

I pazienti che non tollerano di rimanere in contatto con il proprio corpo richiedono al terapeuta di accettare e condividere il loro diniego percettivo.

Sarebbe allora facile per il terapeuta trincerarsi nel ruolo di chi guida la relazione, evitando così la penosa sensazione di brancolare nel buio e di rivivere un'angosciosa confusione che coinvolge il suo ruolo e se stesso come persona, facendolo dubitare dei suoi strumenti professionali e dei punti cardinali su cui ha costruito la sua storia.

Il terapeuta allora è messo nella condizione di dover attingere ad un livello sensoriale percettivo arcaico, che fa pensare al meccanismo *imitare per percepire* di cui parla Gaddini (1980), livello indispensabile perché il bambino possa passare dal funzionamento esclusivamente corporeo a quello mentale; premessa che consente alla coppia paziente-terapeuta di individuarsi e separarsi attraverso quelle *imitazioni affetto-motorie reciproche* di (Jacobson, 1964) in cui la distinzione tra sé e l'altro è continuamente negata ed affermata. Il terapeuta così si propone come presenza che non solo garantisce la continuità del rapporto, saturando la mancanza, ma che permette anche l'esperienza di una relazione unica ed esclusiva in cui il piacere di sé è il desiderio del l'altro e viceversa.

Il terapeuta diventa dunque un corpo reale pensante e desiderante nei confronti di quel determinato paziente, con quella determinata storia, che riprende a scorrere nel tempo e nello spazio.

Vorremmo ora parlare del caso di Chiara, perché ci sembra esemplifici quanto abbiamo appena sostenuto, cioè che il diniego percettivo costituisce nella terapia di rilassamento un momento strutturale e talvolta una fase essenziale perché la relazione paziente-terapeuta abbia luogo.

Chiara è una ragazza di vent'anni, iscritta alla facoltà di economia e commercio che frequenta con successo, per la quale i genitori richiedono una consultazione in quanto, dice la madre per telefono, è dimagrita ed è affetta da amenorrea. Chiara giunge al primo appuntamento accompagnata dalla madre che la lascia sulla porta dello studio e poi fugge via furtivamente, come una madre che abbandoni il bambino, da lei non riconosciuto come suo, davanti alla soglia dell'orfanotrofio.

Così, all'insegna del diniego, ha inizio la terapia di Chiara. Diniego del tempo del corpo: Chiara appare come una ragazzina acerba e indefinita; diniego dei bisogni affettivi di Chiara da parte dei genitori: l'unico problema per loro sembra essere il non funzionamento del corpo; ancora diniego della sordità di Chiara che verrà comunicata solo al terzo incontro: sordità profonda riscontrata solo quando la bambina aveva tre anni e perché non parlava, di cui nella voce ora non c'è traccia. Ancora diniego della sessualità di Chiara, che appare asessuata; infine diniego del pensiero perché Chiara non sa né sentire né pensare né comunicare ciò che ha dentro di sé.



Il terapeuta è sconcertato e pieno di interrogativi; gli sembra impossibile entrare in contatto con la paziente, sia attraverso le parole, perché il linguaggio di Chiara non è un linguaggio simbolico e non trasmette affetti ed emozioni, sia attraverso il corpo che resta muto.

Con una certa perplessità il terapeuta propone come indicazione la tecnica del rilassamento, perché pensa che il corpo di Chiara non abbia mai avuto diritto di esistenza.

Così ha inizio il rilassamento che la paziente sembra subire come ha subito la rieducazione ortofonica iniziata a tre anni.

Chiara, messa sul lettino, riesperimenta la situazione di paura, di perdita di contatto, di isolamento che successivamente ricorda di aver vissuto, quando da bambina, in vacanza, veniva messa a letto e lasciata al buio mentre i suoi genitori uscivano con gli amici. Esperienza traumatica, ma che per lei è essenziale ritrovare perché almeno è nota rispetto al diverso che le si presenta.

Così Chiara, in un gioco di proiezioni, si fa mettere a letto al buio da un terapeuta che fa come la madre, ma che a sua volta è messo al buio come Chiara bambina. Così la paziente può ritrovare un oggetto già conosciuto nella sua storia e non restare sola. Come allora, Chiara ripropone, attraverso un diniego percettivo, un'identità di percezione che le permette di accettare il rilassamento come ripetizione di un'esperienza frustrante ma familiare.

Per lunghi mesi il terapeuta invita Chiara a concentrarsi sul corpo ma la paziente ripete di non sentire niente e non trasmette niente, come a tre anni si rifiutava di ripetere le parole che la logopedista le insegnava.

Il diniego percettivo è così massiccio e profondo che anche il terapeuta non riesce a sentire nulla dentro di sé come se non avesse più un corpo, una storia, affetti ed emozioni. Anche le parole non sembrano essere uno strumento adeguato per comunicare: non sono nate dal linguaggio tonico con la madre, tanto che Chiara risponde con uno sguardo interrogativo e sgomento agli interventi del terapeuta. Le parole del terapeuta hanno per Chiara qualcosa di persecutorio, per la valenza affettiva che contengono e che ella sembra non capire ma percepire come una violenza in quanto commento troppo lontano da lei e che la fa sentire inadeguata e a rischio di rifiuto.

Sovviene quanto dice la Aulagnier (1975) a proposito dell'ombra parlata, cioè il discorso sul bambino che preesiste al bambino stesso nella mente della madre e allo iato che si può creare tra l'ombra parlata e il bambino reale. Discrepanza che Chiara ha cercato inconsciamente di colmare attraverso un diniego delle sue percezioni e del suo pensiero quando con sorpresa chiede al terapeuta: "Perché gli altri bambini non avevano paura del buio e io sì?", negando così la sua sordità in quanto non accettata dai suoi genitori.

L'unica possibilità per il terapeuta è proprio accogliere e vivere il vuoto percettivo, talvolta così pesante da provocare una reazione difensiva di rifiuto.

In realtà è proprio difficile e angosciante accettare di sentirsi sordi e che il mondo e l'altro siano muti e sordi. Chiara era sorda ma anche il terapeuta diventa sordo, Chiara era muta ma anche il terapeuta diventa muto. Ora si può cominciare a stare insieme e a rivivere la storia di quella bambina nata sorda da una mamma sorda che forse non aveva il desiderio di un bambino, certamente non di quella bambina così lontana dalla sua aspettativa.

Più che la parola è il corpo di Chiara che comincia a veicolare la relazione attraverso uno sguardo sfuggente, furtivo, ma pronto a cogliere negli occhi dell'altro un segno, un sorriso, un ammiccamento, a cui Chiara risponde in modo adesivo per imparare a sentire sé e l'altro attraverso l'imitazione dell'espressione dell'altro.

Lentamente lo sguardo di Chiara diventa diretto fino ad essere un contatto avido e inglobante.

Per il terapeuta la sensazione è non solo di essere visto, ma odorato, sentito, toccato e per Chiara è un vedere per sentire, per guardare, per sentirsi vista e per vedersi.

Chiara inizia a fidarsi del terapeuta che è lì quando lei lo cerca, vicino quanto basta perché lo possa avvertire quando la invita ad aprire gli occhi dopo il rilassamento così da non farla sentire sorda: la presenza dell'altro del resto si può percepire senza necessariamente udirla.

Allora Chiara durante una seduta racconta di sentire il battito del cuore e il flusso sanguigno che dal cuore si irradia a tutto il corpo.

Il ritmo del cuore accompagnerà ogni rilassamento della paziente; Chiara così svela l'esistenza di un mondo sotterraneo primitivo in cui si è chiusa, costruito forse sulla traccia mnestica di un oggetto buono e vitale: il cuore materno, che con il suo battito regolare le ha permesso di costruire il suo sé privato e nascosto.

Man mano che Chiara permette a sé e all'altro di sentire il suo corpo e di pensarlo, il movimento continuo ed angosciante dei suoi piedi, che all'inizio del trattamento contrastava con l'immobilità e legnosità del corpo, scompare. Ormai Chiara non ha più bisogno di segnare con il movimento degli arti il ritmo del suo esistere e l'esistenza dell'altro, perché sta conquistando il senso della continuità del suo sé e la certezza del rapporto con l'altro.

Cominciano a sorgere contemporaneamente nella mente del terapeuta e della paziente immagini primitive come le sensazioni di Chiara: sono immagini di mare, di cordone ombelicale, di fiume, immagini che segnano l'inizio di un sé mentale che può cominciare a chiedersi chi sono, da dove vengo, dove posso andare, ma che sono anche metafora concreta della storia che si va costruendo fra la paziente e il terapeuta.

### Note

1. Per una breve storia della psicoterapia corporea vedi in G. Downing, (1995) *Il corpo e la parola*, p. 327-366 dove viene citata, tra l'altro, una lettera di Freud a Groddeck del 1921, in cui scrive: "Se avessi quindici anni di meno nessuno al mondo mi potrebbe impedire di stare addosso per qualche settimana a osservare le tecniche che lei pratica, come ho fatto in precedenza con Bernheim" (Groddeck 1977, 90).
2. Ne ritroviamo una prima descrizione, nelle "Leçons cliniques de Magnan" del 1893, nell'Ospedale di S. Anna di Parigi, che testimoniano il tentativo di sostituire l'uso della camicia di forza, nelle crisi di mania, con l'avvolgimento del corpo del paziente in asciugamani umidi e successivamente in coperte. Questa tecnica entrò poi in disuso per venire successivamente riconsiderata in un'ottica psicodinamica e psicoanalitica.

Woodbwy, che aveva sperimentato questa tecnica negli stati Uniti a Chesnut Lodge, la utilizzò poi nella clinica svizzera di Prangins dove, in collaborazione con Racamier, diede vita alla ristrutturazione di un vecchio reparto, secondo un approccio somato-psicosociale. Woodbury raccomanda il *pack*, che denomina *avvolgimento anaclitico* con due indicazioni principali: le crisi di agitazione panica e i disturbi cronici dello schema corporeo.

### Bibliografia

- ABRASSART, J.L. (1987) *Massage californien, art de la détente et du toucher*. G. Trédaniel.
- AJURIAGUERRA DE, J. (1961) *Le corps comme relation*. Rapport présenté à la Réunion de la Société Médicale Suisse de Psychothérapie à Morat.
- AJURIAGUERRA DE, J., CAHEN, M. (1981) *Tono corporeo e relazione con gli altri. L'esperienza tonica del rilassamento in Clinica della Psicomotricità* (a cura di L. Carli e A. Quadrio), Feltrinelli, Milano.
- ANDREOLI, A. (1977) Les démons dans le corps - La relaxation des patients psychotiques. *Revue de Médecine Psychosomatique et Psychologie Médicale*, 3.
- ANDREOLI, A., LALIVE, J., GARRONE, G. (1986) *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Ed. Simep, Paris.
- ANDREOLI, A. (1981) Corps psychotique et corps psychosomatique en relaxation". In: Pasini, W. e ANDREOLI, A. *Eros el changement*. Payot, Parigi.
- ANZIEU, D. (1985) *L'io pelle*. Borla, Roma 1987.
- AULAGNIER, P. (1975) *La violenza dell'interpretazione*. Borla, Roma 1994.

- BADONI, M. (1981) Il metodo di rilassamento di J. de Ajuriaguerra: una psicoterapia nell'ambito della riabilitazione. *Neuropsichiatria Infantile*.
- BADONI, M. (1987) *Corps maîtrisé et corps soigné: relaxation et facteurs traumatiques internes et externes à la cure*. Atti del 11° Colloque de l'Ass. pour l'enseignement de la Psychot. de Relaxation, Paris.
- BADONI, M., LANZI, G. (a cura di) (1990) *Il corpo tra piacere e realtà*. Atti del Convegno renurosi a Pavia il 10-12 novembre 1989. La Goliardica Pavese, Pavia.
- BICK, E. (1968) The experience of the skin in early object relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 484-486.
- BOVIER, PH., CHARBONNIER, G., FORTINI, K., SALVADOR, A. (1977) Le corps du psychotique à travers la relaxation: approche clinique. *L'information Psychiatrique*, 53, 1977.
- BOVIER, PH., BRANDLY, H. (1979) L'enveloppement humide: un tentative d'approche à la psychose. *L'information Psychiatrique*, 55.
- DECHAUD-FERBUS, M., ROUX, M.-L., SACCO, F. (sous la direction de) (1994) *Les destins du corps. Psychothérapie de relaxation d'inspiration psychanalytique*. Editions Erès, Toulouse.
- DE COULON, N. (1981) *La cure des packs. Une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique*. Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne.
- DE COULON, N. (1985) Préambule à l'approche psychocorporelle. *Médecine Psychosomatique*, Suisse.
- DE SAUGY, D. (1985) Relaxation, peau et individuazione par l'image du corps. *Psychothérapies*, 2, 87-93.
- DE SAUGY, D., CASAYS, J. (1981) La relaxation selon J. de Ajuriaguerra - Ses origines, son utilisation. *Méd. et Hyg.*
- DOWNING, G. (1995) *Il corpo e la parola*, Astrolabio, Roma.
- ELLIOT, M.F. (1988) *Les massages relaxants par tous et pour tous*. RETZ.
- FREUD, S. (1911) Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. *OSF*, 6.
- FREUD, S. (1923 a) L'organizzazione genitale infantile. *OSF*, 9.
- FREUD, S. (1925) La negazione. *OSF*, 10.
- FREUD, S. (1926) Inibizione, sintomo, angoscia. *OSF*, 10.
- GADDINI, E. (1980) Note sul problema mente-corpo. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- GADDINI, E. (1982) Il Sé in psicoanalisi. In: *Scritti*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

- GRODDECK, G. (1977) *The meaning of illness: selected psychoanalytic writings*. Hogarrb Press, London.
- JACOBSON, E. (1964) *Il Sé e il mondo oggettuale*. Martinelli, Firenze 1974.
- KOHUT, H. (1971) *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino 1976.
- LEMAIRE, J.G. (1978) *Il Rilassamento. Rilassamento e Rieducazione Psicotonica*. Celuc Libri, Milano.
- MC DOUGALL, J. (1982) *Teatri dell'Io*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- MC DOUGALL, J. (1989) *Teatri del corpo*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
- OSHASHI, W. (1977) *Le livre du shiatsu*. L'Etincelle.
- PICOT, A. (1974) L'identité du thérapeute à travers la relaxation. *Méd. et Hyg.*, 1111, 1247-1248.
- REICH, W. (1949) *L'analisi del carattere*. SugarCo, Como, 1973.
- ROUX, M.-L., DECHAUD-FERBUS, M. (sous la direction de) (1993) *Le corps dans la psyché*. Editions L'Harmattan, Paris.
- SAPIR, M. (1975) *La relaxation: son approche psychoanalytique*. Collection Incoscient et Culture, Dunot.
- WALLON, H. (1954) *Les origines du caractère chez l'enfant*. P.U.F., Paris.
- WINNICOTT, D.W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.
- WINNICOTT, D.W. (1958) La capacità di essere solo. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.
- WINNICOTT, D.W. (1989) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

### Riassunto

Vengono illustrate alcune terapie a mediazione corporea che si avvalgono direttamente o indirettamente del pensiero psicoanalitico. Esse vengono scelte e utilizzate variamente in rapporto alla patologia del paziente o al momento evolutivo della cura. Viene dato particolare rilievo alla psicoterapia di rilassamento secondo Ajuriaguerra, definendone il setting, le indicazioni al trattamento e l'uso che viene fatto della relazione paziente-terapeuta.

### Summary

*The author's intent is to illustrate some body-related therapeutic techniques, directly or indirectly connected with a psychoanalytical frame. The choice of each individual approach usually de-*

*pende on the patient's pathology or specific phases of the therapeutic process. Special prominence is then given to the relaxation therapy devised by Ajuriaguerra and information is provided as to the setting, the indications and the type of patient-therapist relationship to be established.*

CLAUDIO MIGNOLI

via S. Marco 29

20121 Milano

RAFFAELLA ROSEGHINI

viale Lombardia 47

20131 Milano

# NOTE

---





PIA DE SILVESTRIS

### Riflessioni sul pensiero di H. Faimberg\*

Uno dei grandi meriti di H. Faimberg è di introdurci con autenticità e senza riserve nel vivo del suo lavoro analitico.

Nei due saggi “Il *télescopage* delle generazioni. A proposito della genealogia di certe identificazioni”, e “All’ascolto del *télescopage* delle generazioni: pertinenza psicoanalitica del concetto” (Faimberg 1993, 1993a) essa si è posta il problema di sapere qual è il nostro contributo, in quanto analisti, alla comprensione dei fattori che intervengono nella trasmissione psichica e quali sono gli impedimenti del soggetto alla costruzione di un suo spazio psichico.

È innanzi tutto partendo dall’“ascolto dell’ascolto” (Faimberg 1981) - come il paziente interpreta e interagisce con le parole del l’analista - che l’autrice riconosce le resistenze al riconoscimento della differenza delle generazioni e dell’alterità.

“L’Io rifiuta di riconoscere tre cose: l’impossibilità del soggetto di generare se stesso, la differenza dei sessi, l’alterità, in altre parole rifiuta di accettare la ferita che gli impone l’Edipo” (Faimberg 1981).

L’analista, nel transfert con il paziente, rivive questo dramma narcisistico ma contemporaneamente si pone, attraverso l’ascolto e l’interpretazione, su un piano “edipico” che il paziente non aveva mai vissuto prima, poiché i genitori narcisistici, che il paziente si era costruito, non gliene avevano mai dato la possibilità.

Che cosa significa che l’analista si pone su un piano “edipico”?

Porsi su un piano edipico vuoi dire declinarsi sul piano della distinzione e della diversità, in una tensione verso la relazione oggettuale, non solo nei riguardi dell’oggetto-paziente ma anche verso l’oggetto-se stesso e la propria storia.

Rileggendo il caso di “Mario”, presentato dalla Faimberg, ci troviamo di fronte alla condizione appena descritta. L’autrice, nella prima interpretazione di transfert al paziente, rettifica la posizione

---

\* In margine alla Giornata di studio su “Transfert e trasmissione della vita psichica tra generazioni”, organizzata a Roma da ASNE -S.I.Ps.I.A. il giorno 11-11-'95

del soggetto articolandola fra la dimensione concreta, quella immaginaria e quella simbolica. Questo è possibile perché l'analista realizza quella flessione necessaria per muoversi da una omogeneità relazionale ad una ipotetica molteplicità di dimensioni possibili. L'investimento oggettuale è la forza che permette di disincagliare il tempo e di aprire uno spazio potenziale verso la trasformabilità.

Al contrario, la relazione narcisistica, come dice la Faimberg, è caratterizzata da una logica di questo tipo: "... tutto ciò che merita di essere amato sono io benché ciò venga da te, il figlio (funzione di appropriazione). Ciò che riconosco come proveniente da te, il figlio, lo odio; per di più, caricherò su di te tutto ciò che non accetto in me: tu, il figlio, sarai il mio non-Io (funzione di intrusione) " (Faimberg 1993, 87).

"Le funzioni di appropriazione e di intrusione sono caratteristiche della regolazione narcisistica d'oggetto" e portano a delle identificazioni alienanti che implicano la condensazione di almeno tre generazioni (telescopage generazionale) (p. 88).

A questo punto vorrei porre una questione circa la correlazione fra: identificazione alienante - condensata nella storia di più generazioni - l'organizzazione narcisistica della mente ed i problemi teorico-clinici che ne conseguono.

Un tale paradigma sembra effettivamente riguardare un problema generale della vita psichica e non soltanto quello di una particolare storia: si tratta del problema mentale delle "origini", affrontato dalla Faimberg.

Per Freud il transfert - inteso come flusso pulsionale globale è determinato dalla perdita di una "condizione originaria".

È in questa prima esperienza della perdita originaria che la "preistoria" si confronta con la "storia" personale (Freud 1915-17) ed è in questo primo nucleo narcisistico che i narcisismi preistorici, nell'incontro con una storia, danno forma ad un'ulteriore esperienza. In questa prima area si confrontano le identificazioni più labili e provvisorie, sia della preistoria che della storia, e si consolidano quelle già cristallizzate nel tempo.

Ogni identificazione è il risultato di un'esperienza relazionale che è il momento di riconoscimento di un'origine di Sé in quella stessa esperienza.

L'identificazione non-alienante è una modalità di appropriazione di una parte di origine, nella misura e per quel tanto per cui la dinamica di quella esperienza può permettere di vivere la separazione, la differenziazione e la perdita, un percorso di cui poi l'identificazione stessa sarà la sintesi ed il rappresentante in proprio.

Al contrario, l'identificazione alienante sembra essere il prodotto di un'estrema difesa proprio da un processo di separazione, come una sorta di "lutto impossibile".

Questa difesa appare l'espressione di un compromesso fra "perdita" e "non-perdita" dell'oggetto, che si realizza mediante una scissione e la non integrazione dell'aspetto identificato, di conseguenza con il non riconoscimento dell'"origine".

È un compromesso che viene a supplire il processo evolutivo trasformativo impossibile con un'interruzione ed un arresto alla cui interfaccia, per un verso si dà l'illusione della continuità, del "tutto come prima", e per l'altro verso, quello della rottura, si dà l'illusione della separazione. Una condizione interdetta al futuro e quindi ad ogni forma di divenire storico individualizzante.

È comprensibile, allora, come tutto ciò si manifesti, nell'esperienza clinica, nel vissuto di una resistenza a prima vista irriducibile.

In tal caso, sembra di trovarsi in una condizione simile allo sperimentare un'"assenza di transfert". L'"assenza" di un movimento psichico che attivi, sia nel paziente che nell'analista, contenuti da elaborare e affetti da trasformare in un senso dicibile: in altri termini è come trovarsi in una condizione muta.

Per la Faimberg, la fissazione dell'identificazione alienante in un "sempre" che è il tempo dell'inconscio, si ritrova nella relazione come modalità del transfert.

In questo tipo di esperienza, l'eventuale tentativo di interpretazione del l'analista viene inteso dal paziente attraverso una "reinterpretazione narcisistica" (Faimberg 1981): il paziente reagisce all'interpretazione come ad una intrusione e la traduce in un contenuto che coincide con gli interessi narcisistici. L'ascolto dell'ascolto diventa così la chiave per accedere all'area narcisistica del paziente. L'interpretazione è uno strumento di avvicinamento a questa area e va continuamente aggiustata in funzione dell'ascolto dell'ascolto.

Per esempio, potremmo dire, che la negazione del dolore della separazione da parte del paziente dovrebbe essere intesa dall'analista come un modo del paziente di rispondere al legame. Non sarebbe quindi da sottolineare, da parte dell'analista, l'intenzione del paziente di voler distruggere il valore di un legame quanto il dramma di non poter riconoscere ed integrare una parte del proprio vissuto.

In questo tipo di difesa si opera uno spostamento della separazione, dal registro di una relazione con l'altro al registro di una relazione con se stessi, che risulta anche come una forma di occultamento del transfert.

Il fatto poi che l'interpretazione riesca ad aggiustarsi in funzione dell'ascolto dell'ascolto segnala probabilmente che l'analista nella relazione prova ad adattarsi ai bisogni narcisistici del paziente. Questo rende la presenza dell'analista meno persecutoria e di conseguenza la linea di separazione può spostarsi di nuovo nella direzione della relazione con l'altro.

Il movimento del transfert si può infine cogliere là dove c'è una fessura di separazione in cui insinuarsi.

L'interpretazione della storia segreta del paziente, che lega le generazioni in un tempo circolare ripetitivo, permette la disidentificazione e la ripresa di un tempo soggettivo che è espressione del desiderio del soggetto. Così la differenza delle generazioni diventa possibile e si realizza la "trasmissione della vita psichica" come distribuzione nel tempo e accettazione della morte. L'analisi diventa il luogo dell'individuazione e dell'esercizio dell'urto, dove la "verità psichica" del paziente prende corpo e si delinea come continuità con l'origine.

L'Autrice estende la sua straordinaria intuizione dell'identificazione alienante dal campo della seduta analitica a quello del mito, poiché essa è il segno di una modalità di essere che si riproduce in tutte le espressioni umane.

Nel saggio "Il mito di Edipo rivisitato" (Faimberg 1993b) Edipo è prigioniero di un segreto (l'adozione e il filicidio originale), il suo destino è retto dalla menzogna, egli è quindi portatore di una identificazione alienante. Di conseguenza tutti gli atti che compie sono automatici, inconsapevoli e alienati a lui stesso. Edipo non è soltanto lo strumento della profezia di parricidio e incesto, che rappresentano il vero e proprio "complesso di Edipo", ma è anche colui che ignora i suoi oggetti edipici che vorrebbe invece amare e proteggere. Questa ignoranza gli impedisce di rinunciare al compimento nella realtà del "complesso di Edipo".

Per questo dice la Faimberg: "... il concetto freudiano non spiega totalmente la natura e la storia degli oggetti edipici in quanto tali ... Bisogna allargare il concetto per poter studiare il rapporto particolare tra le generazioni che siamo portati ad incontrare nella nostra esperienza clinica. Per questo rapporto, intendo non soltanto la relazione del bambino con i genitori, ma quella dei genitori con il bambino quale potrebbe essere (ri)costruita" (p. 185).

La nozione di "configurazione edipica" proposta dall'Autrice permette di considerare nell'organizzazione psichica sia i desideri inconsci del bambino - propriamente edipici - che l'intrusione dei desideri dei genitori così come il bambino li ha interpretati.

Questo significa collegare i problemi edipici a quelli narcisistici e sottolineare "la dimensione narcisistica della configurazione edipica".

L'importanza di questa intuizione sta nel fatto che permette di interrogarsi diversamente sulla funzione del padre.

Mentre la componente narcisistica assoggetta il figlio ad una storia che non è sua, la funzione edipica del padre gli permette di separarsi e di individuarsi, per cui vivendo il dolore della differenziazione, anche quella storia imposta diventerà sua.

Il poter riconoscere chi ci ha generati riguarda una funzione evoluta della mente che potta il soggetto finalmente ad appropriarsi della simbologia genealogica e generazionale come sostituto sufficientemente utile a sopperire l'impossibilità di possedere la propria origine.

**Bibliografia**

FAIMBERG, H. (1981) Une des difficultés de la psychanalyse: la reconnaissance de l'altérité. *Revue française de psychanalyse*, XLV, 6, 1351-1368.

FAIMBERG, H. (1993) Il "Télescopage" delle generazioni: in Kats, R. et al. *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma 1995.

FAIMBERG, H. (1993a) All'ascolto del télescopage delle generazioni: pertinenza psicoanalitica del concetto. *Ibidem*.

FAIMBERG, G. (1993b) Il mito di Edipo rivisitato. *Ibidem*

FREUD, S. (1915-1917) Introduzione alla psicoanalisi. *OSF*, 8, 517-518.

PIA DE SILVESTRIS  
Via P. Segneri, 11b  
00152 Roma



# LETTURE

---





G. DOWNING

**Il corpo e la parola**, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1995, pagg. 390. Lire 54.000.

(Ed. orig.: *The Body and the word*, 1995.)

In questo libro l'autore presenta, oltre a se stesso, il suo metodo di psicoterapia corporea, le proprie considerazioni sul corpo vissuto, sulle dinamiche di transfert e controtransfert. Confronta inoltre particolari aspetti di esperienze corporee dei pazienti con alcuni importanti dati della ricerca sperimentale sul primo sviluppo infantile. Tratteggia infine la teoria delle tecniche corporee e la teoria di alcune correnti psicoanalitiche nei loro percorsi paralleli e nelle loro intersezioni.

Elementi caratterizzanti e motivo di interesse del lavoro sono la sua complessità e la ricchezza di argomenti, trattati in modo spesso dettagliato e approfondito.

Similmente complesso è il confronto, più o meno critico, con l'apporto di vari autori (di vari altri ambiti oltre a quello psicoanalitico) con citazioni tanto numerose da far sentire la mancanza di un indice degli autori con relativi rimandi.

Il libro merita di essere letto, perché, nonostante proponga concettualizzazioni o prassi solo in parte condivisibili e nonostante vi siano alcune omissioni importanti (specialmente per chi, come Downing, ha lavorato a Parigi) come la mancanza di qualsiasi citazione di Ajuriaguerra e dei suoi numerosissimi e fondamentali lavori, contiene notizie interessanti, spunti clinici e teorici su cui riflettere, citazioni da confrontare e fornisce sull'argomento una panoramica dettagliata e documentata, spesso vivace, a volte molto originale. È l'autore stesso ad accompagnarci sulle tracce di una sua personale odissea che dall'apprendimento della psicoanalisi lo ha portato, attraverso una lunga pratica di terapie corporee a questo intricato quanto prezioso lavoro, oggi pubblicato da Astrolabio, con la prefazione di uno psicoanalista che, lungo gli anni, si è appassionato al pianeta corpo: Roberto Speciale Bagliacca.

Downing, che è americano e vive a Parigi da molti anni, ha cercato di utilizzare le sue principali matrici formative, approfondite in tempi distinti e successivi - psicoanalisi e terapie corporee - per elaborare un personale metodo di psicoterapia corporea.

Il modello psicoanalitico in cui si riconosce è quello della teoria delle relazioni oggettuali nella sua versione contemporanea, con riferimenti soprattutto a Kernberg e Bollas.

La ricerca di Downing è certamente preziosa: il suo libro trasuda una lunga e attenta dimestichezza con la realtà del corpo, realtà da esplorare, indagare, interrogare per stemperarla e renderla accessibile, potremmo dire mentale, quanto e quando è possibile.

Tuttavia, nonostante le ampie dissertazioni su transfert e controtransfert e l'interessante osservazione sulla presenza di "strade parallele", ossia di due transfert, non necessariamente convergenti, uno a livello di interazione fisica, l'altro a livello di interazione verbale, molte affermazioni risentono, come d'altronde Downing ci dice, di una psicoanalisi appresa più che sperimentata, di testa più che di pancia, tanto per rimanere nella metafora del corpo.

Ma Downing ha anche l'esperienza di chi sul corpo ha lavorato e meditato a lungo, vivendo lo smarrimento provato a contatto con una realtà spesso indecifrabile, accompagnando il paziente in una indagine minuziosa e costante della realtà che il corpo propone, attraverso sensazioni, posture, immagini e associazioni, vagliate fino all'ostinazione con l'aiuto del terapeuta.

Il progetto terapeutico di Downing consiste nel tentativo di mettere il paziente in contatto con la propria realtà emotiva, attuale ed anche remota.

La sua originalità si rivela nell'indagare con il paziente adulto il suo "passato pre-verbale" utilizzando anche la capacità del corpo di ricordare.

Sulla scia dei "ricordi somatici" di cui parla Paula Heimann, citata dall'autore, lo stesso introduce il termine di "*cinogramma*" per riferirsi a quel tipo di ricordo che si esprime, in assenza di parola, attraverso il soma.

Il libro può fornire molti spunti agli psicoterapeuti, specialmente a quelli che lavorano con pazienti confrontati a sofferenze somatiche. Mette in guardia i terapeuti del corpo dall'"ideologia della catarsi" tanto diffusa quanto deleteria se intende la terapia corporea come espulsione di emozioni, più che come trasformazione, e da Downing apertamente criticata.

Non si può che concordare con l'autore nel ritenere vantaggioso, anche nell'ambito delle terapie classiche verbali, disporre di questo tipo di ascolto del paziente, non solo quando il paziente parla del suo corpo o con il suo corpo, ma costantemente ed anche nel controtransfert.

Downing sembra quindi riuscire a sollecitare il lettore, come i suoi pazienti, a utilizzare le proprie risorse per "indagare, esplorare, ampliare": senza dimenticare tuttavia che di odissea si tratta e che, come nel testo omerico, così per il corpo, vi è spazio per la saggezza di Ulisse, ma anche per gli incanti di Circe.

*Paola Freo, Marta Badoni*

J. BARANÈS

**La questione psicotica in adolescenza**, Borla, Roma 1994, pp. 280, Lire 40.000.

(Ed. orig.: *La question psychotique à l'adolescence*, Dunod, Paris 1991)

È un libro senz'altro utile a chi lavora in istituzioni con adolescenti e psicotici, per chi lavora nel privato e per chi voglia fare una riflessione più ampia alla quale Baranès ci porta trattando due questioni: quella della psicosi in adolescenza e quella della “analogia” tra psicosi e adolescenza. La sua sfida è quella di trattarle psicoanaliticamente. In un momento in cui anche nel privato, ormai da diverso tempo, ci troviamo a lavorare maggiormente con “casi gravi” e quindi ad attuare “adattamenti” della tecnica e della teoria ortodossa, ci appare sempre più necessaria una riflessione teorica, quale quella che troviamo in Baranès.

Le sue considerazioni su questi adattamenti teorico/clinici, come ad esempio il ricorso alle terapie di tipo familiare, vengono da lui presentate con una sfumatura di colpa e provocazione dalla quale resta assolto per il rigore teorico e l'onestà clinica; infatti egli è stato spinto dal bisogno reale di rispondere terapeuticamente alle richieste specifiche delle patologie gravi. D'altra parte, lascia comunque un margine aperto al dubbio ed alla riflessione, condizione questa squisitamente “scientifica” nel nostro mestiere.

A partire dal proprio percorso clinico Baranès affronta alcuni nodi cruciali della psicoanalisi contemporanea: psicoanalisi e psicosi, psicoanalisi e istituzioni. Al riguardo egli pensa che non sia possibile “pensare la metapsicologia in termini di puro teatro interiore” e considerare “l'avventura analitica come semplice nevrosi di transfert”, ma piuttosto come “coproduzione del vivente” (P.C. Racamier).

Tuttavia ritiene che tale posizione aumenti la responsabilità dell'analista nello svolgimento del proprio lavoro, perché tanto l'adolescente come lo psicotico non possono essere considerati dal punto di vista della teoria e della tecnica della psicoanalisi classica.

Nella ricerca per adattare la tecnica Baranès arriva ad interrogarsi sulla meta-psicologia e considera ad esempio l'antagonismo tra gli scopi della psicoanalisi e quelli dell'adolescenza, la quale si propone di superare o fuggire dal passato. Quindi nella pratica terapeutica il passato dovrebbe essere proposto soltanto con scopo trasformativo.

La psicoanalisi classica, infatti, rischia di svolgere una funzione superegoica rendendo difficile instaurare un autentico spazio transizionale. Le risposte e gli interventi che il terapeuta si troverà a fare in questi casi, dovranno essere molto lontani dalle interpretazioni di transfert: “il terapeuta è consapevole di non essere analista, di mettersi temporaneamente da parte pur restando sempre, in fondo” (p. 18).

Per affrontare la questione psicotica in psicoanalisi Baranès ha utilizzato nel corso della sua pratica i contributi di autori contemporanei di grande levatura. Tra questi, P.C. Racamier, che in tutta la sua opera fa sempre presente quanto la psicoanalisi abbia rappresentato l'approccio più fecondo per la comprensione delle psicosi, mentre le teorie comportamentistiche e transazionali restano comunque “alla superficie dell'essere”; altri importanti nuovi contributi li forniscono Abraham e Torok e P. Aulagnier, i quali propongono, grazie alla loro trentennale esperienza con le patologie gravi, un approccio metapsicologico rinnovato; vi sono infine i noti lavori di H. Faimberg sul tema della trasmissione psichica tra le generazioni.

Questi nuovi apporti ampliano gli orizzonti della clinica e sollecitano la riflessione su diverse problematiche metapsicologiche quali la topica psichica e il suo doppio orientamento intrapsichico e intersoggettivo, il processo di soggettivazione e quindi i confini dell'Io, il rapporto topico, economico e dinamico tra lo e Es, il trauma psichico e le sue varie implicazioni.

Un'ipotesi particolarmente innovativa è quella di “traumatismo originario” riguardante il soggetto anteriormente alla sua costituzione e alla sua individuale esperienza affettiva, considerazione che rimanda ad una dimensione pre-individuale e pre-simbolica della psiche. Non da meno sono i contributi di A. Green centrati sull'importanza della pulsione di morte, come il lavoro sul negativo, tanto presente nell'adolescenza.

Baranès dedica una buona parte del libro alla presentazione dei lavori eseguiti nel Centro diurno Etienne Marcel di Parigi. L'esperienza che egli propone è espressione di un certo tipo di clinica istituzionale dove il riferimento psicoanalitico è fondamentale. Tale esperienza viene sempre accompagnata da un supporto di riflessioni teoriche sul l'approccio metapsicologico dell'adolescente nelle istituzioni, cercando di mantenere un equilibrio tra i due rischi presenti nel lavoro con le patologie gravi in adolescenza: un eccessivo adattamento delle condizioni tecniche del l'attività psicoanalitica, e quindi il limite oltre il quale il terapeuta non pratica più la psicoanalisi ma fa un'altra cosa, e il rischio di una eccessiva applicazione della tecnica ortodossa individuale o di gruppo, in particolare per quel che riguarda il concetto di transfert (interpretazioni di questo tipo non sarebbero inesatte bensì riduttive). Il lavoro psicoanalitico sulle psicosi si colloca tra questi due rischi.

Secondo Baranès, le istituzioni offrono le condizioni e lo spazio necessari perché ciò sia possibile. “Nell’istituzione l’azione è sempre presente, sin dall’inizio, secondo modalità che bisogna mettere al servizio della rappresentazione psichica. Si sa infatti che negli psicotici l’agire ha una funzione potremmo dire inversa a quella svolta nel nevrotico: non rappresenta una forma di ripetizione più o meno mortifera, ma è piuttosto una modalità primitiva di comunicazione, un messaggio al quale, nell’ambiente, dovranno rispondere atti e parole non troppo inadeguati”, vale a dire, (il riferimento è a Green) “atti che si collocano nel campo del simbolico, attraverso il quale ritrovano un legame con la più occulta delle metafore” (pp. 141, 142).

L’esperienza degli operatori, offertaci in questo libro attraverso l’esposizione di interessanti casi clinici, ci mostra l’importanza del passaggio alla teorizzazione dalla complessità della pratica quotidiana, fatta di atti ed empirismo. Vale a dire una pratica psicoterapeutica arricchita dai concetti psicoanalitici. I casi illustrano le condizioni preliminari dell’attività simbolizzante, condizioni queste focalizzate soprattutto sull’ambiente esterno, e quindi sull’istituzione come “cornice” attiva di tutte le esperienze.

Le caratteristiche di ciò che gli autori intendono con il concetto di “cornice istituzionale” sono quelle di una “plasticità” necessaria, quasi una proprietà fisiologica nella quale i tessuti si ricostituiscono dopo essere stati lesi, un tessuto protettivo pronto ad accogliere la grande tolleranza che i pazienti psicotici reclamano. Questa elasticità viene ottenuta attraverso uno specifico lavoro di équipe: “La raffigurazione del fantasma, scrive Anzieu è accessibile solo a coloro che hanno acquisito il sentimento di sicurezza nella loro pelle” (p. 144).

Ogni intervento, di tipo pedagogico, audiovisivo, corporeo o grafico si muoverà in questa direzione di accesso al registro del significato. L’istituzione quindi come “cornice di viti” ha la funzione di rendere tollerabile la realtà. Offrendo agli adolescenti l’occasione di vivere esperienze nuove attraverso le quali poter sperimentare le proprie capacità, essa si offre come uno “schermo antistimolo”, mediatore simbolizzante delle loro energie. Si tratta di trasformare il pulsionale in qualcosa di utilizzabile dalla psiche.

È chiaro quanto gli adolescenti tentino di “legare lo spirito al corpo, l’emozione pulsionale e l’astrazione”; si tratta quindi di “... esplorare con loro le zone sinistrate della loro psiche, di far loro immaginare attraverso la nostra ricerca di significato una possibilità di unità narcisistica garante del loro sentimento di identità” (p. 139).

*Maria Mosca*

## 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.

Se ci sono due o più autori i loro nomi saranno indicati in successione separati da una virgola:

Aliprandi, M.T., Pelanda, E., Semse, T. (1990) *Psicoterapia breve di individuazione*. Feltrinelli, Milano.

Se c'è un curatore:

Genovese, C. (a cura di) (1988) *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Se il lavoro compare in un libro curato da persona diversa dall'autore:

Isaacs, S. (1952) *The Nature and Function of Phantasy*. In: Rivière, J. (Ed.) *Developments in Psycho-Analysis*. Hogarth Press, London.

Se il lavoro è pubblicato in una rivista:

Auteri, M.C. (1994) *La fusione del detto e del mostrato nell'eruzione del processo maniacale*. *Psicoterapia Psicoanalitica*, 1, 1, 82-93.

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 M-d. 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