

L'insediamento della mente nel corpo: un dialogo che continua...

a cura di Asnea,
*Associazione per lo sviluppo
delle scienze neuropsichiatriche
dell'età evolutiva e dell'adolescenza*

Monza, 19 aprile 2015

Immagine di copertina: «The Billy Boys» di Jack Vettriano, 1994

Progetto grafico: Anna Cavalleri

Stampa: Prontostampa, Verdellino Zingonia (Bergamo)

Indice

<i>Prefazione</i> a cura di ASNEA	_____ pag. 05
<i>Sulla costruzione dello spazio potenziale</i> di Max Hernandez e Andreas Giannakoulas	_____ pag. 07
<i>Sulla concentrazione e sugli scopi della psicoanalisi</i> di Mario Bertolini	_____ pag. 33
<i>Essere nel lavoro psicofisico</i> <i>presimbolico e stato precario del sè</i> di M.Bertolini	_____ pag. 71

Prefazione

I tre lavori raccolti in questo piccolo volume sono l'espressione di un dialogo intenso e fitto che ha appassionato e coinvolto gli autori su temi centrali della psicoanalisi attuale – i rapporti psichesoma nello sviluppo, le caratteristiche del processo di insediamento della mente nel corpo, le distorsioni nello sviluppo precoce di questo stesso processo – ma anche come comprendere e come interpretare questi stati per aiutarli a divenire esperienze personali nel processo terapeutico con i nostri pazienti.

Molti di questi temi sono stati oggetto negli ultimi venticinque anni dei seminari che la generosità professionale e personale di Andreas Giannakoulas ha messo a disposizione del progetto di formazione di Asnea per i soci e per gli allievi delle Scuole di Specializzazione.

Vogliamo qui ricordare, sottolineandone il valore prezioso, come il carattere personale della generosità di Andreas si sia espresso anche con il funzionare da tramite e metterci a disposizione – oltre alla profonda conoscenza dei suoi maestri, a cominciare da Donald W. Winnicott, Masud Khan, Marion Milner, Paula Heimann – persone del mondo analitico della sua formazione e i colleghi che hanno partecipato ai tre Congressi internazionali sulla tradizione winnicottiana e che sono stati nostri ospiti e docenti in varie occasioni fino ad oggi. Tra questi Max Hernández ha un posto particolare, tra i primi a tenere seminari presso la Clinica

di Neuropsichiatria Infantile, ma ancor più per la sua qualità di essere un punto di riferimento permanente per il dialogo e lo scambio di idee, nonostante la distanza geografica sia per Andreas Giannakoulas che per Mario Bertolini.

I lavori qui inclusi ci sembra evidenzino la vitalità di questo scambio, riportandoci ad un intreccio di riflessioni sul contesto e gli interrogativi di come uno spazio terapeutico possa far nascere esperienze condivise mutative.

La stanza della terapia e la durata degli incontri divengono il prerequisito per l'holding affettivo che crea l'ambiente per il dialogo degli inconsci: solo così il processo psicoanalitico potrà rendere possibile la continuità tra le prime memorie corporee precoci e le esperienze successive, che diviene continuità dell'essere.

È l'holding dello spazio affettivo a far nascere il transfert come illusione creativa e trasformativa per entrambi, paziente ed analista. Ma come crearlo, come mantenerlo e quale riflessione fare riguardo all'interpretare in modo che il rifornimento adeguato di holding venga chiamato in azione o in essere solo dalle potenzialità del paziente?

Donald Winnicott e Marion Milner lo hanno indicato nel loro idioma mettendo in chiaro il rischio che il paziente "sia trovato prima di poter essere lì per essere trovato".

Forse se dovessimo indicare un tema su cui "il dialogo continua...", questo potrebbe costituire uno spazio potenziale vivo fino al nostro prossimo incontro.

Sulla costruzione dello spazio potenziale

di Max Hernandez e Andreas Giannakoulas

«... Penso che qui tu stia aprendo un nuovo territorio concettuale... So che in questo momento ti sta fermentando nella mente l'idea di di questo 'spazio potenziale', e posso capirne le virtù, ma non penso che essa abbia acquisito ancora una vera struttura concettuale».

M. Khan a D. W. Winnicott
17 febbraio 1970

«... lo stesso concetto assume significati diversi, completamente opposti, a seconda dello sviluppo. Le differenziazioni a cui quel concetto porta, determinano il modificarsi del significato precedente, il prendere un senso contrario a quello che aveva fino a quel punto, conservando qualcosa del senso che l'evoluzione l'ha costretto ad abbandonare. È questo che fa un concetto».

A. Green

Introduzione

In *Gioco e Realtà*, un libro pubblicato postumo, Donald W. Winnicott ipotizza che il gioco creativo e l'esperienza culturale, comprese le sue forme più creative, abbiano luogo nello «*Spazio potenziale* tra il bambino e la madre» (Winnicott, 1971a). Nell'avanzare questa idea, ingannevolmente semplice, e nel chiedere che ne fosse discusso il valore, Winnicott afferma, con molta accuratezza, che la teoria che propone «non intacca quanto siamo giunti a credere relativamente all'eziologia della psiconevrosi o al trattamento di pazienti psiconevrotici; né urta contro la teoria strutturale della mente di Freud in termini di Io, Es e Super-io» (ibid.).

Malgrado questa premessa, gradualmente è diventato evidente che il concetto di spazio potenziale ha un significato epistemologico profondo e problematico. Grazie alla sua posizione vantaggiosa di pediatra e psicoanalista, Winnicott riuscì a dare la dovuta rilevanza concettuale a dati accumulati in una serie di osservazioni condotte nella pratica pediatrica così come nella situazione analitica. La comprensione dello sviluppo infantile e la straordinaria capacità di sintonizzarsi con le esigenze tecniche poste nell'analisi dal paziente cosiddetto difficile (per esempio borderline o psicotico) hanno consentito a Winnicott di trascendere dalla semplice trascrizione delle osservazioni cliniche e giungere ad un discorso metapsicologico. Winnicott si è avventurato in un compito più ambizioso e difficile: il tentativo di cross-fertilizzare una teoria dell'osservazione clinica vicina

all'esperienza e una teoria, altrettanto vicina all'esperienza, ma più concettuale.

Mantenendo come punti di riferimento-chiave l'interesse clinico e il setting analitico, Winnicott ha sviluppato un modo di comunicare suo personale, o quello che Green ha chiamato «Uno sperimentare ricco e vivace piuttosto che uno schematizzare erudito» (Green, 1978). I suoi contributi teorici sono diventati strumenti pratici indispensabili per elaborare e risolvere i problemi che emergono nella situazione clinica. Ma c'è un altro aspetto di grande importanza. In modo artigianale, Winnicott arrivò ad aprire una dimensione concettuale di altissima rilevanza per la psicoanalisi contemporanea.

Quando ripensava ai suoi esordi psicoanalitici - al periodo in cui «nessun altro analista era anche un pediatra» - Winnicott sottolineava quanto era eccitato quando otteneva la conferma delle teorie psicoanalitiche che iniziavano ad acquistare significato grazie alla sua analisi, da «genitori non istruiti, che incontrava in ospedale» (1962b). Nel 1931, pubblicò le *Note cliniche sui disturbi dell'infanzia*, un libro sulla pediatria che conteneva le sue prime riflessioni psicoanalitiche. Poi venne il periodo del lavoro di supervisione con Melanie Klein. E ben noto il riconoscimento personale di Winnicott al significato e all'influenza di questa esperienza sulla sua crescita psicoanalitica. Tutto questo «aveva senso» e gli consentiva di collegare i «particolari dei casi clinici ospedalieri con la teoria psicoanalitica» (ibid.).

Gli scritti di Winnicott, da «La difesa maniacale» (1935) in poi, mostrano il suo impegno a rimanere coerente con il siste-

ma freudiano¹. A questo proposito, è interessante ricordare la recensione scritta da lui e Masud Khan sul libro di Fairbairn, del 1952. I recensori, pur consapevoli delle implicazioni di una revisione radicale della metapsicologia freudiana, focalizzano l'attenzione su tale possibilità.

«Se Fairbairn è nel giusto, allora noi insegniamo Fairbairn e non Freud ai nostri studenti» (D.W. Winnicott e M. Khan, 1953). Più avanti, nella stessa recensione, un commento segnala un aspetto del principale interesse di Winnicott di quel periodo: «Fairbairn non descrive da nessuna parte in che modo il bambino piccolo crea (teoricamente) l'oggetto primario».

Gli anni finali della carriera di Winnicott furono dedicati alla formulazione di un diario costituito da una serie di argomenti concatenati derivati da quella preoccupazione principale. Da questo impegno nacque il concetto di spazio potenziale.

Questa germinazione, tuttavia, genera una domanda: c'è un momento privilegiato nel percorso di Winnicott, in cui nasce il concetto di spazio potenziale? Letto alla luce della sua evoluzione e inserito nel contesto della Società Psicoanalitica Britannica, sembra che due momenti siano significativi per la costruzione di tale momento. Il primo prende forma dal concetto di fenomeni transizionali (1951). Questi si svilupparono attraverso l'idea di una «intimità spaziale» condivisa da madre e

¹ Il cambiamento temporaneo inaugurato dal concetto di spazio potenziale era inteso dovesse essere fondamentalmente coerente con la teoria freudiana. Tuttavia la intaccò. Il cambiamento pose anche in una nuova prospettiva le ricerche condotte da Winnicott sotto l'ispirazione di M. Klein

bambino (Schneider, 1985). Il secondo momento fu abbozzato in «L'uso di un oggetto...» (1969) e anche in «L'uso della parola "Uso"» (1989 [1968f]). Questi contributi sulla costituzione di uno spazio al di là della sfera della soggettività mostrano una dimensione in cui l'oggetto esterno può affermarsi attraverso la sua persistenza. Tra il 1951 e il 1969, avvenne un cambiamento significativo. Tuttavia, la novità del progetto non era ancora totalmente chiara nei dettagli.

Gioco e realtà (1971) mostra l'evoluzione verso il concetto di spazio potenziale. Due articoli inclusi nel libro consentono al lettore di stabilire il punto di svolta. Il primo è il capitolo sull'uso degli oggetti transizionali. Il secondo è il capitolo sull'uso dell'oggetto. Uno schema inizialmente «implicito» diventa esplicito grazie alla spiegazione riflessiva. Lì si può seguire la transizione che «porta alla costruzione di una struttura che - per usare le parole di Piaget - è parzialmente nuova, anche se contenuta virtualmente in quelle strutture che la precedevano» (Piaget, 1974).

Accanto a questa lettura, un'attenta considerazione getta luce su un'elaborazione cruciale. I concetti immanenti nell'aggiunta clinica al primo capitolo prendono forma di pari passo con una consapevolezza crescente del significato di determinate situazioni cliniche (quali il diniego della separazione e il senso di perdita, la negazione della memoria, la nostalgia, l'irrealtà della presenza e la realtà dell'assenza). Tutti questi processi, in cui i tentativi di «trasformare il negativo in una difesa all'ultimo sangue contro la fine di tutto (1971) sono diventati aspetti clinici

pressanti che devono essere affrontati, dal punto di vista tecnico e teorico. Questo aspetto è stato discusso in maniera convincente da André Green nel suo *Il lavoro del negativo* (1993a).

Insieme al riconoscimento del bisogno di un approccio nuovo a «l'intera tematica» delle radici dell'aggressività (p. 109), Winnicott continuò a studiare il significato del contributo ambientale allo sviluppo del bambino. Il suo lavoro clinico con pazienti gravemente disturbati lo sensibilizzò alle conseguenze del fallimento ambientale. Gradualmente, «il rifornimento ambientale» e l'«ambiente facilitante» acquisirono un'importanza crescente nella sua teorizzazione. Insistendo sul ruolo centrale che le facilitazioni ambientali giocano nello sviluppo psichico, Winnicott introdusse «il parametro della realtà esterna nel trattamento» (Decobert, S. 1987 [1984]; p. XII). Quello che era concepito come interno entrava in una relazione dialettica con l'ambiente. Il mondo interno conteneva - come dire - l'ambiente precoce. L'ipotesi proposta nell'articolo sugli oggetti transizionali serviva come una sorta di palcoscenico di prova. L'indagine andò oltre la complessa e problematica interazione tra la creazione soggettiva dell'oggetto e la sua presentazione.. Trattare nel transfert l'assenza di un oggetto o la sua «non realtà... nel suo significato simbolico» (Winnicott 1971a) portò Winnicott a postulare che i tentativi di distruggere l'oggetto, paralleli alla distruzione soggettiva della sua rappresentazione, avevano come condizione necessaria, ai fini della sua persistenza nella realtà oggettiva, la sopravvivenza dell'oggetto ad essa. Dopo l'articolo sull'uso dell'oggetto, Winnicott giunse ad un insight importante. Ora -

trenta anni dopo la pubblicazione di *Gioco e realtà* - si potrebbe affermare nella sua forma più semplice in questo modo: *L'illusione creativa è tanto vitale per l'esistenza soggettiva dell'oggetto presentato quanto l'illusione distruttiva lo è per il suo essere situata fuori della soggettività onnipotente*. Ne consegue l'implicazione che le dialettiche tra due modelli di paradossi, uno sovrapposto all'altro, definiscono i confini dello spazio potenziale. La creazione soggettiva e la distruzione soggettiva sono entrambe necessarie per l'accettazione della soggettività e della realtà.

I fondamenti dello spazio potenziale

Note cliniche sui disturbi dell'infanzia (1931), scritto «dal cuore di un clinico piuttosto che dalla mente di uno studente erudito», evidenzia gli inizi del viaggio di Winnicott «dalla pediatria alla psicoanalisi». Visto retrospettivamente, questo lavoro ha avuto, per la carriera intellettuale di Winnicott, lo stesso ruolo che il *Progetto per una psicologia scientifica* (1895) ha avuto per Freud o *La Psicoanalisi infantile* (1932) per Melanie Klein. Partendo dalla neurologia, Freud si era occupato di definire l'identità della psicoanalisi, Melanie Klein la dette per scontata e l'applicò al proprio lavoro con i bambini, Winnicott procedette alla sua ricerca cercandola nella coppia genitoriale.

Un tema con cui epistemologi, filosofi e teorici psicoanalitici si sono occupati di illustrarci è che le teorie sono basate spesso su

finzioni (metafore) piuttosto che su fondamenta. Freud ha basato la sua teoria esplicitamente su «la finzione di un apparato psichico primitivo» (Freud 1900).

M. Klein ha postulato un Io che introietta oggetti «buoni» e «cattivi» e dei quali il seno materno è il prototipo. Winnicott ha basato la sua teorizzazione sulla finzione implicita «non vi è alcuna cosa come un bambino». · Elaborando le conseguenze derivanti dalla sua finzione fondamentale, Winnicott portò avanti il suo modo paradossale di essere originale. Innanzitutto fondò fermamente il proprio lavoro e le proprie ricerche - influenzate da Melanie Klein - nell'ambito della tradizione freudiana. Le controversie concernenti questi temi, quali i concetti di oggetti interni, natura della fantasia, vita emotiva del bambino, ruolo di proiezione e introiezione e origini del Super-io furono decisive nello sviluppo dell'eredità freudiana così come veniva fatto nella Società Psicoanalitica Britannica (King e Steiner, 1991). In secondo luogo, nell'intergioco tra clinico e teorico, Winnicott fu coerente allo spirito del suo pensiero. Usò la teoria. La teoria sopravvisse. Nel processo acquisì un'impronta soggettiva.

Il concetto di spazio potenziale è stato sviluppato nei suoi aspetti essenziali da concetti abbozzati nel suo lavoro del 1951. I temi che riguardano gli oggetti, lo spazio e i fenomeni transizionali hanno portato Winnicott a postulare il ruolo chiave dell'illusione. Questo lascia aperto il problema dell'onnipotenza soggettiva di cui si occupò con il lavoro sull'uso dell'oggetto. Includendo il suo lavoro del 1951 come primo capitolo di *Gioco e Realtà*, Winnicott non solo riaffermava le sue ipotesi e i punti di partenza

originali ma indicava il bisogno di rivederli in modo critico. L'indagine di Winnicott non partiva dal soggettivo. Consisteva di «Un viaggio da uno stato precedente la differenziazione del soggettivo ad uno stato in cui la soggettività veniva ad esistere» (Loewald, 1988).

Per quanto cercasse di metaforizzare la sua esperienza clinica di tale viaggio nello scrivere, doveva anche procedere verso le sue elaborazioni cognitive. Un testo teorico psicoanalitico - è stato sostenuto - trasmette significato «attraverso *l'invenzione* di un vocabolario clinico e concettuale» e attraverso la costruzione di proposizioni verbali disposte «in un discorso logico e in una struttura letteraria unitaria» (Merendina, 1990). Gli scritti di Winnicott, vicini al clima emotivo dell'esperienza analitica reale, conducono al suo significato simbolico attraverso l'uso di metafore personali. Queste sembrano alludere a prospettive teoriche - sistemi più o meno stabili di idee - influenzate dalla sua predisposizione empatica e controtransferale.

Per esempio, lo spazio potenziale, ha sostenuto con insistenza Winnicott, «non è *all'interno* in nessun uso della parola... né all'esterno, non è una parte del mondo ripudiato, il non-me; ciò che l'individuo ha deciso di riconoscere (con ogni difficoltà ed anche dolore) come veramente esterna, che è esterna al controllo magico» (1971b). Il concetto fu postulato «per dare un posto per giocare» (Winnicott, 1971b) «La fiducia della madre crea un ambiente di gioco intermedio qui, dove origina il concetto di magico, poiché il bambino fa fino ad un certo punto *l'esperienza* dell'onnipotenza... Lo spazio di gioco è uno spazio potenziale tra

la madre e il bambino, o che unisce madre e bambino» (ibid.). Possiamo iniziare a vedere come nelle sue affermazioni teoriche sul gioco, Winnicott mirava ad una definizione più consona con le trasformazioni che aveva impresso alla sua pratica clinica. Tuttavia le definizioni tentate non sembravano comprendere esplicitamente gli effetti del *lavoro del negativo*. Naturalmente, ciò si riferisce a quanto Winnicott riconosceva come la «parte difficile della mia tesi...» (1971c). È come se le conseguenze del secondo paradosso, che spiega la ragione della «reale sopravvivenza degli oggetti investiti che sono contemporaneamente nel processo di essere distrutti in quanto reali, diventando reali in quanto distrutti» (ibid.) non ha trovato la sua strada nella definizione dello spazio potenziale. In altri termini: il cambiamento punteggiato nell'articolo sull'uso di un oggetto non ha sufficientemente modificato la formulazione verbale del concetto di spazio potenziale. Comunque, Winnicott ha qualificato e definito lo spazio a cui stava facendo riferimento usando il termine «potenziale». Come aggettivo, implica potenza (potenzialità) in opposizione all'agire. Quindi, indica che qualcosa può o potrebbe agire o esistere ma non agisce o non esiste ora. Come modo grammaticale esprime possibilità. Winnicott pensava ad uno spazio in cui c'era la potenzialità o la capacità di essere in una certa maniera. La questione del tempo era incorporata nella spazialità dello spazio.

I riferimenti allo spazio potenziale sono pregnanti di potenzialità di significato. Attraverso il collegamento delle parole «potenziale» e «spazio», Winnicott è andato oltre una mera immagine

linguistica. Ha definito un punto focale centrale della trascrizione dinamica delle transizioni iniziali, dalle quali emergono soggetto ed oggetto possono essere contenuti. La formulazione contiene la tensione essenziale propria di un concetto, inteso a tenere insieme un complesso esempio di significati che pervadono e trascendono i confini fenomenologici. E tuttavia deve evitare di oscurare il valore di una semplice *descrizione* delle esperienze implicate. Con la sostituzione di «Spazio» ad «area» e poi «potenziale» a «transizionale», Winnicott definisce un'area concettuale sia in termini delle transizioni che potrebbero aver luogo in esso che dei confini di tali transizioni. Questo processo ha portato a postulare il concetto di spazio potenziale, che includeva e andava oltre il campo concettuale che era in corso di definizione, attraverso i concetti di esitazione, preoccupazione materna primaria, illusione, oggetti e fenomeni transizionali, uso dell'oggetto (1941; 1951, 1956a, 1969a,b).

Winnicott ha così iniziato a sviluppare una struttura complessa di idee, sempre in stretto contatto con l'esperienza. Intuizione, osservazione, inferenza e discussione erano strettamente interrelati. Nel comunicare le sue ricerche usava proprie parole, il suo personale idioma, sempre senza cercare di smantellare l'edificio metapsicologico. Anche nel presentare la sua argomentazione, Winnicott divenne l'esponente teorico della sua posizione clinica.

A questo punto, è necessario un commento sull'uso di Winnicott del linguaggio. Il suo è il linguaggio dell'immediatezza della sensazione e dell'esperienza, radicate in un'asserzione intima

della loro priorità su più astratte qualità di coscienza. È un linguaggio che si fonda sul tentativo di far coincidere le dimensioni simboliche delle parole con il loro corrispettivo materiale in una sorta di replica verbale al suo approccio metodologico. In questo senso, nello scrivere sulle difficoltà che i lavori di Winnicott pongono per il traduttore, Pontalis evidenzia che queste vanno oltre la traduzione formale dei significati, in quanto hanno a che fare con quello che «Va senza dire (all'autore), quello che lui considera ovvio come qualcosa di radicato sia nel linguaggio materno che nel campo del suo pensiero» (Pontalis, 1972).

Analogamente Ogden ha commentato che nella scrittura di Winnicott, il significato viene dalla tessitura di forma e contenuto. Le metafore e i paradossi con cui Winnicott presenta le sue idee si esprimono in «una combinazione particolare di chiarezza e opacità». Quindi, è difficile «trovare parole proprie per discutere l'insieme estremamente complesso di idee che Winnicott gestisce per condensarle nel suo linguaggio ingannevolmente semplice e altamente evocativo e metaforico» (Ogden, 1985). Da questo discende, da una parte, il popolare fascino dei suoi concetti che, afferma Ogden, li ha anche isolati da ulteriori indagini, modificazioni ed estensioni sistematiche» (ibid.). D'altro canto, e forse inevitabilmente, i modi di Winnicott di concettualizzare i suoi insight hanno subito numerose modificazioni, quando si discutevano i diversi «spazi significativi» (Sandler, 1983) forniti da diverse strutture psicoanalitiche istituzionali.

Ancora oggi, le tematiche discusse da Winnicott sono fra le più

avanzate nel pensiero psicoanalitico. Ciononostante, alcune ambiguità epistemologiche inevitabili riguardano quello che può essere pensato come la sua «non chiarezza teorica». Per esempio, in un panel tenutosi all'Associazione Psicoanalitica Americana, i concetti di Winnicott vennero definiti «metaforici», «enigmatici», «elusivi», «di natura davvero “transizionale”» e i suoi scritti come consistenti di «slogan e aforismi irresistibili» che sottolineano «Verbi, movimenti e “transizioni”». I partecipanti al panel hanno sostenuto che molti dei concetti di Winnicott sono situati «ai confini sfocati tra fantasia interna ed esterna e realtà» (Ross, 1993, p. 230). D'altro canto, l'uso di Winnicott di sostantivi verbali, gerundi e infiniti è stato considerato un modo per riprodurre la riconciliazione paradossale e mobile tra cambiamento e permanenza, proprio dell'esperienza psichica (Casas, 1995; Khan, 1974; Phillips, 1988).

Recentemente l'Editore dell'*International Journal of Psychoanalysis* ha insistito sul bisogno di un «modo di imparare dall'esperienza psicoanalitica ispirato psicoanaliticamente» (Tuckett, 1995). In questo senso, e con il suo modo idiosincratico, Winnicott ha creato uno stile per il quale la sua strategia di comunicazione poteva riflettere la sua metodologia di indagine psicoanalitica. In *Gioco e realtà*, infatti, possiamo vedere che la chiarificazione e comunicazione dei problemi che emergono dall'esperienza clinica vengono messi in relazione con uno sforzo molto richiesto di teorizzazione. Eventi e processi, osservazione e teoria, dimostrazioni ed inferenze appaiono in una nuova prospettiva.

Le origini dello spazio potenziale

L'esplorazione delle fasi precoci dello sviluppo insieme alla registrazione di complessità più sottili dei movimenti trasferenziali nell'analisi di pazienti schizoidi e narcisisti, ha fornito il materiale grezzo per i contributi di Winnicott alla teoria e alla pratica psicoanalitica. Ricco, come era, di difficoltà e ambiguità, questo duplice compito gli ha consentito una vaga idea dell'emergenza di dinamiche costitutive del mondo interno così come viene percepito nella prospettiva intersoggettiva.

La separazione cartesiana tra soggetto e oggetto ha gravato fortemente sulla teoria e sulla tecnica psicoanalitica. La metapsicologia freudiana, basata sulla finzione di un apparato psichico primitivo tendente alla scarica, potrebbe avere a che fare con questo. Tuttavia vi è un altro modello nella teorizzazione di Freud in accordo con il quale «Una mente è intrinsecamente interpersonale nella sua stessa struttura» (Cavell, 1988, p. 860). Le idee di Winnicott sui fenomeni transizionali e sull'uso dell'oggetto erano concepite ad un punto di convergenza e divergenza di questi due modelli. Quindi, il concetto di spazio potenziale compare tra i domini dell'intrapsichico e dell'intersoggettivo.

Nel tentativo di tracciare le origini dello spazio potenziale, si deve partire da uno stato primario verso la differenziazione tra i due domini, intrapsichico e intersoggettivo. L'unità madre-bambino, infatti, forma, secondo Winnicott, una sorta di campo psichico omogeneo (Ogden, 1985). Lo spazio potenziale corrisponde al momento logico ed ipotetico in cui avviene la

transizione da un'unità fatta di preoccupazione materna primaria-narcisismo primario alla sua differenziazione. Nella concezione winnicottiana, questo momento richiede, grazie alla facilitazione materna, la capacità di crescita del bambino, che gli consente di entrare in una dialettica di unità e separatezza. In termini più classici, richiede la costruzione di rappresentazioni oggettuali attraverso l'alternanza della presenza e dell'assenza della madre rispetto al bambino.

Una volta affermata, la linearità dell'argomento sembra mancare del sottostante intergioco, il pro e il contro di questa prospettiva duale. Tenendo conto che all'inizio vi era il campo in cui l'emergenza di soggetto ed oggetto possono aver luogo e tenendo in mente la natura paradossale, processuale e relazionale del pensiero di Winnicott diventa possibile considerare alcuni aspetti del contributo della madre alla costruzione dello spazio potenziale.

In un lavoro scritto subito dopo la controversia FreudKlein, Winnicott (1945) sottolineò ciò a cui M. Klein più tardi farà riferimento come «l'importanza dell'ambiente di holding materno per la fruizione delle funzioni e dei processi dell'Io nella psiche del bambino» (Khan, 1974). Molti anni dopo, focalizzando l'attenzione su «la funzione della madre *nelle fasi precoci*» dello sviluppo del bambino, Winnicott ha descritto uno stato di «sensitività intensa», una «malattia normale», che permette l'adattamento materno ai bisogni infantili all'inizio della sua vita: la preoccupazione materna primaria². E in questo ambien-

² Un modo particolarmente affascinante per rappresentare questo concetto ci è fornito dall'espressione assorta della Madonna del Parto di Piero della Francesca (Gaddini, 1995).

te fornito dalla madre che «la costituzione del bambino» inizia a rendersi evidente» (Winnicott, 1956).

Questa condizione psicologica permea tutti gli aspetti della cura materna. Per ciò che concerne il tema di questo lavoro, è il caso di fare riferimento in modo dettagliato a quell'aspetto particolare denotato dal termine *holding*.

Winnicott ha chiarito che l'*holding* implica il rifornimento ambientale totale «precedente al concetto di *vivere con*». *Holding*, quindi, «Si riferisce alla relazione tridimensionale o spaziale con il tempo che si aggiunge gradualmente» (1965). La funzione progressivamente si sposta verso l'*handling* e l'*object-presenting*.

La capacità della madre di riconoscere e consentire i «gesti donativi» impliciti nel gesto spontaneo del bambino facilitano non solo l'espressione del suo potenziale creativo, ma anche lo sviluppo della sua capacità di preoccuparsi (Winnicott 1948, 1954, 1958, 1963a). Inoltre, in certe condizioni di *mothering* (*maternage*) - ad esempio la capacità di sopravvivere della madre e sua accettazione della potenza del bambino - il bambino sarà in grado di sperimentare «Un vero senso di colpa, in quanto il senso di colpa istillato non è vero per il sé» (Winnicott, 1954-55). In altri termini, la madre ha un ruolo chiave nel facilitare in uno sviluppo normale la disposizione del bambino ad acquisire la capacità di preoccuparsi.

Ora, spostiamo la nostra attenzione sullo sviluppo graduale della capacità del bambino di conferire potenzialità allo spazio. Il punto di partenza naturale è il «momento» in cui i proces-

si maturativi svincolano - ovvero affrancano - i vari apparati di Io ed Es nello stesso periodo in cui i nuclei dell'Io e le rappresentazioni del Sé si riuniscono in una sorta di sé soggettivo. Ciò avviene quando il bambino diventa «Una persona con una membrana limitante, con un interno ed un esterno» (Winnicott, 1954-55). A questo punto, attraverso «l'esperienza dell'holding materno» il bambino acquisisce un ambiente interno. Solo dopo che l'ambiente di holding viene internalizzato, i gesti spontanei e il potenziale del bambino per lo sviluppo del senso di colpa acquistano un significato soggettivo.

I contributi della madre e del bambino si incontrano nell'area transizionale. Più esattamente, è solo in questo spazio che i contributi della madre e del bambino sono distinguibili. Ciò avviene perché è solo attraverso le cure materne e il gioco tra la madre e il bambino che emerge la sua esperienza di unione e separazione. Dalla prospettiva del bambino, i fenomeni transizionali spaziano dall'autoerotismo alle relazioni oggettuali. «Nel narcisismo primario - scrive Winnicott - l'ambiente tiene l'individuo e *contemporaneamente* l'individuo non conosce ambiente ed è un tutt'uno con esso» (Winnicott, 1954). L'accento è posto sulla dipendenza assoluta del bambino piuttosto che sulla sua impotenza.

Dunque, per Winnicott, la reale natura dei bisogni infantili deve essere riconsiderata «nella cornice della relazione dell'Io». Infatti, i bisogni corporei del bambino diventano gradualmente bisogni dell'Io, attraverso l'elaborazione immaginativa dell'esperienza fisica, facilitata dalla preoccupazione materna

primaria. All'interno della consistenza delle cure materne, la soddisfazione istintuale e l'arricchimento del sé diventano possibili. Le sottigliezze del rapporto tra madre e bambino nello spazio tra di loro costituiscono il mezzo con cui si realizza la potenzialità del sé. Per stabilire questa articolazione teorica e definire la «Sostanza» del legame psicologico che si sviluppa a partire dall'«intimità spaziale» di madre e bambino (Winnicott, 1951), Winnicott, in accordo con Marion Milner (1952), imprime un senso particolare al termine «illusione». Prendendo le distanze dal «razionalismo illuministico» di Freud, Winnicott gli dà «una nuova connotazione e lo eleva al livello di concetto fondamentale nella teoria e pratica psicoanalitica» (Kluzer Uselli, 1992). Come ha evidenziato Ogden (1985), Winnicott fa riferimento a due fenomeni abbastanza dissimili. Nel primo caso, allude a «l'illusione dell'oggetto soggettivo». Qui madre e bambino condividono uno spazio intermedio in cui la responsività empatica della madre «protegge il bambino dalla consapevolezza prematura di sé e dell'altro». Questa illusione fornisce al bambino un ritiro protettivo senza isolarlo. Il secondo uso del termine *illusione* si riferisce a ciò che «Occupa lo spazio potenziale»: l'esperienza di unità e separatezza «coesiste in una opposizione dialettica» (Ogden, 1985).

In questo contesto, Winnicott distingue nel bambino tra stati eccitati e non. I periodi di eccitazione hanno a che fare o con la soddisfazione degli istinti o con il loro evitamento, ma anche con il mantenerli vivi, in attesa di una loro eventuale soddisfazione. I periodi di non eccitazione si hanno quando madre e

bambino sono in unione quieta o durante attività non collegate con pressioni istintuali. E, come afferma Winnicott, sebbene l'holding coincida con le esperienze istintuali infantili che nel tempo determineranno le relazioni oggettuali, esso emerge comunque prima di esse. Il periodo dell'esitazione partecipa di qualità eccitate e non, precisamente per questo costituisce «la matrice dell'emergenza dell'area dell'illusione» (M. Khan, 1974). L'insight principale di Winnicott ha a che fare allora con il definire: «non tanto un oggetto quanto uno spazio che si presta alla creazione degli oggetti» (Green, 1978).

E vero, in ogni caso, che il significato psicoanalitico del termine *oggetto* e i suoi diversi usi rimangono da chiarire. In questo particolare esempio, si ha a che fare con la creazione di una struttura esperienziale interna collegata a qualcosa che sta diventando esterno al soggetto. Non vi è contraddizione insolubile nell'affermare la coesistenza contemporanea del narcisismo primario e della relazione precoce con gli oggetti. Ciò non significa che l'oggetto non esista. Tuttavia, da una parte, l'altro non si è ancora costituito (Lacan). Dall'altra, anche se l'oggetto esiste prima di essere perduto allora è «la sua reale perdita... ciò che determina la sua esistenza in quanto tale» (Green, 1978). Questo sembra implicito nell'asserzione di Winnicott «non è l'oggetto, naturalmente, ad essere transizionale» (Winnicott, 1971a).

La transizione che rende possibile la relazione oggettuale è portata avanti dalla funzione della madre di presentare l'oggetto. Ella tiene il bambino con quell'aspetto di se stessa che rimane non identificato con lui. Così facendo, la madre manifesta la sua

presenza in modo non intrusivo. Quindi, la madre in quanto oggetto non deve essere negata dal bambino. Vi è poi il periodo in cui la separatezza comincia a diventare consapevole. Questo è stato il luogo in cui Winnicott ha posto lo spazio potenziale (Winnicott, 1951; Ogden, 1985; Kluzer Usuelli, 1992; Milner, 1952, 1971, Freud S., SE XXI).

Da allora in poi è possibile - sia dal punto di vista del bambino che per esigenze teoriche - trovare e definire la realtà interna ed esterna. Per Winnicott, il movimento dalla dipendenza assoluta all'indipendenza relativa rende possibile lo stabilirsi di questa definizione. L'ultimo problema che restava era quello relativo a come l'oggetto si colloca oltre i confini della soggettività. L'aggressività del bambino legata alla spinta vitale è ciò che «crea nell'infante il bisogno dell'oggetto esterno, non semplicemente di un oggetto soddisfacente» (Winnicott, in Phillips, 1988).

Verso una definizione dello spazio potenziale

Fino ad ora l'enfasi è stata posta sul delineare alcuni aspetti del lavoro teorico di Winnicott. I suoi concetti, lo ricordiamo, si svilupparono «mentre era occupato nel lavoro clinico». La richiesta dei pazienti, in particolare di coloro che chiedevano aiuto relativamente alle loro «relazioni predepressive primarie con gli oggetti» non gli fece sottostimare la natura conflittuale della mente umana. Il setting psicoanalitico forniva il crogiolo in cui

la teoria veniva testata. La teoria che formulò «a suo uso» era lì per essere distrutta allo scopo di scoprire se poteva sopravvivere. Tra la sua teoria e il suo lavoro clinico e tra tecnica e terapia restava uno spazio per consentire la privatezza dell'incontro. La preoccupazione di Winnicott per i vuoti di tempo, spazi tra, fasi di non senso, momenti di esitazione, luoghi di sub-emergenza ed emergenza che trovarono espressione nel suo concetto di spazio potenziale, situato tra creatività e capacità di preoccuparsi (Milner, 1977). La sua definizione di spazio richiedeva di mettere insieme alcuni concetti di base e alcune differenziazioni chiaramente specifiche. Partendo dal concetto di oggetto transizionale, concepito in una prospettiva evolutiva, attraverso una dialettica che rispettava il valore del paradosso e il potenziale implicito nel suo essere tollerato e accettato, si trovò anche ad essere sottomesso al *lavoro del negativo* (Green, 1993a). Quindi, il concetto di spazio potenziale rendeva possibile confrontare nel setting psicoanalitico l'assenza di un oggetto con la sua irrealtà «nel suo significato simbolico» (Winnicott, 1971a)³. Ciò che Winnicott ha reintrodotto in questo modo è qualcosa di simile allo *Zwischenreich* - il regno intermedio - della formulazione

³ Nell'atmosfera della Società Britannica, le ricerche di Melanie Klein, così come i punti di vista di Fairbairn sulla struttura psichica, hanno aperto una serie straordinaria di prospettive. Ma questo ha avuto una conseguenza indesiderata: l'oggetto ha gettato la sua ombra sulla teoria e sulla tecnica psicoanalitica. In alcuni ambiti, la teoria delle relazioni oggettuali diventa il paradigma dominante, se non esclusivo. Vi è poco spazio per il regno intermedio e lo *Zeitgeist* (spirito del tempo) contribuisce a mettere da parte il valore degli aspetti privati e silenti dell'esperienza psichica. Proponendo il concetto di uno spazio potenziale, era possibile restituire l'importanza del regno intermedio e rivalutare l'intimità del sé.

freudiana⁴. Abbiamo iniziato questa parte del nostro lavoro dicendo che la teoria deve sopravvivere all'impatto con la situazione clinica. Una breve illustrazione clinica ci permetterà di discutere il valore di queste idee nel setting psicoanalitico.

Dopo il terzo anno di analisi, un uomo sulla quarantina iniziò a parlare in modo significativo del padre. Un giorno - mentre era steso sul lettino - prese dal taschino vicino al cuore una fotografia di lui bambino nelle braccia della madre, proteso verso il padre e l'offrì all'analista. Quest'ultimo, mentre la teneva - dato che aveva deciso di tenerla per il resto della seduta e restituirgliela alla fine - gli disse che si rendeva conto che il paziente gli affidava qualcosa di importante, qualcosa che aveva a che fare con il cuore, ed anche qualcosa che era rimasto sospeso dentro di lui. Il paziente sembrò commosso. Per l'analista fu possibile collegare alla fotografia sia due sogni precedenti sia i sentimenti del paziente verso di lui. Fu verbalizzato il bisogno del paziente di essere aiutato e tenuto dall'analista come padre per separarsi dalla madre.

È necessario sottolineare che vi era stato un momento di esitazione da parte dell'analista prima di decidere di tenere la foto, che corrispondeva all'esitazione del paziente nel dargliela. Il senso della distanza veniva così registrato. Il paziente dava l'impressione di essere ingaggiato sulla linea di confine fra fusione,

⁴ L'importanza dello Zwischenreich - il regno intermedio - nelle formulazioni iniziali di Freud è stato chiarito da Masciangelo (1990). Vedere anche il contributo di Mario Bertolini in questo volume in cui l'autore richiama l'attenzione sui riferimenti di Freud sul campo intermedio dell'esperienza.

ovvero l'identificazione primaria con l'oggetto primario - la madre - e il perdersi in esso, e la separatezza, ossia il suo bisogno di staccarsi dall'oggetto primario grazie all'intervento dell'analista. Il momento di esitazione forniva lo spazio in cui la transizione poteva avvenire. Il fatto di aver lavorato nuovamente su due sogni precedenti in tale connessione indica che l'episodio della fotografia non solo avviava la riscoperta di una memoria congelata, ma era anche il punto di avvio di una trasformazione profonda. Mentre l'analista teneva la foto del paziente nell'attualità della situazione, l'esperienza originale trovava vita nuova e presente. Nelle vicissitudini del transfert e controtransfert venivano espressi sentimenti aggressivi connessi con il suo amore per l'analista.

Discutendo i concetti di Melanie Klein su come il terrore dell'oggetto originario, così come la paura della sua perdita, conducono il bambino a cercare un sostituto, Marion Milner ha affermato che per lei il termine «oggetto primario» si riferisce ad una fusione tra Sé ed oggetto (Milner, 1952). In questo senso, si potrebbe dire che, al contrario di quanto egli stesso ha sostenuto, Winnicott ha fatto riferimento anche al primo oggetto di una relazione oggettuale. Il terrore dell'oggetto sentito dal paziente di essere fuso con se stesso, così come la paura di perderlo, erano ambedue contenuti mediante l'holding dei suoi aspetti infantili, così come permessi dall'apertura di una possibilità di muoversi verso il padre.

Mentre questa parte della seduta ha a che fare con il ruolo giocato dall'holding genitoriale nel permettere i processi che por-

tano alla fruizione del sé, la fine inevitabile della seduta segnala i limiti della cornice spazio-temporale in cui si trova l'illusione creativa e la pone al di là del controllo soggettivo del paziente. Abbiamo qui un esempio di come le dialettiche tra due set di paradossi, uno sovrainposto all'altro, definiscono i confini dello spazio potenziale. L'esperienza di essere tenuto ha creato l'illusione di essere unito con l'analista e di mantenere la negazione della separatezza. La fine della seduta creava le condizioni per la distruzione soggettiva dell'oggetto. In questo senso vogliamo riproporre: l'illusione creativa è tanto vitale per l'esistenza soggettiva dell'oggetto presente, quanto l'illusione distruttiva lo è per il suo essere posto fuori dalla soggettività onnipotente. Finché il bambino ha bisogno di un oggetto esterno proprio in quanto esterno e non solo di un oggetto di soddisfazione che possa essere semplicemente soggettivo, il paziente necessita dell'analista al di là del raggio della sua soggettività⁵.

Il frammento che abbiamo presentato potrebbe anche richiamare all'esplorazione del tema complicato e controverso delle radici del simbolismo nel tempo e la sua relazione con lo spazio potenziale. Dal punto di vista di Winnicott, quando il simbolismo è implicato, «il bambino sta già distinguendo chiaramente tra fantasia e fatto, tra oggetti interni e oggetti esterni, tra cre-

⁵ È cruciale sottolineare qui la differenza tra relazione oggettuale e uso dell'oggetto. Questo contributo di Winnicott (1971c) è, secondo la nostra opinione, tanto significativo quanto lo è il lavoro di Freud sulla negazione degli anni venti (1925). Da un lato, contiene le basi metapsicologiche per un esame attento degli stadi della costituzione e dello sviluppo dell'oggetto. Dall'altro, il concetto di Winnicott dell'uso di un oggetto è essenziale per il clinico (Casement, 1985).

attività primaria e percezione». Vi è un uso del termine oggetto transizionale che dà luogo al processo che permette di accettare differenza e similarità. In altre parole, si tratta di un termine che fa riferimento alle radici del simbolismo nel tempo; un termine che può descrivere il passaggio del bambino dalla pura soggettività all'oggettività e anche verso lo sperimentare (1971a)».

La fotografia, in questo caso, sembrava avere una sorta di qualità concreta. Era come se rappresentasse l'esperienza congelata. Quindi il paziente non era in grado di fare un uso simbolico di essa né, di conseguenza, della coppia genitoriale. Era un oggetto meramente soggettivo e quindi non in grado di essere usato. Il periodo dell'esitazione portava a e sosteneva questa possibilità: l'esperienza concreta iniziava a spostarsi verso uno stato incerto e fluido.

Come ha evidenziato Marion Milner, l'idea di spazio potenziale ha una qualche connotazione visiva. Questo, naturalmente, provoca tutta una serie di interrogativi sulle funzioni delle immagini e sul loro ruolo nella strutturazione del sé. Lo spazio potenziale dà luogo alla ridefinizione delle configurazioni non verbali di sistemi uditivi, cinestesici, tattili ed olfattivi in cui le singole parti potrebbero anche entrare in conflitto tra di loro. Mentre si deve essere consapevoli della possibilità di esagerare la fenomenologia della metafora spaziale vi sono elementi che sfidano lo «Status della psicoanalisi in quanto scienza e disciplina professionale» come ha sostenuto Sutherland (1979) più di venti anni fa. Per quanto riguarda la situazione clinica, le implicazioni emerse dal concetto di spazio potenziale devono

ancora essere elaborate. Resnik (Resnik et al., 1996) scrive che è essenziale per il nostro lavoro l'andirivieni tra l'intrapsichico e il soggettivo. Per Green, il porre in relazione le due polarità intrapsichica e intersoggettiva è «ciò che costituirà l'essenza del *lavoro del negativo*». Si potrebbe dire che lo spazio potenziale definisca un campo in cui avvengono i processi emergenti sia del sé che dell'oggetto e in cui hanno luogo le transizioni tra intrapsichico e intersoggettivo.

La psicoanalisi è una forma sofisticata di esperienza culturale. Esplora le radici e le vicissitudini del simbolismo ed anche i suoi limiti. Sebbene non abbiamo una definizione univoca dello spazio potenziale, è chiaro che esso ha significato uno sviluppo teorico di grande portata. Conduce le idee contenute nel lavoro sull'oggetto transizionale in una dimensione diversa. Il «<nuovo terreno concettuale» stava lì per prendere il posto dello spazio transizionale. Non sorprende che proprio Winnicott stesse esitando davanti a questa idea. Lo spazio potenziale non significa che realtà interne ed esterne siano confuse o collassate l'una sull'altra, al contrario, il concetto permette di problematizzare le tematiche riferite alle polarità che spesso sono state confuse o concepite in termini di un'opposizione radicale. Nel 1997 è stato commemorato il centenario di un altro grande pensatore psicoanalitico. Bion ha svolto una parte importante del suo lavoro per aiutare la nostra capacità di imparare dall'esperienza. Donald Winnicott ci ha fornito la possibilità - per dirlo con una bella frase di Marion Milner - di imparare a vivere l'esperienza in pieno.

Sulla concentrazione e sugli scopi della psicoanalisi

di Mario Bertolini

Per M.Milner la concentrazione nel proprio corpo fa parte delle possibilità terapeutiche di un analista.

In un lavoro del 1960 scrive: «La concentrazione nel corpo si riferisce ad uno stato in cui la diretta consapevolezza propriocettiva del corpo-sé passa dallo sfondo preconsciouso al primo piano della coscienza. Questa concentrazione, nonostante possa apparire una distrazione rispetto al paziente sembra facilitare il paziente a far emergere il suo materiale».

La possibilità che l'analista entri nei pensieri e nelle circostanze della vita dei pazienti sentendoli paragonabili a sé è dunque uno snodo centrale della sua teoria della cura e degli scopi della psicoanalisi.

Ella formula questi concetti e la loro concatenazione precisa con spontaneità semplice, risultato di un lavoro creativo del tutto speciale che ella ha fatto su di sé, sui suoi pazienti, e insieme con i suoi pazienti.

Prima del suo contributo la reciprocità fra analista e paziente non faceva parte degli scopi della psicoanalisi, né di una teoria della cura. Il lavoro "sul paziente" prevaleva rispetto a quello

“insieme al paziente “ e il controtransfert era effettivamente soprattutto temuto come un inconveniente, anche in riferimento al primo approccio che Freud ebbe con questo assetto psichico dell’analista al lavoro.

Molti grandi autori Winnicott per primo, che era in stretto contatto di amicizia e di lavoro con lei, Khan, Ogden, Green e molti altri hanno sviluppato questo ed altri aspetti del pensiero di M. Milner.

Ella vi era arrivata lentamente, a partire dalla analisi e riflessione su esperienze di sé in campi che con la psicoanalisi non avevano rapporti diretti, e che sono stati la difficoltà a disegnare, la difficoltà a tenere un diario. Ella cioè si è profondamente impegnata a scoprire in che cosa consistesse e come si potesse descrivere l’autoesperienza. Questa sua speciale caratteristica creativa ha forse impedito che i suoi lavori fossero fin dall’inizio usati da pubblico analitico vasto

Dopo Freud è l’unica autrice, a mia conoscenza, che ci abbia lasciato la sua autoanalisi in due opere che sono “ A life of one’s own” che in Italiano potrebbe essere “Una vita in proprio” e “On not being able to paint”, “Sul non essere capaci di disegnare”. Il resoconto della sua analisi con una paziente schizofrenica, Susan, è eccezionale per la precisione e per il rigore teorico.

Costruirsi, con l’aiuto dei grandi autori e dei colleghi, e con l’aiuto dei pazienti una teoria della cura rappresenta una prerogativa specifica della psicoanalisi, infatti in nessuna altra area della medicina potrebbe essere tollerato che il medico costruisca una teoria della cura insieme con colui che delle cure deve

beneficiare. Nella medicina scientifica moderna la teoria della cura deve esistere prima del paziente.

Freud, che in tutti i suoi lavori aveva a che fare con il curare, ha soprattutto dedicato molta energia a insegnare a non utilizzare lo zelo terapeutico invece che la psicoanalisi. Egli intendeva sottolineare una possibile difesa che avrebbe avuto effetti paralizzanti: che l'analista, forte delle sue conoscenze teoriche sull'esistenza dell'inconscio e sul ruolo della sessualità nelle nevrosi arrivasse a considerare il paziente un piccolo bambino da educare alla salute. Nulla di tutto questo sarebbe stato in qualche modo utile non solo al paziente ma anche all'analista.

Per quanto riguarda una formulazione della teoria della cura egli a un certo punto pensava: "mettere Io dove c'era Es".

Fuori dallo zelo poteva esserci una attitudine maieutica una attitudine estrattiva che ha caratterizzato la psicoanalisi nell'era che Balint chiama la psicoanalisi fisiologica.

Quando gli psicoanalisti hanno iniziato a cercare di prendere in cura pazienti psicotici essi si sono trovati ad affrontare problemi differenti posti dal transfert delirante e dal lavoro del controtransfert: fra gli scopi della psicoanalisi entravano necessariamente aspetti dinamici topici ed energetici interni alla coppia analitica oltre a quelli dinamici, topici ed energetici del paziente come individuo.

R. Sterba ha portato un contributo assai originale da questo punto di vista. In "Il destino dell'io nella terapia psicoanalitica" Sterba (1934) scrive che l'io deve andare incontro a una dissociazione fra una parte che è capace di percepire gli istinti dell'id

e di sentire i rimproveri del Super-io e una parte dell'io che contempla lo stesso io come un oggetto della propria consapevolezza. E' questa parte che va incontro al destino di dissociarsi dall'altra: è vicina all'io dell'analista e lavora in opposizione con l'altra parte dell'io che nel transfert è influenzata e occupata dall'inconscio.

Sterba non si occupa del destino dell'io dell'analista, un compito che cercheranno di affrontare gli analisti del Gruppo Indipendente della psicoanalisi britannica.

Nel 1960 Sylvia Payne presentò un articolo sul tema "Che cosa ci aspettiamo da un trattamento psicoanalitico" e M., Milner nel commentarlo scrive. Ciò che ci aspettiamo è un ampliamento della coscienza: "il consolidamento delle capacità di introspezionedetermina anche un cambiamento qualitativo sia in chi osserva sia in chi è osservato ...fino a riconoscere nella conoscenza di se stesso l'esistenza di una lacuna ... un pezzetto di nulla ...un vuoto interiore...che viene poi riempito da un'altra coscienza, da un'altra persona".

A proposito dell'incontro della mente col corpo, la Payne e la Milner pensano che la facoltà di osservazione interiore sviluppa anche la capacità di un'esperienza interiore e aumenta la capacità di attenzione alle propriocezioni del corpo sé.

Winnicott (1971) ritiene che l'obiettivo centrale del processo analitico sia di espandere la capacità dell'analista e dell'analizzando di creare un luogo in cui vivere, in un'area dell'esperienza che sta tra la fantasia e la realtà.

Ogden (1993) proseguendo in questa stessa strada scrive che la

psicoanalisi può essere descritta come un processo psicologico-interpersonale inteso ad ampliare le capacità dell'analizzando e dell'analista ad essere vivo come essere umano. Lo snodo fondamentale di questo processo sta nell'osservazione interiore, nella esperienza interiore sia dell'analizzando che dell'analista, ognuno nella propria privatezza: l'uso di questo materiale da parte dell'uno e dell'altro favorisce l'emergenza di una esperienza comune che è il luogo in cui si può sviluppare il processo della cura.

Nelle mie esperienze con bambini ma anche in osservazioni a scopo diagnostico o per interesse personale sono stato attratto dalla facilità spontanea con la quale una tale esperienza intersoggettiva si sviluppa fra bambino e genitore.

Osservando un bambino abbastanza sano crescere vicino a un genitore che lo sostenga si vede emergere la spontaneità naturale con la quale avviene la crescita, e la spontaneità naturale con cui il genitore la può sostenere. Per uno psicoanalista questo aiuta a riflettere dove possano emergere facilitazioni verso la spontaneità sia difese contro di essa.

Winnicott in una lettera citata da Rodman nell'introduzione alle "Lettere" scriveva: "se coltivasse narcisi, egli tenderebbe a credere che è lui che fa nascere i narcisi, invece di pensare che, mediante cure adeguate, egli permette al loro bulbo di crescere e di diventare così un narciso".

Nel veder giocare il bambino e il genitore si può comprendere che le cure adeguate emergono spontaneamente dalla totale immersione nel fluire dell'esperienza corporea.

Penso che questo possa essere un esempio della concentrazione. Ogni bambino che cresca abbastanza bene, intorno ai tre, quattro anni chiede ai genitori una serie di “perché impossibili”. Ogni perché è formulato in un linguaggio simile a quello di uno scienziato che si pone le domande in una forma che risente poco o niente dei suoi desideri e dei suoi dubbi e che invece è molto vicina a una curiosità su qualcosa di esterno e di oggettivo. Dopo poco tempo diventa invece chiaro che il piccolo cerca di prendere confidenza con la sua sorprendente percezione che, per esempio, le stelle non cadano nelle sue mani e che anzi che le stelle continuino a non cadere mentre lui continua a immaginare che potrebbero farlo da un momento all’altro.

Il bambino fa salti come per prendere le stelle e una volta a terra salta di nuovo. Il genitore si trova anche lui ad allungare la mano o per indicare una stella o per prendere la mano del bambino o per farsi prendere la mano da lui in una specie di viaggio o di percorso di andata e di ritorno da sé al bambino.

I due funzionano come coppia simbolica, non necessariamente sono attenti al concetto di accoppiamento, semplicemente la percepiscono nella forma delle trasfigurazioni dell’esperienza motoria, visiva e uditiva che vanno facendo.

Quello che è in gioco sta fra unione e separazione e in questo senso va nella direzione che Freud ci ha dato con il gioco del rocchetto. Scrive Freud: “ Il piacere che il gioco comporta..... potrebbe essere ricondotto a una pulsione di appropriazioneall’inizio il bambino era stato passivo, aveva subito l’esperienza, ora invece ripetendo l’esperienza che pure era stata

spiacevole, il bambino assume una parte attiva”. Il bambino si appropria cioè del genitore.

La psicoanalisi contemporanea si interessa anche del genitore. La mia ipotesi è che, dalla parte del genitore ci sia un'esperienza reciproca: il piacere che il gioco comportapotrebbe essere ricondotto a una pulsione di essere appropriatoall'inizio era stato attivo, aveva cioè imposto al bambino l'esperienza di andarsene, ora invece ripetendo l'esperienza che pure era stata spiacevole, il genitore assume una parte passiva”.

Freud ci dà anche secondo me, secondo me, che cosa sia l'economicità del gioco quando scrive: “il flusso degli eventi psichici è stimolato da una tensione spiacevole (vedere il genitore che se ne va) e ...prende una direzione tale che il suo risultato finale sia un abbassamento di questa tensione”.

La dinamica di questo accoppiarsi, percepire e trasfigurare, sta nell'illusione del bambino condivisa dal genitore che allungare la mano sia utile per prendere il genitore e farsi prendere da lui o da lei, per prendere e non prendere le stelle. Ognuno di questi gesti cerca di ritrovare nella realtà esterna qualcosa di ciò che sta nella realtà interna (Freud 1925), arriva alla dialettica fra realtà e fantasia e alla funzione dell'immaginazione.

L'interesse è verso una esperienza di sé e dell'altro: le sensazioni visive delle stelle e della distanza sono solo un punto di partenza mentre i due che giocano vanno dalle sensazioni iniziali alla immaginazione e percezione della loro coesistenza per reciprocità nel gioco. Tale coesistenza, una realtà psicologica mescolata nelle sue trasfigurazioni motorie, visive e in generale corporee,

deve essere intesa come psicofisica e la concentrazione su di essa da parte dell'uno facilita l'immaginazione dell'altro.

Mentre il gioco si dipana non è importante niente altro che il gioco stesso, che non si interrompe nemmeno se le stelle verso le quali si salta sono imprevedibili.

Viene da porsi alcune domande, anche se le risposte saranno solo in parte chiare:

- Non è possibile attribuire al gioco un oggetto che funzioni come la meta funziona per l'istinto meta di una scarica istintuale: Freud stesso pensa che il gioco sia al di là del principio di piacere.
- La ragione, che per sua natura tende a non disinvestire mai gli oggetti della sua attenzione e persegue l'ordinamento lineare e logico di ciò che è presente, va incontro ad un tramonto o ad una sospensione. Non c'è un tramonto della coscienza, ma della attenzione ordinatrice che fa parte della coscienza e che, come Freud scriveva nei saggi metapsicologici del 1915 tende normalmente ad opporsi alle propaggini preconsce.
- L'oggetto del gioco non è dunque l'ordinamento e la categorizzazione della realtà: non va alla ricerca della ragione. Piuttosto l'oggetto del gioco è esperienze immaginative e percezioni. Si tratta di percezioni, per loro natura, ipotetiche e assenti: l'esperienza immaginativa è una interrogazione: se esiste e può essere ritrovata nella realtà la fusione fra genitore e bambino, un tempo vissuta, poi rimossa.

- Quando il gioco funziona il bambino è portato a concludere che ciò che esiste nella sua realtà interna è ritrovabile all'esterno nella forma di una illusione condivisa col genitore: che l'oggetto primario della fusione rimossa è ritrovabile nell'oggetto secondario del genitore che gioca.

C'è una importante analogia, insieme a importanti differenze, fra gioco e lavoro analitico:

- l'analista si chiede, usando il proprio controtransfert (Heimann 1960), che cosa direbbe il paziente se potesse esprimere dall'interno ciò che sente e, nel caso, quale parte del paziente starebbe parlando a quale parte dell'analista.
- nello stesso momento il paziente, in modo del tutto inconscio poiché il transfert è un fenomeno inconscio, non fa che chiedersi se e come l'analista potrebbe accettare che lui ri-viva aspetti di sé proprio mettendoli dentro l'analista. Se gli riesce di ri-creare attivamente ciò che un tempo trovava come già esistente al di fuori della sua creazione, potrebbe sentirsi non più così sperduto come prima di iniziare l'analisi.
- Quando paziente e analista cominciano a poter giocare, l'analista continua a chiedersi se il paziente accetta l'esistenza della ri-creazione solo intellettualmente, anche emotivamente, e a quali condizioni.

Proporrei di sintetizzare le similarità e le differenze fra la concezione e l'uso del gioco del rochetto e della negazione in Freud e in Winnicott immaginando in questo modo similarità e diffe-

renze fra i due bambini.

Il bambino di Freud può dire: “Non prendo le stelle solo allungando la mano!”

Oppure: “La mia onnipotenza primaria, per la quale se allungavo la mano sentivo che la mia mano non cadeva nel vuoto perché continuava nel corpo della mamma, non regge più!”

Questo bambino, attraverso la negazione dà un giudizio e, in questo senso, Freud scrive, la negazione consiste in una accettazione intellettuale del rimosso non già in una accettazione emotiva.

A mio parere il bambino di M. Milner e di Winnicott può dire “Insieme con te sento nel mio mondo interiore una inoppugnabile verità: siamo uniti e identici. Ti guardo e mi accorgo che nel mondo esteriore siamo differenti e separati. Non posso sentire che siamo separati senza immaginare che siamo uniti, ma anche non posso immaginare che siamo uniti senza immaginare che siamo separati”.

Il bambino che gioca usa la negazione, Green direbbe il lavoro del negativo, non solo come difesa contro il rimosso, ma anche come ricerca del rimosso nell'immaginazione e nell'illusione condivisa. Il preconcio si trova a ad andare a testare coesistenza e similarità dell'uno con l'altro e se l'esperienza dell'uno può essere sostenuta dall'esperienza dell'altro.

Tuttavia mentre il testare ha per riferimento un giudizio e una cognizione, il valore del test o del giudizio viene da un tastare fatto con la percezione propriocettiva del corpo-sé ed esterolettiva del corpo dell'altro - da sé.

La coscienza, che appunto va incontro ad un temporaneo tramonto mentre si fa penetrare dalle propaggini del preconcio, sa che fra genitore e bambino esistono soprattutto le differenze

E' interessante che i due insieme alla percezione usino anche il linguaggio verbale tanto che ci si può chiedere che relazione abbiano le parole, le stesse della denominazione e della spiegabilità, con le percezioni che vanno invece all'esperienza.

Le parole nel gioco sono una negazione di ciò che, come esperienza è stato fino ad allora rimosso e dimenticato e che nel momento del gioco può "penetrare nella coscienza a condizione di lasciarsi negare". (Freud 1925).

Nella mia esperienza con bambini piccoli e con malati gravi ciò che, prima rimosso, nel gioco cerca di ritornare alla coscienza è una percezione realmente avuta e poi scomparsa. Questa percezione o grande gruppo di percezioni riguarda il fatto che non esisteva movimento né sensazione insieme alle emozioni che lo accompagnavano, che non fosse reciproco a un movimento e sensazione dell'altro.

Il gioco dunque ricerca la possibilità che i gesti dell'uno di prendere le stelle siano reciproci a quelli dell'altro. Effettivamente non esiste gesto dell'uno senza il gesto reciproco dell'altro. La reciprocità psicofisica che si viene a creare diventa modo di esistere e, come scrive la Milner nel suo lavoro ormai classico sul "Ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo" (1960), è un bisogno fondamentale di uno schema, di una coerenza interna per scoprire l'identità nella diversità.

Come clinici ci troviamo spesso di fronte alle distorsioni nello

sviluppo determinate dalla carenza della reciprocità nel gioco e della condivisione delle esperienze immaginative. Per ragioni varie ,può diventare impossibile a un bambino o ad una coppia genitoriale di prestare concentrazione alle propriocezioni del corpo-sé. I quadri clinici possono essere molto diversi per gravità. In questo senso è centrale il contributo che la psicoanalisi può dare alla psichiatria psicodinamica verso una precisa psicopatologia e verso possibilità terapeutiche, anche se, purtroppo, queste cose non vengono insegnate nelle scuole di psichiatria e di psicologia. Se viene a mancare lo sviluppo potenziale verso l'area transizionale dell'esperienza, la realtà esterna e quella interna tendono a essere reciprocamente sostituibili, o scambiabili e la possibilità di essere sostenuti nel ricercare fuori qualcosa di ciò che sta dentro diventa assai remota, se non impossibile e insensata.

I quadri sindromici sono vari e vanno dall'autismo alla psicosi, allo sviluppo borderline, alla perversione, alla alienazione asintomatica.

Nel gioco la coerenza interna è fra lo psichosoma dell'uno e dell'altro: il soma porta un contributo altrettanto fondamentale di quello che porta la psiche, un transito o trasporto o trasferimento di qualcosa di immateriale dallo psichosoma di uno a quello dell'altro diventa consistente, anche se non concreto né esternalizzato.

Nel caso dell'esperienza psicoanalitica questo transito costituisce il transfert, un "fenomeno" psichico, che proviene dal gesto psicofisico e ricerca un possesso non-me.

Può svilupparsi quando aspetti dello psichesoma del paziente sono effettivamente tenuti dall'analista dentro il suo corpo-sé, non solamente dentro la mente, non solamente dentro nel corpo. In questo senso il transfert non potrebbe essere utilizzato in mancanza di una cornice o di una struttura adatta al sostegno (Winnicott) o al contenimento (Bion).

Winnicott (1953) ha definito quali sono le caratteristiche del primo possesso non-me, riferendosi particolarmente all'oggetto transizionale. Qualcosa di molto simile tende ad avvenire in un rapporto abbastanza buono tra due persone in analisi. Winnicott scrive. "Io mi preoccupo non del primo oggetto dei rapporti oggettuali, ma del primo oggetto posseduto, e dell'area intermedia tra ciò che è soggettivo e ciò che è oggettivo".

Il gesto psicofisico che può dar luogo allo sviluppo del transfert sostenuto sta disperso negli innumerevoli episodi di cui si costituisce l'ora analitica e negli innumerevoli oggetti dello stanza analitica a cui il paziente si dedica, primo fra tutti questi oggetti il suo analista. Consiste nel mettere sia dentro che addosso all'analista aspetti particolari e speciali della propria soggettività. Di tutti questi episodi non tutti diventano "esperienza" analitica. Per questo è necessario che l'analista possa dare un luogo e un tempo sufficienti. Li accoglie come episodi che vengono dall'altro ma possono diventare per lui significativi ed evocativi di qualche aspetto di sé. A questo punto diventano esperienze sia per l'analista e che per il paziente e perdono la caratteristica di episodi.

In questo senso M.Milner, Winnicott e Bion hanno precisato

qualcosa di molto significativo rispetto al monumentale lavoro che la Heimann ha iniziato sul controtransfert che non rimane più una specie di strada indicata dal transfert, per arrivare al paziente. Questo può essere facilitato non solo dalla ricezione affettivo-emotiva ma dalla reciprocità dei movimenti nello psichiche soma dell'analista.

Qualcosa diventa psichico quando prende caratteristiche che nel suo aspetto storico o fisico non aveva.

Clinicamente e teoricamente è interessante sia il perdere che il prendere. Da una parte ci riporta al perdere e al prendere il rocchetto della nipotina di Freud ,dall'altra a me sembra che il punto focale possa essere nella sorpresa che il paziente e l'analista incontrano quando percepiscono una forma degli episodi. Tornerò poi su questo punto.

In questo passaggio il paziente sente l'analista come il suo "possesso non-me" dell'analista e può diventare reale.

Anche l'esperienza del controtransfert ha la caratteristica psicofisica del gesto.C'è una importante componente sensoriale e motoria per la quale l'analista può sentirsi appesantito o alleggerito dal gesto psicofisico del paziente , si sente calmo o affrettato, alla ricerca affannosa o abbastanza rilassata di dare un significato non solo al transfert del paziente, ma anche al suo controtransfert. Eppure tutto questo basta a scoprire gli aspetti ,se non fenomenologici, soprattutto cognitivi e di giudizio del controtransfert Per poterlo utilizzare verso il possesso non-me da parte del paziente è necessario un lavoro suppletivo dell'analista. Talvolta è la meraviglia che la attenzione proprio-

cettiva alla corporeità fa emergere nell'analista aspetti di sé non voluti, non previsti, spontanei. L'analista riconosce che i fenomeni psicofisici che lui sente sono fatti nascere in lui dall'altro. Diventano gesti e non solo cognizioni se e quando egli sente nel suo psichosoma la alterità dell'altro. Li può elaborare in una esperienza di sé che lo porta vicino al proprio preconcio e inconscio.

Può diventare necessario distinguere fra identificazione proiettiva e comunicazione reciproca del gesto psicosomatico.

Generalmente la proiezione da parte del paziente nell'analista di ciò che è stato introiettato viene per prima. Questa comporta una occupazione reale dello spazio psichico e dello psichosoma dell'analista.

Se l'analista "occupato" non riesce percepisce la fretta e la spinta a liberarsi di tale non voluta occupazione, egli ha molti mezzi per "dare interpretazioni". Spostando all'intelletto il problema del sentirsi occupato è possibile espellere nel momento l'occupazione fatta dal paziente ripetendo proiettivamente la stessa occupazione. Diventano possibili interpretazioni "diligenti" e l'analista può rassicurarsi che lui pilota, organizza e ordina il processo analitico del paziente quasi come se il paziente fosse superfluo.

Occorre riferirsi, a mio parere, a diversi stati emotivi, e corazze caratteriali dell'analista.

La Heimann, dopo aver riflettuto che, forse a causa della attenzione agli stati primari, la psicoanalisi contemporanea forse trascura l'attenzione all'analisi, scrive (1961) che "rispetto

alla analità l'oggetto è superfluo e gli interventi o meglio le intrusioni vengono sentiti come attacchi..... le fantasie nelle sensazioni anali vanno considerate intrinsecamente prive della nozione di oggetto”.

Se l'analista può permettersi di sentire il peso dell'occupazione oppure può lasciarsi occupare, le cose vanno incontro a trasformazioni. Il paziente è di fronte ad una smentita del suo narcisismo per il quale è da sempre sicuro che i bisogni anali non siano adatti a cementare o ad instaurare il rapporto oggettuale. Se l'analista può lasciarsi occupare e sopportare la fretta e la spinta a liberarsi di tale occupazione che la attenzione al suo corpo gli fa sentire in termini psicofisici (anali), il paziente può essere sostenuto a disilludersi che l'occupare proiettivamente la madre e l'analista sia sufficiente per farglieli sparire dalla vista, per il semplice motivo che nella sua analisi questo tende a non accadere.

Questo era peraltro quanto avrebbe voluto l'organizzazione nevrotica e, più spesso psicotica della sua analità: appoggiandosi sul fatto che la collocazione anatomica della zona anale, dorsale, distale e nascosta si trova fisicamente al di fuori dal contatto con la madre, avrebbe giurato di poter per sempre creare nell'analità zone di segreto e di isolamento.

Certo la disillusione può lentamente farsi strada attraverso la circostanza che l'analista non faccia a sua volta un evitamento in termini fobici, della propria tendenza o spinta o fretta espulsiva. ma che tenga dentro di sé gli avvertimenti psicofisici della propria analità.

Quando l'analista possa elaborare insieme a quella del paziente la propria convinzione anale sulle capacità segrete piuttosto che condivise della psicoanalisi, il paziente può arrivare al primo possesso non me del suo analista. Egli potrebbe iniziare a sentire che il suo segreto e il suo isolamento anale, dove sia sostenuto dall'analista, tende a trasformarsi in rapporto condiviso.

Parallelamente anche la tendenza dell'analista a proiettare nel paziente la propria fretta va incontro a delle trasformazioni. La più significativa di esse può a mio avviso essere che l'analista sopporti aspetti non voluti di sé, per esempio aspetti di natura sadistica quali sarebbero quelli della proiezione identificativa nel paziente del suo bisogno di controllo. Anche per lui in questi casi il paziente è il suo possesso non me.

L'utilizzo del controtransfert sostiene l'analista fra rassicurazione e sicurezza di sé personale e professionale.

In definitiva dare tempo e spazio o luogo alla proiezione identificativa, basandosi sulla elaborazione del gesto psicofisico trasforma gli effetti della identificazione proiettiva da mantenimento dello status quo in comunicazione e gioco.

Andree Green nel lavoro intitolato "posizione fobica centrale" descrive la difesa di pazienti borderline che, appunto per una posizione fobica, evitano un vero rapporto con l'analista "Non posso ascoltarti ho merda nelle orecchie" dice un paziente. Penso che la posizione fobica centrale, che Green acutamente individua, non esprima anche un grande impegno nella via della analità.

Materiale clinico

Il paziente a cui mi riferisco non poteva fare uso dell'immaginazione. Nel transfert aveva bisogno che io accogliessi le sue convinzioni e mi avvertiva che queste non avrebbero dovuto suscitare in me sentimenti né di solidarietà, né di critica.

Queste convinzioni costituivano un oggetto ideale perfetto e contemporaneamente "reificavano" gli affetti.

Ha 28 anni ed è al suo terzo anno di analisi.

Ha dovuto richiedere una analisi per gravi disturbi della serie ossessiva. I suoi disturbi erano una difesa organizzata per idealizzare e nell'usare ciò che idealizzava come una forza che doveva rimanere inaccessibile e in cui si rifugiava.

È figlio di allevatori molto benestanti, ma il paziente non sente la ricchezza della sua famiglia come un aiuto per se stesso, piuttosto idealizza i genitori che usano la loro ricchezza per accumularne altra ancora.

Il suo desiderio è di raggiungere la perfezione che ha introiettato dai genitori: ricerca così una perfezione che consista nell'aggiungere sempre, mai nel togliere.

Nonostante sia un uomo molto intelligente non era mai riuscito ad usare il suo intelletto a favore di se stesso, e aveva avuto vari insuccessi scolastici. Aveva relazione da tra anni con una ragazza e pensava che il loro amore fosse perfetto. Nello stesso tempo sentiva che se avessero mai messo al mondo dei figli essi sarebbero stati cerebrolesi gravissimi, per colpa sua, una colpa che non sapeva da dove gli venisse, ma che sentiva di avere

dentro di lui, come una maledizione. Mi aveva fatto intendere che i figli sarebbero stati cerebrolesi poiché fare un figlio sarebbe stato per lui sia togliere qualcosa da se stesso in particolare dalla sua completezza idealizzata e perfetta sia togliere ai suoi figli cervello.

Poteva fare regali costosi alla ragazza, calcolando che il suo conto in banca potesse sempre rimanere perfetto, cioè di una cifra cospicua e “tonda “ che finisse cioè sempre in milioni, non in centinaia di lire. Quando vedeva uno smeraldo nelle sue mani e pensava a quanto gli era costato si sentiva che avrebbe leso la sua ragazza con la spada della sua ricchezza se glielo avesse portato personalmente e usava portarlo a casa di lei mentre lei dormiva, facendoglielo portare da sua madre come se il regalo venisse non da lui. Ad altri livelli non poteva immaginare di donare alla ragazza, o a me nel transfert, qualcosa di sé.

Nel controtransfert sentivo, attraverso varie associazioni sul danaro che portava a me, che si sentiva leso lui ogni volta che doveva tirare fuori qualcosa dalle sue tasche e era portato a pensare che io lo tenevo in analisi perché volevo impossessarmi della sua ricchezza.

Riceveva la ragazza a casa sua, faceva all'amore con grande difficoltà, e arrivava finalmente il momento in cui lei se ne ritornava. Di lì per altre ore, tante quante era stato con la ragazza poteva starsene da solo alla televisione guardando filmetti pornografici, in cui poteva fantasticare movimenti, accoppiamenti, lesioni corporali e ferite assurde.

Doveva recuperare o aggiungersi nella fantasia ciò che aveva

provvisoriamente dovuto togliersi.

Le ferite o gli scempi dei corpi se confrontate in termini realistici con i movimenti necessari a “fare sesso” come lui diceva sarebbero state incompatibili. Erano invece compatibili con la sua fantasia di perfezione: ogni scempio era in effetti sempre utile per masturbazioni coatte che gli venivano sempre bene, diversamente dai deboli e faticosi amplessi con la ragazza reale. Un altro pensiero che lo occupava stabilmente era se la ragazza fosse bella o brutta: il termine di paragone erano le misure fisiche delle ragazze dei film e la chiarezza della differenza andava sempre a sostenere la perfezione delle sue capacità di ordinare e categorizzare i dati della realtà esterna.

Nel controtransfert sentivo la sua determinazione a zittirmi: durante le sedute poteva non smettere di parlare e mi rendeva morto perché zittito. Mi faceva sentire una spinta a ribellarmi: non era facile per me sopportare il suo bisogno di controllarmi con la sua analità ritentiva.

Pensavo al lavoro di Paula Heimann (1961) “Poiché la sequenza anale di bisogno, sollievo e piacere procede senza l'aiuto o la partecipazione della madre, le fantasie coinvolte nelle sensazioni anali vanno considerate intrinsecamente prive della nozione di oggetto”.

Alla fine del primo anno d'analisi, facendomi sentire che non riusciva più a rimanere privo della nozione dell'oggetto, ha cominciato ad immaginare: nell'hic et nunc dello scenario analitico poteva giocare da solo alla presenza della madre.

Dopo le sedute si sentiva pieno, come dopo un pasto abbondan-

te e anzi con la pancia piena come pronto per avere un defecazione abbondante cosa che faceva dopo le sedute.

L'angoscia del distacco si presentava come il rischio di espellermi alla fine della seduta come materiale fecale ma che cosa sarebbe stato di lui se avesse potuto defecarmi fuori di sé e vedermi come esterno a lui? Immaginava anche che io fossi un sostegno per lui sia fisico che psichico. Immaginava che io, come colonna fecale dentro nella sua pancia, fossi una struttura di irrobustimento, una specie di cemento e che questo stava fra il sentire che io ero un sostegno per lui nella realtà e il fantasticare che si sostenesse da solo, grazie a quello che era contenuto nel corpo.

Scrive Rycroft(1971)"...Di ulteriore aiuto nel reintrodurre la distinzione fra fantasia e realtà nel quadro di una teoria che non considera più tale distinzione assoluta, sarebbe l'uso del termine immaginazione, per indicare il processo di elaborazione, organizzazione e configurazione di immagini asservito al processo secondario, riservando il termine di fantasia all'uso di immagini da parte del processo primario".

Winnicott scrive, a proposito dell'immaginazione "Un segno di salute mentale è la capacità di un individuo di entrare con l'immaginazione esattamente nei pensieri, nei sentimenti, nelle speranze e nelle paure di un altro e di permettere all'altra persona di fare lo stesso con lui. Quando siamo faccia a faccia con un uomo, una donna o un bambino nella nostra particolarità siamo ridotti a due esseri umani di status uguale".

In questo senso mi pareva di pensare che l'inizio di una capacità di immaginare segnasse per il paziente la possibilità di uscire

dal mondo della psicosi.

Talvolta mi trovavo di fronte al suo senso di essere tradito da me nel suo bisogno delirante di sentire me non solo unito con lui, ma addirittura della stessa sostanza fecale. Questo accadeva puntualmente se cercavo di andare incontro al suo senso di correre grave pericolo alla fine delle sedute.

Gli fu possibile fare un paragone fra questo stato di sentirsi perfettamente riempito di me durante le sedute e un analogo stato in cui egli ricordava di aver bisogno di rifugiarsi intorno ai due anni all'inizio, nei suoi ricordi, dei disturbi ossessivi.

C'era un corridoio abbastanza lungo nella sua casa da bambino e alla fine c'era la cucina dove mamma rimaneva sempre a cucire a piedi nudi e con le gambe incrociate, una posizione che il piccolo erotizzava fortemente. Giocava a fare tre passi verso la cucina e tre passi indietro, verso la sua stanza che chiamava stanzina. Ritornava là sentendo un gran bisogno di fare la cacca e di svuotare tutto quello che si era accumulato nella pancia. Faceva poi vari movimenti per facilitare e impedire allo stesso tempo l'espulsione della colonna fecale.

Attraverso varie modalità, che comprendevano l'uso di elastici e di altri oggetti che avevano un valore feticistico, e consolatorio egli praticava da sempre una masturbazione anale coatta.

Questi accorgimenti ovviamente erano ancora attuali: la consolazione consisteva nell'immaginare che se defecava dopo o durante la masturbazione anale non perdeva qualcosa di sé, anzi era lui che lo determinava e il perdere le feci diventava un aggiungere furbizia a se stesso.

Nel controtransfert percepivo che le mie interpretazioni non portavano alcun reale vantaggio, nel settore che a me sarebbe sembrato necessario: quello della uscita dalla analità ritentiva come difesa. Nonostante questo lui viveva abbastanza bene.

I rituali ossessivi anzi diminuivano se poteva svilupparli nel transfert sotto la forma dei transfert deliranti che io fossi della stessa sostanza delle sue feci all'interno di un transfert materno anale. Dico materno perché si trattava di un sostegno.

Il paradosso era che, fuori da questo nessuna cosa lo disturbava: la sua ragazza e lui continuavano a frequentarsi, i suoi genitori continuavano una floridissima attività di allevatori, sua sorella ventenne si sviluppava abbastanza bene e liberamente.

Dovevo ammettere che mentre la sua analisi era secondo me in stallo, la sua vita procedeva abbastanza bene. C'erano aree in cui lui poteva fare esperienze molto più libere e diverse da quelle della sua analisi contrarie alla sua psicoanalisi. Pensavo anche che dovevano esserci aree in cui lui faceva esperienze di cui temeva che io sarei stato critico apertamente o nascostamente.

Questi miei sentimenti e disagi controtransferali mi sembravano il preannuncio di un transfert paterno, che tuttavia non mi risultava di incontrare.

La insistenza con cui lottava contro le mie sigarette e che io avevo sempre preso per una proiezione su di me dei suoi desideri di perfezione mi apparve invece nel controtransfert sotto una nuova luce. Mi sorpresi a pensare che se io fossi morto per questo lui si sarebbe trovato molto a disagio nel piangere per il mio lutto e mi resi conto che forse nel transfert lui metteva sen-

timenti non già figliali ma paterni. Forse stava semplicemente cercando di salvarmi da una malattia grave. Mi sembrava anche di tossire più durante le sedute con lui che con altri pazienti, come se nel corpo sentissi che di non aver difficoltà a presentarmi a lui in pericolo di qualche malattia perché lui mi salvasse. Mi trovai così a concludere che., per la mia parte, io stavo colludendo con la sua fantasia di potersi sentire un genitore preoccupato per me e che forse il transfert paterno esisteva ma ero io a non volerlo vedere in azione.

Gli dissi che non ero sicuro di rendermi conto solo adesso che lui, come un padre, cercava di convincermi a non morire. Non avrei voluto stupirmi che lui si mettesse a piangere, avevo aspettato questo momento inutilmente ma, quando accadeva quasi non riuscivo a crederci.

Effettivamente non pensai con certezza che stava piangendo e mi dicevo che per questo avrei dovuto vederlo. Al contrario, nel controtransfert mi trovavo a fare i conti con la mia capacità di immaginare non solo il paziente ma anche il mio rapporto emotivo-affettivo con lui.

Nella seduta successiva mi raccontò che il fine settimana aveva iniziato un digiuno e che contemporaneamente faceva dieci chilometri di corsa veloce, poi un altro pezzo di strada saltellando. Tornato a casa si nascondeva in cucina e beveva una tazza di brodo in cui aveva cotto pelli di patate. Si sentiva benissimo e pensava che finalmente anche il suo corpo sarebbe stato perfetto se si fosse guardato allo specchio. Nel controtransfert provavo qualcosa come un imbarazzata fretta di potergli arrivare a

spiegare o a imporre le differenze fra noi: se non ci fossi riuscito avrebbe potuto accadere quel che in effetti il mio paziente mi faceva temere: per poter salvare me doveva diventare perfetto nel corpo cioè non essere più vivo.

Mi rendevo anche ben conto che la cucina era la stessa in cui lui, molto piccolo non poteva entrare per le proibizioni di un Super-io severo contro l'eroticizzazione della madre.

Gli dissi che mi sentivo preoccupato: sarebbe stato grave per tutti e due se non fossimo riusciti ad ammettere che eravamo la stessa cosa ma anche che eravamo due corpi differenti. Avrebbe dovuto diventare magro lui per me e poi ci sarebbe stata un grande delusione nell'accorgersi che io rimanevo grasso.

Si arrabbiò moltissimo e bestemmiò tirando un pugno contro il muro del lettino. Potei dirgli che si scandalizzava e picchiava pugni sul muro che Dio, suo padre e, nel transfert paterno lì ed ora, il suo stesso analista, si permettessero di dirgli che la realtà dei nostri due corpi esisteva insieme alle fantasie che fossimo un tutt'uno.

Decise di sposarsi e nei mesi che precedettero il matrimonio ebbe angosce ipocondriache gravi

Sentiva un dolore al braccio sinistro, temeva di avere un tumore all'intestino, aveva il senso di perdere la vista, si faceva spesso ricoverare nei pronti soccorsi degli ospedali. Finito il ricovero stava meglio e veniva alla seduta raccontandomi che certo lui si stava per sposare ma non sapeva se ce l'avrebbe fatta: sentiva che avrebbe dovuto prima o poi morire e che quel prima o poi diventavano adesso. Mentre parlava di aspetti medici io ero

ancora preso da una terribile fretta a cui tuttavia stavo imparando a far fronte. Avrei fortemente voluto spiegargli qualcosa che non sapevo o, se mi pareva di saperlo, mi pareva eccessivamente puerile da parte mia e dunque impossibile da credere veramente. Quel che sentivo e che mi pareva incredibile era che avesse l'esigenza di preoccuparmi e di angosciarmi se io avessi perso lui, come se ancora si sentisse un genitore che voleva avere conferma dell'amore del figlio parlandogli dei suoi funerali e della sua morte. Contemporaneamente lo sentivo così ostile e tetragono da non temere di fare cose terribilmente stupide e ridicole come dedicarsi alla fisiopatologia dei dolori da angor cardiaco.

Intorno agli undici anni egli ebbe un intervento chirurgico molto cruento e altrettanto inutile alla colonna vertebrale, durante il quale fu lasciato da solo in un ospedale vicino a Genova, molto lontano da casa.

Quando fui in grado di arrendermi al mio imbarazzo e alle mie sensazioni di fretta di spiegargli mi venne subito il ricordo dell'episodio del suo ricovero. L'avevo sempre saputo ma solo ora sentivo che il mio paziente lo stava ri-creando in seduta e, dal punto che fisicamente non aveva più quei dolori doveva vedere che cosa sarebbe successo se ne avesse avuti di diversi, ma simili anche se inventati da lui.

Quando potei dirglielo, non fece alcuna resistenza a ricordare quel ricovero lontano dalla sua famiglia e anzi disse che solo allora capiva che le sedute e la stanza analitica erano la famiglia dove lui non aveva mai potuto stare male né essere matto di do-

lore. Gli attacchi non si ripresentarono più se non nella forma che tornato dal viaggio di nozze, sempre assediato dal problema dell'impotenza e che la moglie fosse brutta, si trovò invece a sentire che le cose erano cambiate e che aveva invece attacchi di benessere che tuttavia, una volta che erano finiti, lo preoccupavano come gli attacchi ipocondriaci o gli attacchi di perfezione. Si trattava di questo:

In modo inaspettato la sua vita cambiava. Prima tutto era scandito con l'orologio e adesso non più: fra la mattina quando si alza e la sera quando si addormenta gli pare che non ci sia un lasso di tempo, o che il tempo non esista.

Per farmi un esempio racconta che un amico ha una malattia grave, lui è andato in chiesa a pregare che dio lo salvasse, e l'amico poi non è morto. Il paziente ha sentito che il merito era delle sue preghiere. Lui aveva pregato una settimana fa, l'amico era guarito dopo una settimana e lui ha sentito quel che ha sentito come se non fosse passata una settimana, ma come se tutto fosse successo in un momento magari lungo ma unico.

Nello stesso modo quando si spoglia la sera sente che, come se fosse mattina, si spoglia dei vestiti che gli ha preparato la moglie, come se il tempo non fosse passato.

Mentre mi chiedo se, secondo lui abbiamo appena iniziato la seduta. lui stesso mi dice che forse noi abbiamo appena iniziato l'analisi, perché lui stesso mi dice: vede la seduta è iniziata da mezz'ora, se guardo l'orologio, ma se sento quel che sto sentendo è anche iniziata ora.

Immaginavo che il paziente potesse prepararsi a difendersi e

a sentirmi troppo lontano se avessi interpretato la mancanza del tempo come paura della differenza fra lui e la moglie, fra lui e l'amico malato. Sentivo in realtà che mi faceva una specie di fretta, come se fosse sicuro che non avrei dato ascolto a lui, ma alle mie idee su uno sviluppo normale. Forse avrebbe avuto bisogno che gli rendessi testimonianza che potevo attendere da lui e da me qualcosa che in quel momento non c'era e che mi lasciava perplesso.

Gli dissi che lui sentiva che quando c'è accordo e uno lascia il tempo all'altro, il tempo sembra non esserci. Era più evidente il tempo della separazione che quello della unione, per esempio poteva essere più chiaro il tempo dopo la fine della seduta, alle 21,15 che quello delle 21'00.

Pensa che mentre lui ha sempre saputo che il segno meno in aritmetica è più importante del segno più occorre dire che fra noi due o con sua moglie il segno più importante è il segno della moltiplicazione che in italiano si chiama per. Vuol dire uno per l'altro uguale a uno. Mentre rimango a pensare che quasi mi sento sconvolto dalla rapidità di una osservazione così precisa racconta che lui sa di aver passato anni convinto che lui voleva aggiungersi me oppure Raffaella.

Ricordo allora il racconto dei suoi primi rituali tre passi avanti e te passi indietro, i primi per aggiungersi e i secondi per togliersi la mamma?

E forse il rituale conteneva un granello di verità non accessibile né a lui né alla mamma e che gli diventavano possibili solo ora: vivere uno per l'altro?

Mentre si avvicina la fine della seduta lui stesso dice che forse lui aveva sempre capito che le cose stessero così, nel segno del per, ma pensava di essere pazzo.

Ricorda a questo proposito che quando andava alle partite della sua squadra aveva preso l'abitudine di urlare qualcosa mettendosi le mani in modo tale che all'orecchio arrivasse un suono del suo urlo molto più forte, come se fosse moltiplicato.

Mi sono trovato a pensare che in quella seduta ero riuscito a stare concentrato su quello che io sentivo venire dal mio corpo come una gran fretta o come una spinta in termini anali di dargli interpretazioni contro ciò che lui mi faceva percepire nel corpo a proposito di una mancanza di chiarezza. Penso anche che si trattasse del fatto che sentivo sia pure non in termini logici anch'io lo stesso bisogno di unione che sentiva lui nel transfert. I sentimenti che lui metteva in me erano analoghi a quelli che metteva in Raffaella, e analoghi a quelli che cercava di mettere nella mamma da piccolo.

Il paziente ha anche iniziato a ingrassare. Al di là di questo egli nel transfert sente di pesare, nella forma che se si muove troppo sul lettino si chiede se si potrà mai rompere, mentre lui sente di sprofondare sul lettino o di buttarsi sul lettino. Può comprendere se immagino che si stia chiedendo se e fino a che punto potrà pesare su di me, o fino a che punto io lo possa reggere nonostante il suo peso.

Prima di essermi concentrato sul mio corpo e in particolare sulla fretta di mostrargli la realtà delle differenze penso di avergli dato varie interpretazioni sui rapporti fra analità, onnipot-

tenza psichica e irreltà ma lui per molto tempo non ha potuto che ascoltarle. Certamente potevo aver avuto anch'io paura di impazzire se avessi sentito che ero, in quanto la sua colonna colonna fecale, parte essenziale del suo corpo. Le cose sono cambiate quando ho potuto accettare di fare parte di una unità fondamentale assolutamente necessaria, che non aveva potuto sperimentare a sufficienza con la madre, e che aveva assoluto bisogno di sperimentare nel transfert, sotto forma di delirio, cioè in una forma psicologicamente vera e in realtà falsa. (M.Little 1986). In questi casi sul la concentrazione sul corpo -sé dell'analista è l'unico idioma comune possibile.

Commento

1) La concentrazione di cui parla M.Milner può essere lo stato psichico di un analista che si ritrovi ad essersi abbandonato alla sorpresa di stare in contatto e di condividere alcune delle modalità della vita psichica del paziente, quelle che egli gli comunica nell'hic et nunc del transfert e del controtransfert. L'abbandonarsi gli consente di non chiedergli la ragione dei suoi pensieri e di non chiederne la ragione a se stesso. Ne riceve i sentimenti transferali in una sorta di continuità psicofisica relativamente indeterminato e relativamente indifferenziata rispetto al paziente. Il suo strumento di lavoro è elaborare pazientemente questo stato psicofisico.

L'elemento sorpresa nell'analista consiste nel poter scoprire aspetti di sé di cui non era a conoscenza e che gli vengono suggeriti o fatti sentire con il loro correlato psicofisico dal paziente. Si tratta di una scoperta non voluta e in questo senso spontanea. Può fare esperienza che tra questo e il transfert del paziente che l'ha originata non c'è coincidenza né spaziale né temporale e che egli può avere esitazione. Esiste uno spazio vuoto fra lui e il paziente, quello fra il lettino e la poltrona o quello dell'intera stanza analitica o quello dei giocattoli o degli scarabocchi, e un tempo vuoto di in cui l'interpretazione può essere sentita soggettivamente ma non espressa verbalmente.

L'analista non potrebbe rinunciare per nulla al mondo a questi spazi: sono lo strumento principale del suo lavoro e se ne prende la responsabilità. Per questo anche sorprese innegabilmente dolorose danno calma perché aiutano a differenziare se e non se, che è proprio il compito che l'analista si assume talvolta al posto del paziente, nella empatia.

Da' una sede in sé ai sentimenti del transfert del paziente invece che doverli comprendere ed interpretare secondo i bisogni del suo ideale dell'io.

Non c'è eccitamento dunque e lo stato ha funzione "calmante". Questo è un vantaggio, ma occorre pagare il prezzo che sentimenti, sentiti al di fuori dall'intelletto possono mantenere per un certo tempo qualche oscurità prima di poter essere descritti a sé e al paziente. Mantengono invece una inoppugnabile evidenza nell'essere percepiti.

Può anche accadere che l'analista si ritrovi, pur senza esserselo

imposto o averlo progettato, a funzionare in un modo assai più attivo cioè che anticipi o prevenga, con la energia della sua attività e la determinazione dell'attenzione focalizzata, l'abbandonarsi e il potersi perdere del primo stato. Lo strumento di tutto questo è prevalentemente l'intelletto la ragione e la consequenzialità, la convinzione e la perseveranza.

Come ho detto nel materiale clinico questo tipo di concentrazione ha per riferimento l'analit  espulsiva che Freud vedeva connessa appunto alla perseveranza, alla attivit  accanita che non ammette interruzioni e che suscita ostilit  contro chiunque la interrompa. L'analista che viene occupato ma non pu  lasciarsi occupare dalle proiezioni identificative pu  non aver nulla su cui ripiegare e l'effetto consolatorio pu  essere nel liberarsi e nell'imporre all'altro ci  che occupa eccessivamente lui stesso.

Questo tipo di concentrazione pare dunque meno favorevole alle sorprese e alle trasformazioni nel senso di Bion.

Penso che il pendolo fra queste due concentrazioni sia spesso segnalato dai pazienti che iniziano a sentire di pesare sul lettino e/o sull'analista, di avere un peso e di diventare pesanti, come ho segnalato sopra.

La percezione di s  nel corpo si presenta come vera perch  propria come non smentibile perch  esiste,   una entit . La sua caratteristica principale   la forma: una forma indefinita, arborescente e fluida, non adatta a discriminare, a localizzare. La conseguenza di questo   che nel controtransfert viene percepita come soprattutto come un turbamento: ci  che viene percepito

è un vuoto di conoscenze, di certezze, di rassicurazioni eziologiche e di ragione cioè dello strumentario abituale delle difese del sé o delle difese professionali.

Nel suo lavoro metapsicologico sull'inconscio Freud scrive che "la consapevolezza nonostante appartenga al sistema Cosciente, non si presta alla dimostrazione della separazione fra i sistemi Coscienza/Inconscio. non è possibile misconoscere l'esistenza e il lavoro svolto dalle propaggini che hanno contatto sia con l'inconscio che col conscio..... La loro origine dall'inconscio resta l'elemento decisivo del loro destino: Possiamo paragonarle a quegli uomini di razza mista che nel loro insieme somigliano in effetti ai bianchi, ma poiché tradiscono la loro origine di colore, vengono esclusi dalla società e non godono di nessun privilegio dei bianchi..... La ragione di tutte queste difficoltà deve essere cercata nel fatto che la consapevolezza che ci si rivela con immediatezza, non si presta affatto a fungere da criterio per la distinzione dei sistemi"

Una caratteristica di lavoro dell'analista che elabori il suo controtransfert è che egli può diventare consapevole che la ansietà inclusa nella relativa chiarezza e nella relativa oscurità della consapevolezza può andare incontro ad un evitamento, riprendendo qui A.Green su "La posizione fobica centrale " (2000). Da questo punto di vista la fuga nell'intelletto o nell'ideale professionale rappresenta un controinvestimento rispetto all'ansietà collegata alla consapevolezza.

Se, invece la percezione preconsca può essere portata e mantenuta nella consapevolezza senza l'intervento di difese fobiche la

lacuna di certezze apre l'accesso a molte delle componenti affettive del controtransfert: esse possono essere mantenute nella consapevolezza propriocettiva di sé e prestarsi come fenomeni transizionali.

2) Il materiale sul quale lavora l'analista è la forma di ciò che sente: essa gli permette di immaginare che ciò che sente nel corpo non è una sensazione fisica pura.

Così le sensazioni fisiche che stanno sotto alla percezione della fretta forse sono il risultato dell'incontro fra sensazione di occupazione e desiderio di trasfigurare l'occupazione in qualcos'altro di contenuto incerto o anche sconosciuto, con una forma arborescente e indefinita. "La percezione è il sogno della sensazione" scrive, in "Il senso della bellezza", Santayana, un filosofo americano citato da M. Milner in alcuni dei suoi lavori.

Se per sensazione intendiamo la caratteristica fisica (per la modificazione che l'oggetto della sensazione ha portato nel soma di chi ha la sensazione e per la caratteristica fisica dell'oggetto che alla sensazione ha dato luogo) possiamo intendere la percezione come risultato di un lavoro psichico in cui la forma ha aggiunto qualcosa di emotivo e ha fatto perdere alcune delle caratteristiche fisiche.

Qualcosa di simile avviene effettivamente per il lavoro onirico di cui parla Freud la caratteristica del sogno in cui la forma funziona come il lavoro onirico sul sogno: spostamento e condensazione sono effettivamente la forma per percepire i contenuti

inconsci del sogno e per rendere manifesto ciò che è latente.

Un paziente fa un sogno che rimane incomprensibile sia a lui che a me durante la seduta. Il sogno è molto breve. “Mentre sono a fare una cosa qualsiasi che non si che cosa sia vedo che la radiolina che ho nella mano si allontana, vola a mezz’aria, si rimpicciolisce sempre di più, diventa patta e piccola: sento che più si allontana più diventa fitta di materia: “Non so se che cosa ho sognato. Mi pare impossibile: forse ho sognato la distanza o il distanziarsi o il perderla o l’infittirsi materiale di qualcosa di cui non mi inporta nulla, come una radiolina ”: A distanza di qualche seduta improvvisamente coglie il significato del sogno. Il distanziarsi da parte di qualcosa da sé è un segno per contrario della sua difficoltà di distanziarsi dal fratello gemello, che i genitori gli hanno sempre detto essere più solido, ma anche più materiale di lui.

Queste sono le parole con cui un paziente mi parla della forma di certi contenuti e dei loro reciproci rapporti chiari e oscuri nello stesso tempo.

Stava categorizzando i motivi per i quali fantastica di essere attratto da certe donne e non da altre. Il problema era quello di cercare ciò che trova nella sua attuale compagna la cui conformazione somatica non corrisponde alla categoria della donna che lo attrae.

“E’ un po’ troppo formosa, anche se sento che ho qualcosa da prendere.....L’areola dei seni è molto larga, non nel senso di grossa, ma nel senso dell’area.....Non so di che cosa si tratti... ..E’ una cosa esteticaC’ è di mezzo la bocca, una bocca

che dovrebbe essere larga ugualeSe fosse troppo piccola ...verrebbero delle pieghe.Mi sembra incredibile pensare queste cose.

Non so se la mia bocca potrebbe essere troppo piccola o troppo grandeDovrei misurarla “ Sorride incredulo.

“Non mi è mai venuto in mente di misurare un pezzo del corpo dei cavalli che disegno.....Eppure adesso che ci penso non so come mai talvolta mi chiedo come mai lo zoccolo in primo piano mi venga così grande”

Come conclusione penso che la forma sia l'estetica delle sensazioni e per estetica vorrei intendere il significato della parola greca originaria *aistano* che vuol dire sentire.

L'estetica dunque trasforma le cose fisiche e le deformazioni somatiche legate alle sensazioni nel desiderio di poterle sentire in un registro differente. In questo registro e non in quello puramente fisico la domanda centrale è quella che poneva Winnicott (la percezione) è qualcosa di creato o di trovato ?

Il lavoro psichico che cerca di dare e crea la forma dei contenuti sensoriali del soma, chiamato da DWW *indwelling* viene da una intenzione , vorrei anche dire dal sogno, della psiche di adottare il corpo. Quando qualcosa di simile sta per avvenire il corpo è la lingua madre della psiche.

Penso che la consapevolezza propriocettiva di sé nel corpo sia l'adozione della nostra corporeità una adozione che disturba il secondo tipo di consapevolezza, quello che funziona secondo la ragione. Effettivamente la ragione ha come scopo primario quello di stabilire sequenze e di distinguere cause da effetti e

di evitare la percezione che ciò che si vede come due, come sequenza o come consequenzialità possa avere la forma dell'unità. Come analisti spesso assistiamo alle deformazioni imposte dal fatto che il registro della logica e della consequenzialità venga prima, o stia al posto, o tenga scisso il registro della immaginazione e al terribile inconveniente che per il falso sé niente abbia una forma e tutto sia un contenuto.

BIBLIOGRAFIA

- M.Milner 1960: *La concentrazione nel corpo in La Follia rimossa delle persone sane* - Borla 1987
- M. Milner: *A life of one's own* - Virago Press, 1986, Londra
- M.Milner: *Le mani del dio vivente* (1994) - Armando, Roma
- M.Milner: *On not being able to paint* (1957) - International University Press, Boston
- A. Green 1975: *The analyst, symbolisation and absence in the analitic setting* - International Journal of Psychoanalysis 56, 1-22
- A. Green: *The fobic central position* - Int. Journ. Psychoan, 81, 429: 2000
- T. Ogden: *Reverie and interpretation* (Sensing Something human) - Aronson 1977
- R.Sterba: *The fate of the ego in psychoanalytic therapy* - Int. Journ Psych.1934, 15,117-126

- D.W. Winnicott. *Gioco e realtà* - Armando, Roma 1993
- M. Bertolini *The transitional object, the feticistic and the adolescent break-down in Sqiggles and space* pag 210 -Whurr Londra 2001
- C. Rycroft *Dizionario critico di psicoanalisi* - Astrolabio, Roma 1970
- S. Freud: *La negazione* (1925) - Opere Vol. X - Boringhieri, TO
- S. Freud: *Al di là del principio del piacere* (1920) - Opere Vol. III - Boringhieri, TO
- S. Freud: *L'interpretazione dei sogni* (1899) - Opere Vol. III - Boringhieri, TO

Essere nel lavoro psicofisico presimbolico e stato precario del sè

di M.Bertolini

“Respiro col tuo petto” sono state le parole con cui M.me Du Stael si rivolgeva in una lettera alla figlia lontana, malata di tubercolosi. Immaginava, nella mia lettura, di potere senza sforzo mettere in secondo piano il ritmo del suo respiro, di respirare al ritmo della figlia :per un momento la figlia avrebbe potuto mettere in secondo piano la propria malattia e la lontananza dalla madre grazie all’immagine che la madre stava cercando di darle con la lettera.

Sarebbe stata un’immagine dotata di contributi visivi, o tattili, o acustici, non dovuti alla presenza concreta dell’oggetto e di contributi emotivoaffettivi legati al rivivere stati psicofisici propri connessi all’essersi sentita la bambina della mamma. Se la figlia avesse voluto trasformare in parole la sua immagine, avrebbe dovuto rimanere in un’area abbastanza indefinita fra: “questa è la mamma, questa è la mia mamma, ricordo la mamma, mi sento tutt’una con la mamma lontana”.

Rivivere stati psicofisici caratteristici del rapporto con l’oggetto perduto é da distinguere dagli aspetti, più lineari, della memoria, poiché mancano le modificazioni corporee puntuali

legate alle sensazioni e mancano anche gli aspetti appetitivi dell'oggetto che alla memoria sono correlati. Prevalgono invece, mi sembra, aspetti contemplativi e fusivi di sé e dell'oggetto che viene ricordato.

Per questi motivi ho l'impressione che questo lavoro sia presimbolico.

Riparandosi dal dolore connesso alla realtà di ciò che era, di dove era e da quanto tempo era lontana, avrebbe potuto godere della presenza presimbolica della madre. Una simbolizzazione compiuta avrebbe potuto essere per quel momento impossibile. M.me Du Stael sentiva che la figlia potesse aver bisogno di questa forma di sostegno materno, un sostegno presimbolico che avrebbe potuto facilitare simbolizzazioni successive più adatte alla realtà sia nella figlia che in sé stessa. Scriveva alla figlia di una sua fantasia che comprendeva lo stato precario di se stessa come madre di sua figlia lontana e malata. Anche una soluzione quella di respirare col respiro affannoso della figlia era precaria poiché era contemporaneamente vera (dal punto di vista emotivo sia per lei che per la figlia) e irrealistica (da vari altri punti di vista : anatomico, fisiologico e logico).

Potrebbe essere utile riflettere che la madre sostiene la figlia e non la incoraggia né la consola, per esempio scrivendole: sono sicura che tu guarirai.

La parola precarietà, di derivazione latina, indica sia qualcosa di momentaneo, sia una preghiera da cui etimologicamente deriva. Come psicoanalista vorrei poterla usare in riferimento ad un area che comprende sia il mondo esterno che il mondo

interno e in riferimento alle momentanee intersezioni dell'uno nell'altro.

In questo lavoro, un lavoro in elaborazione, incompiuto per vari altri aspetti connessi, vorrei riflettere sullo stato precario del sé, sulla possibilità che tale stato possa essere percepito e rivissuto nel transfert a condizione che sia percepito e rivissuto dall'analista nel controtransfert, e sulla necessità che un tale rivivere possa essere interpretato ai pazienti. A noi pare che, da un punto di vista clinico, questo possa essere utile o meglio necessario, come un tentativo iniziale e naturale di vedere se possa effettivamente esistere qualcosa che stia al di fuori della loro onnipotenza. Pur desiderando di evitare di riferirci ad una categoria di pazienti, ci sembra che questo valga in particolare in particolare per quei pazienti che per vari motivi non siano riusciti ad accedere alla percezione dell'oggetto al di fuori della loro onnipotenza infantile.

Attraverso le sensazioni e la motricità neurobiologica un bambino molto piccolo e che cresce abbastanza bene trova qualcosa che, se avrà, gli darà soddisfazione o piacere. Prima che questo possa accadere più e più volte la motricità nel suo aspetto più puro o più semplice esiste come un fatto isolato collegabile alla neurobiologia del cervello e dei muscoli.

Non è possibile datare il momento in cui la motricità non è più un fatto in sé, dal punto che la motricità durante la vita fetale è probabilmente innescata da uno stato di disagio e diminuisce quantitativamente dopo che sopravviene una soddisfazione, per esempio quella del contatto con le pareti uterine.

Certo è che, da dopo la nascita in poi, la concatenazione fra motricità del neonato e soddisfazione offerta dalla madre e dal corpo materno, attraverso la preoccupazione materna primaria produce trasformazioni importantissime. La motricità si concatena progressivamente con fantasie o immagini interne sia della motricità che della concatenazione prevedibile. La motricità non rimane più fatto isolato collegabile quasi unicamente alla neurobiologia poiché si biforca in un fenomeno motorio e in una immagine o in una fantasia.

Rimane da sottolineare qui una questione, anche se è difficile chiarirla da un punto di vista metapsicologico, cioè che la nascita della fantasia è certamente facilitata dal fatto che la concatenazione fra sensazioni-motricità e soddisfazione non sia immediata. L'attenzione, come energia di investimento sembra dirigersi dunque verso ciò che ancora non è dato, e la fantasia che da questo investimento deriva riguarda ciò che, non dato, può essere atteso.

Mi sembra possibile dunque fare l'ipotesi che agli inizi esista un tipo di motricità quasi assolutamente non animata dall'intenzione di cercare una soddisfazione né dalla previsione di dove la soddisfazione potrà essere trovata. Se la motricità non incontra un piacere il piccolo, a questi stadi della sua vita, non può sentirsi frustrato né addolorato dal punto che non c'è ancora in lui qualcuno che sia in grado di sentire o di rappresentarsi qualcosa della sua motricità. Egli non è ancora in grado di fare fantasie o di immaginare qualcosa del suo muoversi. Non incontrando soddisfazione la motricità potrebbe aumentare, il

bambino ripetere più e più volte i movimenti, piangere e, nei casi più gravi sopraffatto dalla fatica somatica, addormentarsi, passando così ad un diverso stato del sé.

Con l'inizio della capacità di immaginare il proprio muoversi la situazione cambia: la sua motricità si dirige verso lo spazio esterno a lui, dunque, nella fantasia, la discontinuità sulla quale dirige il proprio investimento di attenzione viene dal di fuori: la soddisfazione non trovata sta al di fuori del suo corpo. Nello stesso momento le braccia che sbatte e le gambe che agita, alle quali dirige la sua attenzione se non trovano immediatamente soddisfazione sono interne a lui e, nella fantasia, la discontinuità viene dal di dentro di lui.

Il piccolo si trova nell'impossibilità di distinguere e di localizzare la frattura né dentro né fuori o potrebbe cominciare a sentirla sia dal dentro che dal fuori. La localizzazione della discontinuità tra motricità e soddisfazione o piacere in questi stati primi o primordiali è, da un punto di vista qualitativo chiaroscurale. Tali stati, potenziale presupposto per esperienze future più capaci di discriminare e potenziale presupposto per cercare soccorso dalla madre sono stati del sé che vorrei chiamare stati precari. Nel mio modo di pensare essi non riguardano ancora né l'io, né il super-io, né l'es.

Nella psicoanalisi contemporanea sono ampiamente riconosciuti e attribuiti al Sé.

Quando il bambino è molto piccolo solo la madre è in grado di percepire, attraverso quel particolare stato che DWW chiama "preoccupazione materna primaria", per l'attimo che

è necessario a provvedervi, lo stato del piccolo e vi provvede quasi sempre senza incertezza. Peraltro l'incertezza ha un connotato prevalentemente cognitivo mentre per la madre non è certo una conoscenza intellettuale ma semplicemente un rispondere e corrispondere allo stato del bambino. Quando nel provvedere dice al bambino o a se stessa: "Ah, piccolo mio per quanto tempo questa mamma si fa aspettare!" il piccolo nelle parole, nell'intonazione della voce, nel gesto del corpo della madre placa la frattura o la discontinuità che ha appena sentito. DWW potrebbe dire che il piccolo trova nella madre e nel suo corpo un luogo per depositare sia la sua motricità che la sua soddisfazione, che il suo stato precario per l'attesa della soddisfazione.

Lo deposita nel senso che può sentire che la discontinuità è dovuta alla responsabilità della madre che non l'ha soddisfatto con la attesa sollecitudine.

Cercando di fare uno schema mi sembra di poter schematizzare che il sé del bambino sente la frattura e la sua chiaroscura localizzazione, la madre la risolve. Nel regno del principio di causalità noi possiamo argomentare che la frattura e la sua dissoluzione per risoluzione sono due eventi diversi e che hanno due differenti principi causali ma per il piccolo frattura e risoluzione sono un tutto unico o la stessa cosa e non obbediscono alla legge della non contraddizione.

Winnicott ha chiamato preoccupazione materna primaria lo stato psichico e corporeo della madre sana di un piccolo bambino. Aspetti di sé già acquisiti nel resto della sua vita

rimangono a lei disponibili ma passano in secondo piano. Dedita al compito che sente di avere di allevarlo, sostiene il bambino, oggettivamente in gran difficoltà per i sostanziali cambiamenti intervenuti con la nascita, dandogli la sua capacità di sentirsi e addirittura di essere lui e si adatta ai suoi bisogni in modo quasi assoluto. Il punto centrale è che la nascita, in sé, non consente di essere e di sentirsi sé, e questo è il primo paradosso.

La normale devozione della madre al bambino, è uno stato del tutto speciale, al quale, pensa DWW, forse non si è data la dovuta attenzione, per il quale la madre è il bambino e il bambino è la madre. La normale devozione per questo è sia fisica che psichica, psicofisica.

Fra le varie forme in cui la normale devozione materna prende forma, ho utilizzato nella tranche clinica quella di respirare col respiro del bambino perchè, avendo osservato che essa spesso inizia già quando il piccolo può riposare essendo appoggiato sul ventre da cui è stato appena partorito, penso che sia la prima materializzazione degli affetti materni. Penso anche di averla potuta trovare nel mio controtransfert nel lavoro con pazienti in analisi.

Una paziente al suo ottavo anno di analisi mi stava dando l'impressione che stesse interrompendo l'analisi.

Molti avvenimenti, come lei diceva, le erano accaduti negli ultimi mesi, e lei provvedeva nella coscienza a farvi fronte con impegno di azioni e con il proposito di arrivare a sera per poter dormire, per poi risvegliarsi e tuffarsi nel fare. Nelle ultime settimane tuttavia aveva disturbi del sonno, rimaneva

perfettamente sveglia alcune ore e si poteva poi riaddormentare ma notava che non sapeva né pensare a che cosa la faceva risvegliare e poi riaddormentarsi, né a che cosa pensava da sveglia. Nello stesso periodo aveva saltato parecchie sedute e in ogni occasione c'era qualche motivo per non poter venire. Nel controtransfert mi faceva sentire che, al di fuori della coscienza, aveva bisogno che divenissi stupido, nel senso che, se avessi continuato a sentirla soltanto dentro nel mio mondo interno, nemmeno io avrei potuto chiedermi che significato potessero avere le sue assenze per lei. Dal canto suo mi pareva che non potesse attribuire alle sue assenze un significato, sapeva solo di farle e che qualcuna delle cose che le accadevano ne erano la causa.

Per me non era nuovo questo stato del nostro rapporto : l'analisi era proceduta per tutti gli anni con impegno di tutti e due soprattutto riguardo ad aspetti prevalentemente nevrotici della sua personalità, ma non mi era stato possibile aiutarla a rendersi conto di come lei vivesse come un pesce in fondo a un barile, una posizione abbastanza sicura per non dover finire di lì a poco in bocca a qualcuno, ma anche sicura per non dover affrontare certi aspetti della sua realtà psichica.

Sentendo che interrompeva l'analisi, la paziente mi faceva anche pensare che non poteva più sopportare se stessa, se si sentiva inutile nella sua esistenza e se sentiva l'inutilità dell'analisi. Pensavo anche che questa interruzione avrebbe potuto forse esserle utile in futuro, ma mi pareva che mi facesse comprendere di non poter fare una esperienza di interruzione,

semplicemente non veniva alle sedute..

Sono riuscito a dirle solo una parte di tutto questo, e, anche, in quella circostanza, forse ho preferito tacerle di sentirmi stufo che lei riuscisse a rendermi per tanti anni sia necessario che inutile. Così le ho detto che mi pareva che lei avesse interrotto l'analisi e le ho taciuto che stavo immaginando che, interrompendola, la potesse potenzialmente iniziare, dato che questo mi sembrava troppo difficile da mettere in parole in quel momento

Mi rispose, con una voce che mi comunicava tutto il suo stupore, che lei non aveva mai pensato di interrompere l'analisi. Mi pareva che fosse in grado di cogliere le mie parole "interrompere l'analisi" solo nella loro capacità di descrivere un fatto che invece non le era accaduto e rimase per un tempo che mi parve lungo in silenzio. Emetteva invece alcuni rumori intestinali, rimaneva immobile e mi sembrava di sentirla respirare forse più rumorosamente del solito e forse anche con un respiro più corto e affannato. Mi pareva di percepire che stesse così materializzando nel corpo una difficoltà che non sentiva nei pensieri, uno stato di pericolo che non poteva esprimersi nell'angoscia. Mi sono trovato, dopo un tempo che non so quantificare, a respirare con il suo ritmo affannato.

Due fatti stavano avvenendo contemporaneamente :che io non riuscivo a pensare alla difficoltà del nostro lavoro analitico e che sia io che la paziente mettevamo nel corpo qualcosa che non facilitasse nè lei nè me ad affrontare psicologicamente le difficoltà che ho appena cercato di descrivere.

Mentre durava questo stato fusivo, non fui in grado di stimarne il tempo: così che, dopo la fine della seduta ho creduto di fissarne in 15 minuti la durata consultando il mio orologio e tentando di dare una dimensione cronologica al tempo di cui non avevo percepito lo scorrere.

La paziente mi dette l'impressione di risvegliarsi quando disse che non si era mai accorta fino a quel momento che io c'ero. Contemporaneamente il mio respiro prendeva il ritmo che mi è abituale e ne percepii le differenze rispetto a prima.

Dopo un altro breve silenzio, in cui invece mi era chiaro che stava pensando a qualcosa, si ricordò che, intorno ai due anni aveva iniziato a prendere una caratteristica su cui in casa poi era diventato possibile scherzare e prenderla in giro per la sua disubbidienza. Diceva no a inviti normali e quotidiani della tata o della nonna, per esempio diceva no a lavarsi o a mangiare. Solo in questo momento della seduta immaginava di aver sentito che, dal punto che la cosa finiva lì, aveva anche l'impressione che a nessuno importasse che lei si lavasse o mangiasse.

Il non lavarsi era così solo un atto: non trovando in qualcuno opposizione e testimonianza, non poteva essere esperienza.

Le persone, agguinte, non si lasciavano sentire da me, io poi sono sempre vissuta così, ma ci sto pensando solo ora. Ho l'impressione che qui la paziente sta ricordando, non memorizzando.

A me risultava chiara una sottile distinzione, che era in effetti un abisso profondo, che la paziente stava proprio ora facendo, fra disubbidienza o testardaggine, e non esistenza di sé e degli

altri. Disubbidienza e testardaggine erano due difetti con cui chi la osservava la poteva descrivere e la paziente poteva essere intellettualmente d'accordo, ma a me pare che lei potesse pensare che reagiva a qualcosa con la disubbidienza in un modo per così dire lineare.

Non esistenza di sé e dell'altro erano fantasie che in quel momento della seduta stavano passando dall'inconscio al preconcio che riguardavano caratteristiche costitutive dello spazio del suo mondo interno vuoto di qualcuno e di qualcosa. Il loro modo di procedere e di farsi presenti non era lineare. Il rapporto fra passato ricordato e presente vissuto non era di corrispondenza uno a uno, era fuori dal regno della logica e non comprendeva corrispondenze biunivoche.

Nel passato del nostro lavoro e fin dall'inizio dell'analisi, la paziente aveva fatto sentire a me con modalità numerose e differenti una tale mancanza di sostanza in sé. Lo avevo interpretato nelle forme che mi sembravano le più semplici e precise, ma le interpretazioni non erano andate a segno: lei non poteva pensare come propri i pensieri che sollecitava in me.

Lei poteva forse percepire ora, dopo che dal suo punto di vista, mi ero lasciato sentire da lei come simile a lei nel funzionamento corporeo. Penso: "forse lei poteva percepire" poiché non saprei dire se sentire nel corpo il ritmo respiratorio simile oppure me che mi lascio sentire da lei sia una "rappresentazione di cosa" o una "rappresentazione-cosa" o una cosa che aspetta di poter essere rappresentata.

Fu Freud ad esprimere questa incerta posizione della cosa e della

sua rappresentazione. Nel lavoro metapsicologico sull'inconscio scrive che "la consapevolezza, nonostante appartenga al sistema cosciente, non si presta alla dimostrazione della separatezza fra i sistemi Coscienza/Inconscio. Non è possibile misconoscere l'esistenza e il lavoro svolto dalle propaggini che hanno contatto sia con l'inconscio che col conscio....La loro origine nell'inconscio resta l'elemento decisivo del loro destino. Possiamo paragonarle a quegli uomini di razza mista che nel loro insieme somigliano in effetti ai bianchi, ma poiché tradiscono la loro origine di colore, vengono esclusi dalla società e non godono di nessun privilegio dei bianchi.....La ragione di tutte queste difficoltà deve essere cercata nel fatto che la consapevolezza, che ci si rivela con immediatezza, non si presta affatto a fungere da criterio per la distinzione dei sistemi" A me pare di poter chiamare questi stati "lavorio" per indicare la loro balbettante direzione e i loro incerti sviluppi e la loro esistenza reale.

Mentre incertezza denota soprattutto un punto cognitivo, il termine precarietà mi pare più adatto per descrivere uno stato psicofisico sia nella paziente che nell'analista. Il punto centrale qui potrebbe riferirsi alla questione che tale stato non ancora evoluto verso differenziazioni, riguarda la carente o appunto precaria differenziazione sia fra cosa e rappresentazione di cosa sul piano metapsicologico che, prima ancora, fra io e non-io sul piano della esperienza di sé, cioè dell'essere.

Nel momento in cui è necessario riconoscere che nel mondo ci sono molte psicoanalisi, penso che fra loro possa ancora trovare

spazio una psicoanalisi che accede al carattere naturale di questi stati e anche al carattere naturale e non intellettuale della stessa psicoanalisi e del proprio essere praticata clinicamente dagli analisti con i loro pazienti.

I punti che mi propongo di sviluppare ora riguardano la “dematerializzazione” dei respiri, e, dunque, l’ambito non verbale nè fisico ma psicofisico del lavoro presimbolico, aspetti complessi del nostro lavoro controtransferale e, nello stesso tempo precondizioni per iniziare ad essere sé o sentirsi sé (nell’idioma winnicottiano), oppure precondizioni per poter pensare pensieri che hanno per oggetto se stessi ma sono contenuti (nell’idioma bioniano) in forme troppo rozze per poter essere pensati.

Ciò che passa fra “non essere” e “non poter pensare i pensieri” e “essere” e “poter pensare i pensieri” costituisce la frontiera teorica e clinica della psicoanalisi contemporanea.

Ripetere allucinatoriamente la situazione traumatica per una vita intera, poter utilizzare solo la onnipotenza della ripetizione allucinatoria per far sentire al proprio analista il suo (dell’analista) fallimento, poter accedere solo attraverso il fallimento dell’analista al fallimento dell’ambiente primario insieme con il fallimento, totale o parziale della propria possibilità di essere, sono anelli di una catena complementare simile a quella per la quale Freud aveva individuato il legame fra affetti e sintomi. Forse questa catena ha due direzioni una dal corpo alla mente inconscia, l’altra dalla mente al corpo cioè allo psichosoma del paziente ma, nel mio modo

di pensare la concatenazione che dicevo all'inizio ha bisogno per poter costituire il cominciare ad essere del paziente, che l'intermediazione controtransferale dello psichosoma dell'analista sia il punto centrale dell'interpretazione.

Quando le cose vanno abbastanza bene può accadere che le associazioni libere che vengono dopo che è stato facilitato l'accesso allo stato precario di sè siano esse stesse una interpretazione. Questo mi riporta al pensiero dei grandi autori che, come Bion, pensano che le interpretazioni migliori sono la ripetizione al paziente di ciò che lui stesso ha compreso appoggiandosi all'intermediazione controtransferale dell'analista.

La teoria e la clinica psicoanalitica si confrontano, fin dai tempi di Freud, con i tipi e con i livelli di lavoro psichico col quale un paziente, adulto e bambino potrebbe riuscire a materializzare gli affetti. A fini difensivi li rende corporei, toglie loro lo statuto di ciò che, se rimanesse esperienza psichica, tenderebbe ad essere rappresentato dal paziente a se stesso e che invece, materializzandosi nel corpo, chiede cure mediche, non rappresentazioni psichiche. Il paziente si potrebbe sentire sollevato da un compito per vari motivi impossibile.

Se la difesa non è perfettamente riuscita il paziente, può cominciare a dubitare che la materializzazione degli affetti abbia a che fare con i sintomi somatici che sono ad essa complementari. E' più difficile mettere insieme i sintomi con l'instabile o insufficiente sicurezza di poter sentire sé affidabile per se stesso.

Può essere impossibile attribuire verità e pensare come proprio a ciò che, vissuto, non può essere messo fuori da sé secondo la soluzione che Freud ha indicato in “Al di là del principio di piacere”.

Quando le cose stanno così il pensiero “non è mio, è tuo” o “non sono io, sei tu” possono fornire attraverso la negazione una difesa conscia, cognitiva, ad una esperienza che, non accettata, è comunque presente. Nel lavoro sulla negazione Freud comprese che alcuni affetti non possono essere sentiti se non vengono negati.

D'altra parte Freud comprese, utilizzando le riflessioni di Tausk sulla “macchina influenzante”, che una paziente, appunto di Tausk che chiamava col nome di “storciocchi” un fidanzato che le negava le proprie attenzioni e che costringeva lei a storcere gli occhi per cercarlo inutilmente, usava le parole non per descrivere la realtà psichica di sé, ma descrivere stati somatici dei movimenti oculari, addirittura non integrati. Dal suo punto di vista rendeva oggettivo, e non aveva dubbi sulla verità, qualcosa di cui lei non poteva sostenere il carattere soggettivo ed esperienziale.

Non faceva una negazione ma un diniego. Riprendendo la metafora di Freud, gli elementi fisici della paziente, funzionavano non come un meticcio ma come un uomo di razza nera che abitava in lei, la cui esistenza non poteva essere ammessa da lei stessa.

Se qualcosa che sia stato vissuto, per vari motivi, non ha potuto diventare esperienza spiacevole, la non esperienza di qualcosa

apre un difetto (Balint) o un buco nel tessuto psichico, o una impossibilità a sentirsi portatori di se stessi.

Non molti autori hanno avuto interesse per il significato della parola esperienza nella vita psichica. Laing ha sostenuto che l'esperienza di sé non si può fare che indirettamente, attraverso la percezione di come il mondo esterno tratta il soggetto, ma per vari motivi le sue ricerche si sono prestate soprattutto ad una elaborazione filosofica più che clinica.

Fu Bion in particolare a distinguere in ciò che viene sentito come sensazioni e motricità ciò che rimane impensabile e ciò che diventa pensabile ciò che diventa esperienza. I pensieri beta, nel loro livello sensorio e motorio, permangono indigeriti, rimangono eventi non esperienza di sé. Perché diventino esperienza occorre che si trovino ad essere contenuti da un contenitore e che siano alfabetizzati in esperienza.

Da un vertice differente DWW individua la PMP come capace di incontrare e di sostenere i bisogni del bambino sulla base del fatto che le madri fanno bene il loro compito, di prendersi cura del loro bambino (nell'idioma bioniano).

Alcuni pazienti adulti hanno la necessità di rivivere in analisi che la precarietà di sé è nella responsabilità dell'analista e possono andare al suo fallimento se sono sostenuti dall'analista che coglie il proprio fallimento. Nel contesto della presentazione clinica fatta sopra mi sono chiesto come mai solo in quella seduta ho potuto pensare che la paziente, pur presente sul lettino avesse smesso l'analisi. La mia impressione è stata che solo allora ho forse abbandonato la certezza che gli stati precari della paziente,

che dovevano essersi presentati anche in numerose occasioni analitiche precedenti, si dovevano alla sua malattia contro la quale io lottavo . Solo allora mi è accaduto di sentire che forse entrava in questo il mio non riconoscimento o disconoscimento o rifiuto della precarietà mia o in me.

Nella breve tranche clinica sopra riportata i fatti analiticamente significativi sono due, fra loro diversi ma contemporanei e coassiali. Attraverso il respiro condiviso la paziente ha potuto pensare come suoi pensieri impensabili, e nello stesso momento la non esistenza di sé e dell'altro potevano diventare esperienza spiacevole, ma anche imprescindibilmente propria.

Il sentire qualcuno che si lasciava sentire nel proprio fallimento ha funzionato per alfabetizzare la non esistenza di qualcosa o di qualcuno . Sentire a livelli psicofisici qualcosa o qualcuno ha potuto ricordarle stati psicofisici opposti o diversi che si riferivano alla non esistenza .

Forse si potrebbe pensare che le sia stato possibile momentaneamente unificare nel corpo mio e nel mio respiro identico al suo, stati psicofisici di continuità fra motricità e sensazioni respiratorie e corporee e soddisfazione trovata nelle mie. È interessante che nelle associazioni libere seguite a queste chiaroscuri percezioni la paziente abbia parlato di situazioni psicofisiche del suo passato che si riferivano a discontinuità in lei a cui sentiva gli altri indifferenti. Allora non potevano essere sentiti per la mancanza di situazioni psicofisiche opposte. Così, nell'hic et nunc della seduta un aspetto del sé riferibile ora al suo passato diventava pensabile per la diversità rispetto

ad un aspetto del sé diverso nel presente, che era capace di testimoniare, per opposizione, che qualcosa di diverso esisteva o era esistito..

Capacità psicofisica dell'oggetto altro di incontrare i bisogni somatici del soggetto : desomatizzazione .

La parola materializzazione, che viene da Ferenczi, indica una trasformazione in materiale di ciò che è già stato psichico. Il bolo isterico era la materializzazione di sentimenti rimossi. Tuttavia nei casi a cui cerco di riferirmi le cose non stanno proprio così. Gli eventi incontrati col corpo che non diventano esperienza psichica, restano cioè, per come sono registrati, materiali. D'altra parte chi si prende cura del bambino o, in analisi, del paziente è invece in una posizione asimmetrica : il prendersi cura è esperienza psichica, che richiede che livelli di funzionamento somatico vengano rimessi in gioco ed utilizzati sia dal soggetto che dall'oggetto.

M. Milner chiamò concentrazione “uno stato in cui la diretta consapevolezza propriocettiva del corpo sé passa dallo sfondo preconsciouso al primo piano della coscienza e questa concentrazione, nonostante possa apparire una distrazione rispetto al paziente, sembra facilitare il paziente a far emergere il suo materiale”.

La parola “desomatizzazione” viene da M.Schur . Interessato ad

approfondire il concetto di angoscia segnale che Freud aveva formulato in “Inibizione, sintomo e angoscia”, Schur pensava che una paziente che soffriva di pruriti cutanei sulla base di difese psicotiche, poteva guarire dal sintomo se le diventava possibile legare il segnale di pericolo materializzato nel soma ai suoi pensieri. La desomatizzazione di cui parlava consisteva nel fatto che il segnale di pericolo cambiava sia nella sostanza che nella forma. Schur non fa direttamente menzione di transfert e di controtransfert, ma la descrizione clinica dei passaggi di stato lascia intravedere una profonda attenzione e capacità dell'autore a lavorare nel controtransfert. Se, dunque, il pericolo poteva far parte integrante del processo psicoanalitico risultava consistere in una esperienza psichica fino ad allora impossibile e la sorgente del prurito veniva desomatizzata.

Concentrazione dell'analista e desomatizzazione del paziente sono, nella mia lettura, due processi del tutto interconnessi nel processo psicoanalitico, ma ciò che interessa qui non è tanto descriverne l'esistenza quanto focalizzare il loro farsi e disfarsi nel tempo e nello spazio analitico, cioè il loro reciproco chiamarsi o il loro reciproco respingersi. Esiste un loro punto di incontro, o molte occasioni in cui potrebbero incontrarsi e in cui potrebbero respingersi. A me sembra che l'insieme di tali punti di incontro costituisca il processo che DWW ha chiamato “essere” e che Bion ha chiamato “poter pensare i pensieri”

Nella mia lettura il punto O di Bion rappresenta questi punti di incontro. Penso anche che non sia casuale la scelta di un simbolo grafico che sia anche lo zero.

I punti in cui si incontrano bisogni del bambino e capacità della madre di incontrarli si negano all'essere descritti nell'asse temporale, non richiedono di essere datati, né richiedono di essere descritti secondo coordinate spaziali e, infine non richiedono nemmeno di essere descritti sulla base dei loro contenuti e nemmeno sulla base della logica formale. L'intelletto, le sensazioni e la motricità ne differiscono profondamente dal punto che ognuna di queste funzioni ha bisogno di qualcosa che non solo li inneschi ma che anche li mantenga in azione. Fu DWW a descrivere che queste funzioni hanno bisogno di qualcosa a cui reagire, ma diceva, reagire è uguale a non essere. Il punto di incontro in cui i pensieri cominciano ad essere pensati o in cui potrebbe iniziare l'essere sembra caratterizzarsi come un "pezzetto di nulla" (M. Milner).

Un "pezzetto di nulla" è il risultato, in termini esperienziali del lavoro psicofisico fra soggetto e oggetto.

Sono interessato ad approfondire i multiformi significati, sul piano dell'esperienza vissuta nell'asse transfert – controtransfert, che potrebbe assumere la frase "andare incontro" che contiene sia un movimento penetrativo insito nell'empatia, sia l'andare contro insito nella differenziazione.

Mentre questo è un aspetto non compiuto del lavoro di oggi vorrei presentare brevemente una tranche clinica che riguarda la funzione del pezzetto di nulla come di uno stato precario che in quel momento non era sopportabile dal paziente e, forse, da me stesso.

Un paziente nel contesto di un transfert negativo molto intenso

di cui non è ora l'occasione di discutere la nascita e l'esplicitarsi in analisi inizia spesso la seduta osservando che non vuole venire in analisi. In quella seduta osservando che "la voglia di venire in analisi era arrivata ai suoi minimi storici" mi dava l'impressione di accennare che un proprio lavoro mentale con cui costruiva la sua non voglia stesse procedendo e che lui ne potesse controllare e percepire la quantità. Poi era diventata quasi un'abitudine per lui rimanere in silenzio e concludere, se io non lo interrompevo, che a me non doveva importare niente di lui. Cercai di mostrargli che doveva esistere in lui qualcosa di immateriale, credo di avergli proprio detto "un pezzettino di niente" che mi sembrava fosse la sua esperienza della propria analisi e soprattutto quel che avrebbe avuto necessità che io potessi ammettere e comprendere: poteva essere che la sua analisi esistesse solo se aumentava la sua voglia di non venire, me la comunicava per vedere che cosa avrebbe prodotto in me il mio, fallimento come analista perfetto?

Nella seduta successiva, come per tornare al pezzettino di niente, raccontò di aver invitato a pranzo una donna che gli aveva fatto capire il suo desiderio di essere invitata, che lui non aveva voglia di invitarla, ma che il pranzo era andato bene perché era riuscito a portarlo a termine sentendosi interessato a che niente avvenisse in lui. Nonostante mi fosse chiaro che dovevo essere io, nella sua fantasia, che desiderava che lui avesse l'analisi con me, ritenni opportuno tacergli i riferimenti transfert-controtransfert. Nelle sedute successive ritornò al suo fascino per il "che niente avvenga in me". Lo declinò nell'area della sua

relazione con la donna con cui vive, della sua professione, degli spunti persecutori collegati al fatto che il suo datore di lavoro, se se ne potesse accorgere, certamente lo caccerebbe, della sua relazione con la madre che non si accorgeva che lui, nella sua adolescenza non era andato a scuola per tutto un anno, della sua relazione con il padre che quando lo vede lo inonda di parole e di regali facendogli pensare che, in verità, non gli importi niente di lui. Dopo quattro o cinque sedute dedicate al suo fascino per il “che niente avvenga in me”, chiesi a voce alta chissà che espressione lui immaginasse nel mio viso a proposito del suo niente oppure se stesse immaginando che nel mio viso non ci fosse alcuna espressione.

Rimase stupito di sé mentre si ascoltava nel dirmi con sicurezza che io avrei avuto un'espressione dispiaciuta e la discrepanza fra l'immaginare la mia espressione e il fascino per il “che niente avvenga in me” facilitò ulteriori sviluppi.

L'emergere del suo materiale tendeva ad essere relativo all'opposizione che lui sentiva avrebbe potuto trovare in me. Per opposizione intendo qui qualcosa che, non essendo indifferenza potesse essere sentito dal paziente e da me come un vero incontro. Fu possibile al paziente farmi riconoscere, sotto varie forme, che una sua energia animava, indipendentemente dai risultati, la sua esistenza.

Il problema era che nessuno, visto da lui se ne accorgeva di questo niente in lui, e che anzi, visto da lui, ognuno era sicuro di essere ben sicuro della propria coerenza. Un passo successivo fu che il paziente poté scoprire di essere brillante in

tutte le aree che non gli interessavano e fallimentare in ciò che gli sarebbe forse interessato.

Essere e capacità di stupirsi della forma della impronta di sé nell'altro.

In un altro lavoro ho cercato di riflettere sull'impronta che i pazienti hanno bisogno di lasciare in noi : il destino evolutivo di chi lascia impronte dipende fortemente dalla capacità dell'altro di lasciarsi improntare. Il lasciarsi improntare, o il lasciarsi usare nel senso di cui DWW parla a proposito di "l'uso dell'oggetto" ha il suo modello fisiologico nella attitudine materna della madre nella preoccupazione materna primaria.

DWW, portando scompiglio nella psicoanalisi per così dire ufficiale che anche nel 1970 era impegnata a chiedersi se l'aggressività fosse un impulso o se fosse appresa dall'ambiente, pensava che l'aggressività viene dalla energia vitale fisiologica correlata alla motilità e alle sensazioni, ma che sarà collegata solo successivamente al senso di colpa per l'intenzione di distruggere l'oggetto . Prima, nella fase che chiamava "ruthless", l'aggressività non esiste che come fatto somatico, non può esserne fatta esperienza psichica, oppure il soggetto non può iniziare nè ad essere né a sentirsi aggressivo.

La dialettica fra lasciare impronte di sé nell'oggetto e, da parte di quest'ultimo, ricevere impronte del soggetto inizia se l'oggetto

è in grado di funzionare come una opposizione sufficiente a che il soggetto possa lasciare impronte utilmente. Nonostante “opposizione” sia un termine che viene da DWW, a me sembra che il termine testimonianza potrebbe essere più adatto dal punto che non contiene il sottinteso di reazione che, almeno in italiano, si connette spesso all’opporci. Certo occorrerebbe aggiungere “testimonianza psicofisica”.

Se il soggetto lascia impronte in un oggetto indifferente sono rilevanti le distorsioni di sviluppo che accadono necessariamente.

Mirò rappresenta la situazione in un bellissimo bozzetto d’argento conservato a Madrid. Vi ha raffigurato un signore che sta camminando normalmente, con lo sguardo sul mondo. Il suo torace tuttavia improntato dall’impronta profonda della scarpa di qualcuno di cui tuttavia il signore non sembra dare testimonianza, né opposizione, e cui sembra indifferente.

Il soggetto, in casi come questo, non può smettere di lasciare impronte di sé che vengono dalla sua energia vitale ma se l’altro non può incontrarle e riceverle il soggetto erotizza motricità e sensazioni senza poterne fare esperienza. DWW pensava che una moderata pressione esercitata sul soggetto da parte dell’oggetto sia necessaria perché il soggetto senta che proprio lui si sta muovendo, scalciando, gonfiandosi. Il lasciare impronte diventa libidico se il soggetto sente che l’oggetto può ricevere con piacere le impronte del proprio fallimento, testimoniargli di averle ricevute e di non essere depresso per questo fallimento che, in forme parziali e riconosciuto si differenzia profondamente

da fallimento che deprivano, anzi è il riconoscimento che può sostenere lo stato precario del soggetto.

L'incontrarsi di questi due stati potrebbe rappresentare ciò che può avvenire nello spazio intermedio fra una persona e lo specchio nel quale cerca e trova una risposta visiva e sensorio motoria che lo specchio può o no rimandare.

Il paziente in analisi, sente che l'analista, come specchio, ama di poter dare qualcosa in relazione a ciò che il paziente ha bisogno e gli chiede, ed è attratto dall'analista. Nello stesso momento anche l'analista è attratto dal paziente che gli dà qualcosa nel transfert, non lo sente un estraneo. A certo livelli l'analista sente che anche il paziente potrebbe essere uno specchio di sé stesso, e funzionare come tale nelle sedute.

La parola seduzione potrebbe essere adatta ad esprimere gli stati in cui sia il paziente, (più dell'analista che ha già avuto in terapia altri pazienti), che l'analista (che si trova in difficoltà come di fronte a qualcuno che ancora indistintamente conosce) non hanno ancora fatto esperienza compiuta l'uno dell'altro come di due soggetti distinti.

Nel lavoro psicofisico con l'analista, il paziente sente che il suo interesse "che niente avvenga in me" va incontro a una nuova forma quando immagina l'espressione del viso dell'analista. La nuova forma deforma quella precedente.

Una tale deformazione, che può innescare e mantenere resistenze di vario tipo, è legata, come Freud aveva visto, al transfert sull'analista e al controtransfert che induce la deformazione.

Nella mia esperienza la deformazione da luogo a vere e proprie fobie che, non a caso sono anche state chiamate esattamente dismorfofobie. E' uno dei pochi casi in cui la psicopatologia psichiatrica adotta una terminologia nettamente psicoanalitica. Alcuni pazienti adolescenti (anagraficamente o "tardoadolescenti") esprimono la dismorfofobia sotto un aspetto sintomatico anche grave fino alla depersonalizzazione. Mentre il sintomo nasce di fronte allo specchio di vetro, si comprende facilmente nel controtransfert che la paura della deformazione viene dall'incontro con gli "specchi animati" che possono costituiti da qualcuno per il quale l'adolescente ha sentito un vero interesse, su cui ha lasciato impronte di sé e che rimanda al paziente nella fantasia inconscia una nuova forma di lui, più o meno per lui inaccettabile. La fobia della deformità e della nuova forma è assolutamente inquietante se mette capo a pensieri impensabili che, nella mia esperienza, riguardano sempre angosce identitarie.

Nel loro insieme tali movimenti psicofisici contengono anche le trasformazioni a cui va incontro l'oggetto e che l'oggetto non può, se è abbastanza sano, non sentire in varie forme e con varie curiosità e con varie difficoltà.

Una paziente si trovava a riflettere su qualcosa di assolutamente banale, che tuttavia la colpiva. Osservava che, dal punto che il mio cane e lei hanno l'abitudine di giocare prima delle sedute, il tipo, la forza e la qualità del suo giocare variavano a seconda che il cane fosse più o meno vivace con lei. Ella rifletteva che questo non metteva in discussione il suo piacere di passare qualche

breve attimo con lui prima di iniziare la seduta, ma certo questi cambiamenti “dovevano pur essere qualcosa di suo”. L'inquietudine di lasciarsi improntare dalle impronte del mio cane, oltre ai riferimenti transferali e controtransferali evidenti, le risultava opporsi alla sua abituale certezza di essere “solida come una roccia”, non malleabile da nulla, pronta a combattere le difficoltà della vita senza mai rinunciare alla rocciosità .

Bollas ha chiamato “trasformativo” l'oggetto che si lascia improntare dalle impronte del soggetto.

Per noi potrebbe essere utile discutere se gli oggetti trasformativi di Bollas debbano prima lasciarsi trasformare proprio da quella relazione che trasformeranno

Per concludere viene da riflettere che la dialettica fra cercato e trovato riguarda non solo il soggetto, esemplificabile nel nostro paziente, ma anche l'oggetto, esemplificabile, in noi stessi come analisti.

