

DICEMBRE 2010

# IL CORPO IN PSICOANALISI E PSICODRAMMA ANALITICO

Atti del Convegno Internazionale S.I.Ps.A. Roma 6 e 7 marzo 2010



[www.sipsarivista.it](http://www.sipsarivista.it)

Direttore Responsabile: Fabiola Fortuna

Comitato Scientifico: Mario Ardizzone, Anna Bilotta, Domenico De Liguori Carino, Mario Gasperini, Renato Gerbaudo, Tiziana Ortu, Claudia Parlanti, Luisa Pellerano, Gabriella Petralito, Carmen Tagliaferri, Rosa Vitale

Segretaria: Nicoletta Brancaleoni  
Via di Val Tellina 52 00151 Roma  
[n.brancaleoni@alice.it](mailto:n.brancaleoni@alice.it)

# IL CORPO IN PSICOANALISI E PSICODRAMMA ANALITICO

Atti del Convegno Internazionale S.I.Ps.A. Roma 6 e 7 marzo 2010





# INDICE

p2	PRESENTAZIONE di Fabiola Fortuna
p 3	<b>RELAZIONI</b>
p 4	Mahmoud Sami-Ali La psicosomatica relazionale e il cancro
p 12	Luigi Aversa Corpo, coscienza, racconto
p 17	Fabiola Fortuna Se la psiche parla attraverso il corpo
p 31	Luigi Solano La psicosomatica oggi
p 42	<b>RELAZIONI: LO PSICODRAMMA ANALITICO</b>
p 43	Renato Gerbaudo Corpi parlanti. Gruppo e godimento
p 52	Moreno Blascovich Psicodramma analitico, corpo e psicosi
p 60	Massimo Pietrasanta Dal corpo frammentato al corpo scisso
p 68	Paola Cecchetti Il corpo e l'assenza nello psicodramma analitico
p 74	Roberto Pani, Cinzia Carnevali Corpo e Identità. Ricerca e individuazione di Sé in psicoanalisi e Psicodramma Analitico
p 88	Antonia Guarini Dare parola al corpo, corpo alla parola
p 93	Carmen Tagliaferri, Laura Scotti, Fabiola Fortuna Attività esperienziali di psicodramma analitico



# PRESENTAZIONE

Cari colleghi,

sono molto orgogliosa di presentarvi questo terzo numero della nostra rivista on line.

Si tratta degli Atti del nostro convegno internazionale S.I.Ps.A. «Il corpo in psicoanalisi e psicodramma analitico» che si è tenuto a Roma il 6 e 7 marzo 2010.

Per anni abbiamo pensato a questo Convegno sul tema del “corpo”, visto dalla prospettiva del campo in cui operiamo cioè quello della psicoanalisi e del nostro specifico psicodramma analitico.

È stato un po' come un sogno che poi si è realizzato.

Sono certa che leggerete con passione questi scritti e anche coloro che non hanno potuto partecipare al convegno potranno constatare che le relazioni sono state di alto livello e significative.

Il desiderio che ci ha animato nell'organizzare questo evento è stato quello di mettere insieme tanti punti di vista sul tema “corpo”, che rappresenta una delle questioni più controverse nel campo psicoanalitico.

Vengono presentati lavori da psicoanalisti ed esperti di diverse impostazioni. Molti dei contributi sono portati da noi, membri S.I.Ps.A., che, nella pratica dello psicodramma analitico, ci troviamo spesso ad affrontare i problemi che riguardano il “corpo” e che si presentano in moltissime sfaccettature.

Credo di interpretare correttamente il pensiero di noi tutti affermando che il comune sforzo affrontato è stato ampiamente ripagato dagli importanti e positivi esiti conseguiti attraverso questo convegno.

Buona lettura

Fabiola Fortuna



# RELAZIONI

R



## La psicosomatica relazionale e il cancro \*

traduzione di Lidia Tarantini

Sono molto contento di essere qui a Roma con voi invitato da questo gruppo di colleghi che mi ha accolto così calorosamente.

Ci sono due motivi per cui sono così contento: il primo è che sono stato accolto con un'affettuosità e un calore che non ho mai più trovato da quando ho lasciato l'Egitto; l'altra ragione è che oggi è il mio compleanno e che è anche, casualmente, il compleanno ufficiale di Freud...e non voglio spingere oltre la similitudine. Freud, che è nato il 6 febbraio, è stato registrato per errore il 6 marzo ed io ho l'abitudine di dire che ha corso il rischio di essere come me.

Presenterò oggi un'epistemologia del tutto nuova che definisco *psicosomatica relazionale*.

Questa epistemologia trova la sua origine al di fuori sia della psicoanalisi che della medicina.

Il punto di partenza è che sia il fisico che lo psichico sono relazionali e che la relazione esiste alla nascita, ma anche prima della nascita; dal momento stesso del concepimento si è in relazione.

Tutto il mio pensiero afferma questo concetto del primato assoluto della relazione.

Non ci sono processi interni senza relazione e questo concetto che io utilizzo non ha niente a che fare con quella che la psicoanalisi definisce relazione d'oggetto, concetto, questo, che appartiene completamente alla psicoanalisi che si interessa solo dello psichico e lascia fuori dal suo campo di interesse tutto ciò che riguarda il corpo reale, lasciandolo alla medicina. E questo crea il problema di come conservare un'unità dell'essere umano, perché in effetti noi siamo composti di un corpo reale e di un corpo immaginario, che sono due concetti e non due unità distinte, che rischiano di non farci capire l'unità di fondo dell'essere umano. L'unità si perde nel momento stesso in cui si fa una distinzione.

Quella che io chiamo relazione si definisce attraverso quattro dimensioni: lo spazio, il tempo, il sogno, l'affetto. Ora aggiungo anche una quinta dimensione che è la lingua materna, che ha a che fare con quella che io attualmente ho definito *etnopsicosomatica relazionale*.

Qualche indicazione sullo spazio e sul tempo.

Il tempo è innanzitutto il tempo del corpo. Al momento del concepimento il tempo è scandito da ritmi biologici.

Alla nascita ci sono due ritmi presenti nell'organizzazione della vita del neonato e che sono in rapporto diretto con la madre; sono veglia/sonno e caldo/freddo, la regolazione termica.

La madre ha il ruolo di regolare questi ritmi e il suo non è semplicemente un ruolo di protezione del bambino, ma è lei che regola questi ritmi sonno/veglia e caldo/freddo.

E nella patologia adulta, quando si riattivano questi ritmi, bisogna ritornare al momento in cui si sono attivati, inizialmente, nella relazione con la madre. Questi ritmi sono sullo sfondo di quella che diventerà la modalità relazionale adulta. Ogni essere umano, crescendo, si deve conformare a quelli che sono i ritmi che definiscono le relazioni adulte.

Quindi c'è una continuità tra il tempo dell'adattamento, che è quello che noi misuriamo con

l'orologio e che organizza i nostri scambi, e la temporalità del corpo, a livello dei ritmi biologici.

Quindi c'è continuità tra i ritmi biologici e l'organizzazione del tempo.

Anche per quanto riguarda lo spazio, inizialmente lo spazio è corporeo: il fatto di avere un corpo significa avere uno spazio. C'è un dentro/fuori, destra/sinistra, alto/basso, davanti/dietro, che non soltanto determinano lo spazio del soggetto nel mondo, ma permettono al soggetto di strutturare lo spazio.

Il davanti/dietro, destra/sinistra sono degli indizi che sono proiettati nello spazio partendo dal proprio corpo. Voi avete davanti un foglio di carta con un alto e un basso, con una testa e dei piedi, ed è la proiezione del vostro proprio corpo che determina la percezione dell'alto e del basso.

Importante è la dominanza delle mani per l'orientamento nello spazio. Ci può essere un obbligo di utilizzare la mano destra e quando accade ciò crea un problema nell'organizzazione generale dello spazio. Quindi la difficoltà di distinguere la destra dalla sinistra nasce da una difficoltà più generale di rappresentarsi lo spazio.

In Freud c'era questa difficoltà nel distinguere la destra dalla sinistra sia rispetto a se stesso che agli altri per cui egli doveva far finta di scrivere, allora la mano che utilizzava per scrivere veniva riconosciuta come quella destra. Ha scritto un capitolo di un libro su questo argomento che lo ha portato a dire della sua incapacità di rappresentarsi lo spazio.

Credo che non sia solo questione di prevalenza, ma c'è un rinvio anche alla prevalenza, nella persona, della parte destra o sinistra del cervello. Quindi c'è una continuità, non è solo un fatto manuale ma coinvolge anche il cerebrale e questo è importante in alcune patologie autoimmuni.

Definisco ora meglio che cosa definisco come psicosomatica.

La psicosomatica relazionale ha poco a che vedere con quella che normalmente viene chiamata psicosomatica, che non è che un'applicazione della psicoanalisi.

La psicosomatica tradizionale considera tutta la patologia organica come una somatizzazione. Quindi il problema diventa come avviene il passaggio dallo psichico al somatico. Come mai si somatizza? Si comincia dallo psichico e si vuole spiegare attraverso lo psichico il passaggio al somatico. Freud parla di un salto misterioso dallo psichico al somatico.

Per me non c'è questo problema del passaggio perché entrambi sono dati contemporaneamente, insieme. Non si compra mai un guanto per la mano destra senza comprarne anche uno per la sinistra, i guanti si comprano in coppia!

Come avviene il passaggio dallo psichico al somatico, cambia a seconda delle varie teorie.

E, partendo dalla teoria psicoanalitica, ci sono due possibilità.

Questo passaggio avviene perché c'è un eccesso di fantasma, di immaginario e questo avviene nelle patologie isteriche; oppure questo passaggio avviene perché non c'è sufficiente fantasma.

In questi casi si utilizzano concetti come “pensiero operatorio”, “alexitimia”, “non accesso al simbolico”: sono concetti che servono a spiegare una mancanza di fantasma. La malattia somatica viene considerata come l'espressione di una mancanza di qualcosa. L'isteria come un eccesso, gli altri casi come un difetto e la frase riassuntiva potrebbe essere “si somatizza perché

non si mentalizza”, che è una definizione vuota perché è come se io dicessi che un bicchiere non è pieno perché è vuoto, cioè dico due volte la stessa cosa. Questo crea illusioni, il malato non soltanto è malato, ma è colpevole della sua malattia.

Questo crea una gran confusione di cui ci dobbiamo sbarazzare completamente per partire da un altro punto di vista. Questo punto di vista non è qualcosa che si aggiunge ma è un cambiamento radicale di posizione che consiste nel partire dalla realtà senza dire, fin dall'inizio, che la realtà deve essere conforme alla teoria.

Questo cambiamento radicale significa *partire da ciò che c'è* e quello che c'è è una patologia che può essere funzionale, come nel caso della psiconevrosi, oppure organica.

Il mio modello riesce a far capire che cosa succeda sia nel caso delle malattie funzionali che in quelle organiche.

Il funzionamento dell'essere umano ha luogo in una situazione quindi bisogna da un lato definire il funzionamento dell'essere umano, io non faccio un discorso di evoluzione della libido, ma definisco il funzionamento in relazione all'attività onirica.

Relazione rispetto alla vita onirica nel senso che il fatto che i sogni ci sono o non ci sono determina qual è il funzionamento di quella persona e ci sono due modalità possibili: il sogno c'è o non c'è.

Biologicamente noi sogniamo sempre e il sogno accompagna le cinque fasi del sonno, ma dal punto di vista soggettivo si può avere la sensazione che il sogno non ci sia.

Ci sono queste due forme estreme, per cui il sogno c'è o non c'è e poi ci sono due forme intermedie, diacroniche per cui inizialmente il sogno non c'è e poi c'è oppure prima c'è e poi scompare.

C'è anche una quinta forma cioè quando è instabile la posizione rispetto al fatto che il sogno ci sia o non ci sia.

E capire che rapporto c'è tra questa dimensione onirica e la dimensione del ricordo del sogno permette di capire qual è il funzionamento di quella persona nella sua realtà e nella sua totalità.

Non c'è funzionamento senza una situazione. La situazione che ha a che fare con la patologia è la situazione conflittuale.

Il conflitto può prendere la forma dell'alternativa semplice, è A o non-A (parlare o non parlare), e in questo caso si ha la possibilità di due soluzioni: parlare o non parlare per uscire dal conflitto; e ci possono essere anche situazioni di compromesso cioè parlare senza parlare o non parlare parlando. Questo tipo di conflitto è quello che si ritrova nelle psicopatologie funzionali. Tutta la psicopatologia freudiana si situa all'interno di questo conflitto e tutta la psicopatologia funzionale si può capire all'interno di questo tipo di conflitto.

Questa alternativa semplice può evolvere verso una situazione in cui il conflitto è insolubile. Si arriva all'*impasse*, un conflitto che è diventato impossibile da risolvere.

Un semplice esempio è quello di una coppia che non va d'accordo e può separarsi e allora il conflitto trova una soluzione. Invece a volte la separazione diventa impossibile quindi si rimane insieme, però anche il conflitto rimane e questa è una cosa che accade spesso e il conflitto si

trasforma in *impasse* “né con te né senza di te”.

Una situazione nella quale il conflitto si ripete senza possibilità di cambiamento, una sorte di stagnazione nella quale è come se il tempo si fosse fermato, fermato proprio in questa ripetizione.

La teoria dell'*impasse* ha avuto più elaborazioni.

Un'elaborazione logica nella quale è possibile definire attraverso formule logiche l'*impasse*. La prima formula ha a che fare con la psicosi e la forma logica che l'*impasse* prende nel caso della psicosi è la contraddizione che comporta che ogni volta che si trova una soluzione il conflitto si ripete di nuovo e che sia una posizione che la sua contraria sono allo stesso livello. Un esempio è quello del doppio legame dove si distruggono reciprocamente la prima posizione ed anche il suo contrario, ma senza possibilità di superamento. Ho elaborato questa teoria in un libro dal titolo *L'impasse nella psicosi e l'allergia*.

Un'altra forma di *impasse* è il circolo vizioso cioè quando la cosa che si è scelta per uscire dall'*impasse* in realtà la ripropone. L'esempio più comune di questo è quello delle tossicomanie, quando si sceglie una droga che dovrebbe risolvere tutti i problemi ed invece diventa, lei, il problema.

La terza forma logica di *impasse* è l'alternativa assoluta. I due termini sono entrambi possibili ma diventano contraddittori perché c'è l'uno o l'altro, “il tutto o il nulla” che è una tipica modalità di pensiero psicotica, non c'è una modalità di compromesso.

L'altra possibilità di definire l'*impasse* è attraverso la temporalità. L'*impasse* può diventare tutt'uno con la vita che si fa, come nel caso di quelle situazioni che si ripetono sempre, è una temporalità circolare che la definisce. Quindi un modo per capire come essa agisce è quello individuare come funziona, in quella persona, il rapporto con la temporalità; come quella persona si situa rispetto al suo rapporto con il tempo.

La temporalità può essere lineare, cioè qualcosa che deve andare sempre nello stesso senso.

Ed ancora, c'è una temporalità ripetitiva: la stessa cosa si ripete senza cambiamento.

C'è anche una temporalità discordante cioè quando una persona si pone fuori dal tempo mentre il tempo scorre e continua a cambiare.

In queste forme ciò che le rende simili è che la vita è fissata al reale, quindi non ci sono sogni. L'assenza di vita onirica impedisce alla persona di prendere una distanza rispetto alla realtà. In questo modo si va verso l'esaurimento di forze e in questo senso ciò che chiamiamo stress è una forma di *impasse*. Ed è appunto la teoria dell'*impasse* che può far capire che cosa succede con le situazioni che noi chiamiamo di stress. Quello che intendo per stress è qualcosa di diverso, di originale rispetto a quando noi diciamo «Sono stressato perché non ho tempo...perché...», è proprio l'esaurimento delle forze psichiche. Stress in quanto processo biologico, qualcosa che si esaurisce.

A queste forme di *impasse* si può riferire la patologia organica, non nel senso che si è malati a causa dell'*impasse*, perché in questo caso faremmo un discorso di causalità lineare, invece quella che io utilizzo in maniera molto decisa è una causalità circolare.

Quindi la patologia in sé non è dovuta all'*impasse*, invece è come se in una persona la stessa sia proiettata su due livelli: un livello relazionale ed un livello biologico.

Tutto il lavoro terapeutico consiste nel riuscire a far sì che il soggetto possa rimettere insieme il piano relazionale e quello biologico.

Non è facile capire come io riesca a lavorare senza utilizzare questo concetto di causalità circolare.

Come faccio ad aiutare una persona che viene per una patologia organica, per esempio nel caso di un cancro?

È un errore interpretare il cancro come una patologia che contiene un significato simbolico. In effetti, tutto ha un senso, ma è importante distinguere un significato primario da un significato secondario.

Un senso primario è quello che determina una psiconevrosi, una psicopatologia funzionale. Si può perdere la vista per non vedere, è quello che succede nell'isteria (si vede spesso in Egitto, ma non si vede in Europa), questo è il senso primario. Il senso secondario è quello che si aggiunge dopo e che non ha nessun ruolo nell'etiologia.

Possiamo dare a un seno che si ammala di cancro tutti i significati che vogliamo, quasi come per giustificare qualcosa che non capiamo, per dare senso a una patologia che sfugge a qualsiasi comprensione. È un modo per giustificare l'ingiustificabile.

Invece, quello che cerca di fare una terapia relazionale è cercare di situare la patologia nella vita relazionale di una persona.

Il primo passo è cercare di capire se vive una situazione di *impasse* per cui quella persona gira su se stessa senza riuscire ad uscire da una situazione di esaurimento. Quindi bisogna far in modo che il soggetto recuperi energie perdute dai conflitti senza soluzione.

Evidentemente il terapeuta non può accettare una situazione di *impasse* che è per definizione una situazione senza soluzione.

Cosa si può fare allora in queste situazioni? Il compito non è quello di trovare la soluzione che è introvabile, non risolvere l'*impasse* ma scioglierla. Sta qui la differenza.

Questo si fa cercando di capire come si è creata questa *impasse* nel corso di tutta la vita di quella persona. Non si può tagliare il nodo, ma si può sciogliere e in questo senso tutta l'attività onirica acquisisce il suo potere. Essa permette di fare legame, di riconnettere l'*impasse* attuale al passato dell'individuo.

Al centro del lavoro terapeutico va posta l'*impasse* che diventa un oggetto che viene posto davanti al soggetto e non è il luogo dentro al quale il soggetto si trova imprigionato.

Questo permette già un disinvestimento del paziente rispetto alla sua patologia perché è come se la vedesse davanti a sé, lui non ne è dentro.

E quindi può cominciare a concepire di poter fare qualcosa, pensare alla possibilità di affrontare questa sua *impasse* per scioglierla. Questo lavoro del sogno avviene con una liberazione intensa dell'emozione e dell'immaginazione.

Di solito in queste situazioni di *impasse* l'emozione è completamente azzerata, viene tenuta sotto

controllo. E questo controllo non è cosciente, diventa una sorta di formazione caratteriale, una modalità di essere. Di fronte ad un lutto, ad esempio. Quella persona non sente nulla e questo è un meccanismo non cosciente. La persona è così, è un dato di fatto ma la cosa importante è capire perché quella persona è diventata così. Quindi si va a ritoccare tutta la storia del soggetto in una nuova relazione che tiene conto dell'insieme della vita della persona nel presente come nel passato.

Il lavoro sul sogno non consiste nell'interpretare il sogno come fa la psicoanalisi, decifrarlo. Tutta la teoria di Freud si basa su un postulato falso perché lui pensa che noi possiamo spiegare qual è il motivo per cui sogniamo e dice che durante il sogno c'è una eccitazione che potrebbe farci svegliare e il sogno arriva per realizzare il desiderio.

Invece il sogno arriva per darci una realizzazione allucinatoria rispetto allo stimolo. Infatti tutte le scoperte della neurobiologia ci dicono che noi sogniamo sempre, in tutte le fasi del sonno; quindi è un fatto naturale, non c'è bisogno di una teoria che ci spieghi perché sogniamo così come non c'è bisogno di spiegare perché pensiamo.

L'essere umano è fatto di una coscienza vigile e di una coscienza onirica che sono entrambe un dono della natura e l'essere umano è fatto di queste due funzioni che si contraddicono completamente. La coscienza vigile lavora con la percezione, lo spazio, il tempo e con una causalità reale; invece la coscienza onirica lavora con la proiezione, lo spazio e il tempo e con una causalità immaginaria che è fuori dal principio di contraddizione logica.

Parto da questo dato fondamentale, cioè che il sogno è un dato naturale del pensiero notturno, per lavorare con il sogno e il sogno prende il suo senso, il suo significato nella relazione. Ed è possibile concepire tutta una vita in quel dato momento e il sogno non è una realizzazione di desiderio.

Per tornare alla patologia del cancro, come è possibile aiutare una persona che soffre nel corpo? È importante tener presente il momento in cui un malato di cancro viene da me. Potrebbe essere una fase iniziale, quando il paziente ha avuto la diagnosi, all'inizio della terapia; come potrebbe essere un momento in cui è iniziata una remissione o addirittura quando si sta per affrontare la morte.

La mia esperienza copre tutto questo ampio raggio di patologia.

Il lavoro terapeutico visto da questa prospettiva fa prestare attenzione a due fenomeni: la relazione tra la fatica e la depressione, specialmente durante le chemioterapie, perché la fatica crea depressione e la depressione crea stanchezza. Il terapeuta deve fare attenzione a questo circolo vizioso che si attiva tra stanchezza e depressione e deve cercare di fermarlo, mostrando che la depressione ha altre origini che non la stanchezza. Questo è molto importante perché altrimenti nella terapia si crea questa *impasse*.

L'altro fenomeno, anch'esso molto importante, è la differenza tra dolore e sofferenza. Il dolore è fisico, la sofferenza è psichica e spesso succede che attraverso il dolore si esprima la sofferenza. Facendo questa distinzione è possibile permettere al paziente di cogliere la propria sofferenza

che si esprime attraverso il dolore e in questo modo si evita che nella terapia si ripeta l'*impasse*.

Prendendo una grande distanza dalla propria esperienza ci si accorge che la vita stessa ha la forma dell'*impasse*. In qualunque cosa facciamo, c'è una nascita e c'è una morte.

Vi cito ora alcuni versi sono di un poeta mistico arabo che si chiama Al ma' Arrî, di cui ho tradotto le poesie.

*La vita come un ponte*

*La vita è come un ponte tra una morte e un'altra*

*E la perdita dell'uomo è che questo ponte sia attraversato*

*Il ponte è attraversato*

*Non è attraversato né da me né da voi.*

Dalla presa di coscienza di questa posizione, da questa ineluttabilità dell'*impasse* che è la nostra vita, può nascere la creatività.

Vi presento due brevi vignette cliniche di due pazienti di cui una aveva un cancro all'utero e l'altra al seno.

Quella che aveva un cancro al collo dell'utero ha subito un'isterectomia. È una signora di cinquanta anni che io seguo da quattro anni, con sedute molto distanziate. Posso anche fare una terapia con sedute distanziate ed anche in breve tempo. Non c'è ritmo preciso, con questa paziente, ma mi chiama quando vuole e viene. Si è stabilizzata e sta in buono stato. Abbiamo lavorato a lungo con un'*impasse* molto precoce. È una donna africana che è stata abbandonata all'età di quattro anni da sua madre. Questo ha segnato tutta la sua vita. L'abbandono della madre era la sua *impasse* costitutiva che è stata affrontata partendo dal suo cancro. La settimana scorsa mi ha telefonato ed è venuta perché aveva sognato qualcosa. Il sogno che mi porta è incredibile, per lei.

Sogna che riesce a vomitare qualcosa che esplode come una bomba.

Le chiedo di fare un disegno e lei disegna due corpi con un buco in mezzo. Possono sembrare anche due corpi uniti e quello che li separa è questo grande buco. Il buco è la bocca, la bocca che parla non con una parola con la quale esprime la propria rabbia, ma esplode come una bomba. Attraverso questa esplosione lei può liberarsi di questa identificazione originaria con la madre abbandonica. È come se con questo sogno lei chiudesse questo lavoro terapeutico con me che è durato quattro anni, con questa espulsione esplosiva.

L'altra caso è quello di una donna, una quarantacinquenne libanese che vive tra il Libano e Parigi. Aveva un cancro al seno. Ha uno strano modo di funzionare: è una praticante buddista, con l'intenzione di dedicarsi agli altri. Ha scelto la via della santità. Fin dall'età di otto anni si è sentita responsabile della sorella, che ne aveva cinque, perché i genitori si sono separati. Questo atteggiamento di dedicarsi si è trasformato, nell'età adulta, in due attività. Una è un'attività caritatevole per aiutare i rifugiati palestinesi nei campi in Libano; l'altra è quella di fare digiuni come qualcuno dedito a qualcosa e che non ha una sua vita personale. Questo dedicarsi era senza limiti ed il cancro è arrivato in una situazione in cui lei era completamente esaurita. Non

poteva fermarsi, non poteva dire di no fino all'esaurimento e questo era sostenuto dal pensiero buddista, in una sua interpretazione peraltro, per cui lei non poteva proprio dire di no.

Il lavoro terapeutico è stato basato tutto sul fatto di riuscire a dire: «Io» e a sentire dei desideri.

Il trattamento è durato tre anni e poco tempo fa è andata in Germania per uno di questi ritiri con il digiuno, per cui per due settimane non si mangia e c'è un controllo medico. Per lei è un modo di purificarsi, un po' come la psicologia delle anoressiche, dietro cui c'è il desiderio di avere un corpo trasparente, quindi dove non c'è nessun desiderio.

Prima di andare a fare questo ritiro di digiuno ha fatto un sogno nel quale c'era come un presentimento del disastro che andava ad affrontare.

Stava con un'amica che guidava una macchina e la macchina andava verso un precipizio e cadeva in mare. Prima di precipitare l'amica le diceva di uscire dalla macchina per cui la macchina è caduta in mare, ma lei è uscita. L'amica che guidava, invece, è morta.

Nel sogno c'erano due sentimenti: sentimento di colpa per la morte dell'amica e responsabilità del fatto che lei stessa non era morta, colpevole della morte dell'altra e colpevole di non essere morta lei. Quindi tutte le sue pratiche di purificazione sono legate a questi sentimenti di colpa.

Mentre stava facendo il digiuno, poi, in Germania, le hanno fatto le analisi del sangue e hanno scoperto che i marcatori tumorali erano aumentati. Quando è tornata a Parigi è stato confermato che il cancro aveva ripreso, alle ovaie.

In questo caso il sogno è stato premonitore. E questa è la prova di quanto il sogno sia importante nella possibilità di affrontare queste situazioni di impasse.

*\*Relazione presentata a braccio*

Mahmoud Sami Ali

Professore Emerito dell'università Parigi VII

Fondatore e Direttore del Centro Internazionale di Psicosomatica di Parigi

Lidia Tarantini (per la traduzione dal francese)

Analista didatta AIPA (Ass.It.Psicologia Analitica) e I.A.A.P. (International Association for Analytical Psychology)



## Corpo, coscienza, racconto \*

Nei giorni scorsi, pensando al tema di questo convegno, mi è capitato un piccolo episodio nella vita reale che vorrei offrirvi come spunto del discorso.

Questo episodio l'ho associato ad un testo di un grande analista, Bion, che ha intitolato un suo testo *Learning from experience*.

Parto da questo fatto che non è da vedere in senso autobiografico, ma come spunto di riflessione.

Sono padre di due bambini. Si chiamano Bruno e Barbara; il maschio ha undici anni e mezzo, la bambina dieci e mezzo.

Siccome Bruno ha cominciato a studiare la mitologia greca, ha conosciuto il mito della sfinge. Io ero in un'altra stanza e ho sentito il dialogo tra di loro. Lui ha cominciato a fare delle domande alla sorellina e le ha chiesto:

- Chi sei?
- Sono Barbara.
- No, non ti ho chiesto come ti chiami, ma ti ho chiesto chi sei?

Barbara ha cominciato ad annaspere:

- E allora che devo rispondere?
- Devi rispondere "sono un essere umano".
- Va bene, allora dico "sono un essere umano".

Lui incalzava:

- E chi è un essere umano?
- Non lo so cos'è un essere umano, forse qualcosa di più di un animale.
- No non è così, devi dire cosa è un essere umano.
- Ma io non lo so.
- Allora devi dire: l'essere umano è un essere che si interroga

La cosa che mi ha colpito è la potenza di certi aspetti che si rivela perfino nella ingenua semplicità dei bambini

"L'essere umano è un essere che si interroga" mi è sembrato denso di significati, perché l'essere può essere aggettivato come umano allorché "si interroga". Interrogarsi non vuol dire fare domande ma porre radicalmente il livello della domanda su se stessi. Ecco perché è un aspetto radicale e paradossale l'interrogarsi.

Nell'interrogarsi dell'essere umano c'è quella che Jung definirebbe un'antinomia e cioè il soggetto tenta drammaticamente di cogliersi anche come oggetto.

Questo è uno spazio molto importante per la psicologia.

Oggi noi siamo bombardati dalle notizie delle neuroscienze, dalle scoperte e dalle tecniche più o meno evolute delle psicoterapie cognitive, ma io credo che la psicologia del profondo abbia veramente un futuro se ricorda la sua base di partenza: l'interrogarsi.

E io proverei a vedere che cosa evoca nella coscienza dell'uomo questo spazio dell'interrogarsi. Il primo grande psicologo della storia è Platone perché Platone in tutti i suoi dialoghi con Socrate pone continuamente una domanda «Che cos'è una cosa?» che in greco suona *τί ἐστίν*. Ed allora facciamo un po' gli analisti di Platone e chiediamoci: quando l'uomo – Platone e l'uomo in genere, perché Platone è un *topos* emblematico dell'umanità – si fa questa domanda? Qual è l'atteggiamento psicologico? Perché noi, che percepiamo con i sensi una cosa, che la definiamo con un nome, sentiamo il bisogno di chiederci «Cos'è una cosa»? Evidentemente la nostra percezione sensoriale non è soddisfatta, perché non si chiede se si è soddisfatti. Ed allora vuol dire che questa domanda si riferisce a qualcosa che non ci soddisfa. Il mondo greco ha dato una sua risposta attraverso la nascita della tragedia, cioè non si può rispondere logicamente, perché la domanda nel suo aspetto più radicale non ha niente a che fare con la risposta. Noi siamo abituati al meccanismo della domanda come antecedente alla risposta, invece la domanda nel suo aspetto più profondo ha poco a che fare con la risposta, perché la domanda ci costringe a camminare su quel filo del rasoio che è lo scacco del sapere. Questo scacco il pensiero psicoanalitico lo ha denominato con una parola: inconscio, ciò che la coscienza non può contenere. Riprendo il discorso della nascita della tragedia per dire che essa inaugura la rappresentazione. Noi parliamo di psicodramma, in questa sede, di rappresentazione. E allora chiediamoci: quando qualcosa diventa psichico? Quando qualcosa può essere aggettivato come psichico? Potremmo dire tautologicamente che psichico è qualcosa che appartiene alla psiche. Sì, ma cos'è la psiche? Psichico è la valenza rappresentativa delle cose. Questo è stato ben capito da Nietzsche che ha abbandonato il metodo deduttivo per quello genealogico, rinunciando alle cause e cercando la rappresentazione delle cose. Perché un bambino disegna? Disegna perché vuole ri-presentare il mondo; ma qui avviene un'operazione misteriosa e “inconscia”. Ripresentando il mondo, il bambino, inconsapevolmente, esprime anche il suo stile rappresentativo e quindi rappresenta la propria soggettività. Questo è uno dei motivi per cui i critici riescono a distinguere quadri di diversi autori, un Van Gogh, da un De Chirico, da un Morandi; attraverso lo stile che è esclusivamente di un pittore e non di un altro. Ripresentazione, ma inconsapevolmente rappresentazione di sé. Questa è un'operazione psichica. Diceva Jean Paul Sartre che se c'è un oggetto per eccellenza psichico questo è il corpo. E allora chiediamoci: «Che cos'è il corpo?» Chiediamoci cos'è il corpo per accedere a quella valenza rappresentativa del corpo che lo rende psichico. La psicopatologia tedesca ci ha dato questa stupenda oscillazione semantica e rappresentativa

del corpo attraverso due termini: *körper* il corpo nella sua anatomia, *cosità* e *leib*, il corpo vissuto.

Il corpo che ho e il corpo che sono.

Si coglie nell'oscillazione semantica la valenza rappresentativa del corpo in quanto oggetto psichico. Per questo il corpo nella sua valenza psichica non sarà mai il corpo dell'anatomopatologo.

Come possiamo capire meglio questa valenza rappresentativa del corpo?

Un altro grande fenomenologo, Merleau Ponty, ci dice che «il corpo è come una soglia d'ombra dove transita la luminosità della coscienza».

Vuol dire che per capire veramente nella sua psichicità il corpo dobbiamo capire cos'è la coscienza.

Questo misterioso fenomeno, in molti hanno provato a spiegarci le modalità della coscienza, ma nella sua essenza rimane un elemento misterico, perché non si capisce bene come nella progressione dei livelli da quello minerale a quello vegetale a quello animale a quello umano ad un certo punto si produca la coscienza. E la coscienza, ci dice Husserl, grande matematico fenomenologo, è basata essenzialmente su quattro parametri.

1. Il tempo, ovviamente non è il tempo della fisica, ma è il tempo vissuto;
2. lo spazio vissuto di cui fa parte il corpo, la prima metafora dello spazio vissuto è il corpo;
3. l'intenzionalità: questo spazio e questo tempo non sono neutri ma sono sempre intenzionati a qualcosa
4. l'autoriflessività, cioè quella capacità che la coscienza ha di dire “questo spazio, questo tempo, questa intenzione sono il *mio* spazio, il *mio* tempo, la *mia* intenzionalità e non quella di altri.

Questo quarto parametro è quello che la psicologia denomina con la parola più piccola cioè Io.

Io non è altro che l'autoriflessività della coscienza. Su questo ha scritto bellissime pagine il grande psichiatra e psicopatologo tedesco Zutt.

Per cui l'Io non è altro che sentire propri il tempo, lo spazio corpo e l'intenzionalità.

Anche il corpo ha un tempo, cosa fanno i medici quando indagano attraverso la anamnesi? La memoria del corpo, la storia del corpo.

E cosa fanno i medici quando esprimono questo tempo anche nel futuro? La prognosi.

Anche il corpo ha uno spazio un'intenzionalità, perché il corpo è sempre intenzionato a qualcosa attraverso l'espressione fisiognomica, lo sguardo, il movimento delle mani e il corpo è anche il mio corpo.

Corpo e coscienza sono strettamente connessi e le caratteristiche del corpo e i suoi elementi fondamentali tempo, spazio, intenzionalità, autoriflessività sono gli stessi della coscienza.

Quello che la fenomenologia tedesca esprime con il termine *erlebiss*.

C'è una terza metafora di questi elementi fondamentali oltre alla coscienza e al corpo, è il racconto. Cosa si fa in psicoterapia? Il racconto ha un suo tempo: l'infanzia, il passato, la progettualità, ha un suo spazio perché crea dei *topoi*, le vicende si svolgono in alcuni luoghi; ha

una sua intenzionalità: «Mi racconti la sua storia...», «Sento il bisogno di raccontare qualcosa... ed è il mio racconto».

Diceva Jung, e questa è una sua grande intuizione, che la psiche è essenzialmente antinomica, cioè continuamente oscillante tra due polarità.

L'uomo è un animale simbolico perché la psiche è antinomica, come recita il termine simbolo, *sum-ballein* tiene insieme 2 nomi, 2 registri; *nomos* vuol dire anche legge, oltre che nome.

Se noi su un registro abbiamo corpo, coscienza, racconto, allora abbiamo necessariamente altri tre poli perché si costituisca l'antinomia.

Il corpo ha come suo polo antinomico, per esempio, il biologico. Il biologico non è il corpo ma è composto da cellule, tessuti, neurotrasmettitori, biochimismo che non sono il corpo, perché il corpo ha una sua forma.

Questo aspetto è stato intuito da un grande neurofisiologo, il premio Nobel Gerard Edelman che dice che si può parlare di mente allorché si può parlare di forma. Anche il linguaggio denuncia questo nesso, si dice comunemente *forma mentis*.

La coscienza, che è la strutturazione degli eventi in un tempo, in uno spazio, in un'intenzionalità e in un'appropriazione, ha come polo antinomico quello che la psicoanalisi ha definito l'inconscio.

Bisogna liberarsi dalle concezioni ormai forse restrittive sia dell'inconscio freudiano visto come rimosso sia come progettualità junghiana, che sono vere, ma l'inconscio nella sua essenza è non coscienza e, se la coscienza è tempo – spazio - intenzionalità, l'inconscio è non tempo – non spazio – non intenzionalità.

E il racconto ha come polo antinomico il linguaggio. Il linguaggio è la generale predisposizione alla lingua, il racconto invece struttura il linguaggio in un tempo, in uno spazio, in un'intenzionalità e in un *mio* racconto.

Io quindi direi che possiamo contemplare il funzionamento psichico attraverso questi registri antinomici: corpo / biologico, coscienza / inconscio, linguaggio / racconto.

Quando parliamo della coscienza, e quindi anche di corpo e di racconto, il concetto più importante che ci viene dalla psicopatologia è quello di soglia. C'è una soglia varcata la quale le situazioni vengono strutturate in significati

Al di sotto di questa soglia questi significati si perdono.

Diceva il poeta tedesco G Trakl: «Sono estremamente inquietato davanti al silenzio della pietra ma persino il silenzio della pietra quando varca la soglia della coscienza può acquisire un senso».

Anche il corpo può essere muto come quello della pietra, se si pensa ad un cadavere, ma se varca quella soglia della percezione, come diceva il poeta William Blake, acquisisce un senso.

E allora cos'è terapia?

Terapia è cogliere l'oscillazione attraverso questa soglia.

Diceva Jung in una sua grande frase «le cose sono contemporaneamente consce ed inconse».

Sembra un assurdo perché noi siamo abituati al concetto di inconscio come rimosso, quindi prima sono coscienti poi vengono rimosse.

«No - diceva Jung - sono contemporaneamente cosce ed inconse».

Terapia è cogliere il varco tra queste oscillazioni. Ecco perché Bion ci dice «qui ed ora»; la terapia è la percezione del momento presente. Perché il presente è qualcosa che non è mai effettivamente temporizzato in quanto un secondo prima che noi lo viviamo è ancora futuro e un secondo dopo è già passato.

Come recita una frase di un film per ragazzi che ho visto: Kung Fu Panda «L'oggi è un dono per questo si chiama presente».

*\* Relazione presentata a braccio*

Luigi Aversa

Psichiatra, psicologo analista, docente e past President del CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica), membro I.A.A.P. Già docente presso le Università La Sapienza e Tor Vergata di Roma. Fondatore della Società Italiana di Psichiatria Trans-culturale



## Se l'inconscio parla attraverso il corpo

Giovanna è una donna di cinquant'anni che arriva da me su insistenza della sua amica Martina, che mi conosce, e appare subito come una donna assai pacata e gentile.

Nella prima seduta Giovanna mi dice, appunto, che Martina ha tanto insistito affinché prendesse questo appuntamento ma che lei non è affatto convinta di questa scelta perché, dichiara, non ha mai avuto problemi psicologici: la sua vita è stata sempre piuttosto tranquilla e le cose, anche se con qualche difficoltà, vanno sempre nello stesso modo, cioè normalmente.

L'unico fatto imprevisto è accaduto il mese prima: ha cominciato ad avere una tosse persistente che, malgrado le cure del caso, non le passava ed i successivi accertamenti hanno confermato una diagnosi arrivata come un fulmine a ciel sereno: cancro ai polmoni.

Questo, in breve, è il discorso iniziale di Giovanna.

Lo so che non dovrei aspettarmi di udire determinate parole da un paziente, che probabilmente lo Psicoanalista con la P maiuscola non farebbe così, ma ormai sono quasi trent'anni che dedico una parte consistente del mio lavoro a coloro che sono affetti da gravi malattie organiche e Giovanna sarà almeno la trentacinquesima paziente con il cancro che io seguo, motivo per cui non posso tacere quella che reputo la mia verità su questi pazienti e su ciò che ho tratto e tratto dall'ascoltarli analiticamente, ivi compreso che, quando inizio un lavoro con loro, un po' mi aspetto di udire certe cose.

L'esperienza, i lavori di supervisione di tanti anni con il professor Modigliani, con la dottoressa Elena Benedetta Croce e con la dottoressa Maria Ilona Marozza e, devo dire, grazie anche a qualche "pomodoro simbolico" di cui sono stata a volte bersaglio, mi hanno insegnato che, quando scrivo degli articoli o parlo ad un convegno presentando lavori sul trattamento delle implicazioni psichiche dei malati di cancro, si rende necessario che io mi riferisca esclusivamente al mio ascolto analitico sul quale sono certa di poter dire qualcosa e di cui, ben inteso, mi assumo *in toto* la responsabilità.

Comunque, confesso, quando Giovanna arriva alla prima seduta tutta compita ed educata ed inizia a parlare io apro il mio ascolto a lei, ma, contemporaneamente, comincio anche "ad essere parlata" da quella parte di me che ha condiviso quasi trent'anni di studio e di lavoro col professor Modigliani. Egli mi ha iniziato al lavoro con i pazienti affetti da gravi malattie organiche e, quindi, nel momento in cui Giovanna esclama riferendosi al suo cancro: «Ma perché proprio a me?», non posso non rilevare ancora una volta che, magari sarà solo un caso, però tutte le persone con un cancro che ho seguito hanno sempre espresso questo interrogativo nei colloqui preliminari.

Inoltre mi preme sottolineare che le questioni emerse successivamente nella cura di questa paziente mi hanno puntualmente riproposto nodi cruciali che ho riscontrato essere assolutamente ricorrenti nel trattamento psicoterapeutico o analitico dei pazienti oncologici seguiti nel corso di questi anni.

Infatti, anche Giovanna appare subito come una persona molto educata e gentile che parla in tono pacato utilizzando un linguaggio che non prevede mai nulla di sconveniente e che risulta, comunque, in qualche modo distanziante.

Giovanna inizia a raccontare che è originaria di un paesino delle Marche, che ha una madre, a suo dire, poco espansiva e poco affettuosa, che le ha delegato sin da piccola innumerevoli responsabilità relative alla gestione della casa ed alla cura delle tre sorelle più piccole, le prime due nate a distanza di due anni l'una dall'altra e l'ultima dopo otto anni. Il padre viene descritto come rigido e un po' irascibile, ma nella sostanza fragile e assente.

Infatti Giovanna riferisce che quando lei era piccola lui stava sempre fuori casa per via del suo lavoro in banca e, da un punto di vista più specificatamente psichico, era poco interessato alla vita familiare e succube della moglie, morirà per infarto quando Giovanna ha ventidue anni, otto mesi dopo il trasferimento della famiglia a Roma.

La paziente viene fatta comunque studiare, così come le sorelle di cui si deve sempre occupare, ma al quarto anno della facoltà di giurisprudenza, sei mesi prima della morte del padre, diventa preda di una forte dimensione inibitoria, apparentemente in seguito alla bocciatura ad un esame che trova particolarmente difficile (qui devo dire la verità, mentre scrivo questa relazione faccio un lapsus di cui mi accorgo solo dopo, rileggendo il testo, infatti scrivo *delitto penale*, invece che, ovviamente, diritto penale).

Giovanna descrive questo periodo come molto duro per lei perché è rimproverata continuamente dalla madre che non tollera il suo blocco verso lo studio: la paziente ammette che, pur volendo apparentemente riuscire a studiare con tutte le sue forze, di fatto faceva un'enorme fatica. Non riusciva, infatti, a concentrarsi né tanto meno a memorizzare e più si obbligava a stare seduta sulla sedia “come una novella Alfieri”, dice, più i risultati erano deludenti.

La morte del padre peggiora la situazione: Giovanna non sa cosa fare. Si trova infatti di fronte ad un nuovo problema: la banca dove lavorava il padre intende assumerla per cercare di aiutare la sua numerosa famiglia.

Pur desiderando da sempre di diventare un avvocato penalista, ora si trova a dover affrontare non solo quel suo incomprensibile blocco per gli studi, ma anche le insistenze della madre che, a suo dire, non le lascia scelta: accetta, quindi, di entrare in banca.

Dalle parole che la paziente seguita a pronunciare via via nel susseguirsi delle sedute ho l'impressione che lei e la sua vita abbiano preso strade diverse e si siano assolutamente allontanate fra loro: da un lato c'è Giovanna che inizia o forse seguita a vivere una vita, potrei dire “manifesta” sulla base di una dimensione di identità in cui, secondo il suo ascolto soggettivo, non può che obbedire a una madre da cui non può differenziarsi, dall'altra una soggettività sempre più lontana e oscura in cui la questione del desiderio si frammenta fino a scomparire.

In pratica nei primi trent'anni della sua vita Giovanna ha seguito sempre a lavorare per aiutare la sua famiglia d'origine, specie sua sorella più piccola a cui ha praticamente fatto da madre, in

seguito, cioè dai trent'anni in poi, apparentemente ha iniziato quella che sarebbe dovuta essere una nuova vita, ma che in realtà si è poi rivelata una sorta di ripetizione dell'esistenza precedente. Infatti la paziente ha seguito ad essere schiacciata da un lavoro che non le è mai piaciuto e a dedicarsi ad un marito che un po' alla volta scopre essere, almeno nel discorso che ne fa, se possibile, ancora più dispotico e anaffettivo della sua stessa madre, morta qualche anno prima; da questo matrimonio non nasceranno figli.

Sorvolo su possibili disquisizioni relative a quanto spesso si possa constatare come nella vita sia gli uomini che le donne fondamentalmente cerchino nel partner la madre, specie quelli che a quest'ultima vogliono ostinatamente seguire a rimanere sposati, idea di certo non nuovissima ma di sicuro assai valida.

Fatto sta che anche la vita di Giovanna, così come quella di tanti altri miei pazienti che hanno sviluppato un cancro, è andata avanti apparentemente senza grosse sofferenze, almeno per come lei la descrive e per come in fondo sembra rappresentarsela, anche se aprendo un ascolto più attento si coglie chiaramente che le cose non stanno precisamente come lei intende raccontarsele. Infatti riferisce sempre di più di un'infanzia non certo allegra, vissuta con due genitori con cui le relazioni sono state contraddistinte da poco calore e da ancor meno riconoscimento soggettivo, con dei fratelli e sorelle poco espansivi di cui si è dovuta troppo occupare e che, almeno nel discorso che lei ne fa, appaiono molto concentrati su se stessi e poco comunicativi. La paziente pertanto sembra aver dovuto accollarsi, con le sue modalità apparentemente molto altruistiche, pesi non proprio indifferenti, pesi che forse ancestralmente hanno schiacciato la sua capacità di soffrire, così come ci dice Modigliani; impedendole di lottare per il raggiungimento di qualche mèta ritenuta importante e vitale per lei stessa.

Certo è che quattro anni prima dell'insorgenza del cancro subisce la perdita della madre e riferisce che poco tempo dopo in banca viene relegata a dei ruoli sempre meno rilevanti, la sua posizione viene via via ridimensionata, fino a scomparire del tutto a causa di cambiamenti avvenuti nel mondo del lavoro. La paziente descrive, a questo proposito, di molte situazioni in cui è stata trattata con poco garbo e considerazione dai colleghi, fino a subire dei veri e propri soprusi, rispetto ai quali però non ricorda di aver mai avuto delle reazioni di scontento o di rabbia: sembra aver accettato tutto con assoluta e, secondo lei, ovvia rassegnazione. Alla fine, lo scorso anno è stata licenziata e da allora pare che la sua vita sia ulteriormente peggiorata.

Da quel momento, infatti, si è trovata totalmente in balia del marito che col passare degli anni dice essere diventato sempre più irascibile e anche manesco, forse perché, quattro anni prima la sua piccola azienda è fallita e lui ha cominciato a bere.

Ora lasciamo un attimo in stand-by Giovanna perché al momento mi preme agganciare la situazione descritta ad alcuni punti salienti tratti da una serie di interviste rilasciate dal professor Modigliani.

Infatti, qualche anno prima che lui morisse, avevo iniziato un lavoro finalizzato alla sistematizzazione del suo pensiero che ora intendo cercare di riprendere e concludere per evitare che tante importantissime sue idee vadano perse.

Le registrazioni in questione sono state raccolte in parte da me e in parte da Nicoletta Brancaleoni.

Spero quindi che quanto sto per comunicarvi possa essere un dono per lui, ovunque esso sia, e per noi tutti.

Per chiarezza ed evitare equivoci debbo fare un preambolo e cioè ribadire che il professor Modigliani ha sempre affermato, riguardo all'eziopatogenesi del cancro, che l'ipotesi da prendere seriamente in considerazione è senz'altro trifattoriale; secondo lui esistevano infatti cause di tipo genetico, cause di natura ambientale e altre che potevano essere ricondotte a dimensioni psichiche. Relativamente al primo fattore, cioè quello genetico, si diceva sicuro che i medici e i ricercatori avrebbero seguito i loro studi e prima o poi avrebbero trovato dei rimedi sempre più efficaci; rispetto all'ambiente sperava che la politica potesse impegnarsi sempre di più per risolvere i problemi che riguardano appunto le varie questioni ambientali del nostro pianeta; per il terzo fattore, cioè quello che poteva avere attinenza con le dimensioni psichiche, riteneva che noi psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti avremmo potuto e dovuto provare a fare quel che si poteva per la psiche anche attraverso l'incremento di uno specifico lavoro di ricerca che sottolineava essere, fra l'altro, in fondo, più economico di altri.

Do quindi la parola, se così si può dire, al professor Modigliani

*«Sono giunto alle mie conclusioni rispetto alla ricerca di possibili cause e concause anche psichiche del cancro e delle gravi malattie organiche essenzialmente attraverso la mia esperienza clinica di tipo psichiatrico.*

*Un punto di partenza fu il seguente: circolavano vari articoli, soprattutto americani, ed anche delle osservazioni nate in paesi europei, sul fatto che nei pazienti ricoverati nei manicomi, in particolare nei pazienti schizofrenici ma anche maniaco-depressivi e paranoici, l'incidenza dei tumori maligni fosse quasi pari a zero: pochissimi si ammalavano di cancro.*

*Quella fu una base per me molto significativa, in quanto in quel periodo c'erano persone che vivevano nelle strutture psichiatriche anche per trenta anni e quasi nessuno si ammalava di un tumore maligno. Negli anni '50 e '60 questa questione era di dominio pubblico: tutti sapevano che ai "pazzi", in genere, non veniva il cancro.*

*Altra considerazione importante fu quella relativa ad un'osservazione che mi fece un chirurgo italiano primario di un noto ospedale romano, persona intelligente ed aperta. Mi raccontava (e in seguito anche altri chirurghi me lo hanno confermato) che quando i malati psichiatrici venivano operati per un problema intercorrente, quale poteva essere un'appendicite, questi pazienti durante la degenza non manifestavano più i sintomi psichiatrici, erano lucidi, stavano bene. I loro soliti disturbi scomparivano un po' prima della degenza per ripresentarsi di nuovo soltanto alla fine del periodo post-operatorio. Questa osservazione mi fu confermata dal professor Isaac, primario chirurgo all'ospedale di Jaffa di origine ungherese, incontrato più volte in Israele, che mi disse che i pazienti psichiatrici in procinto di essere operati manifestavano una relativa "normalità".*

*Questa sorta di conversione dallo psichico al somatico aveva quindi indotto gli psichiatri ad utilizzare la piretoterapia, poi le terapie da shock ed infine l'elettroshock.*

*Si era, quindi, creato questo percorso per cui, agendo in base ad una ragione sbagliata, si operava correttamente.*

*In effetti, l'idea che fosse la malattia fisica a guarire quella psichiatrica non era esatta: ad esempio, accadeva che, nel caso di adolescenti e giovani schizofrenici, soltanto una minoranza di essi non ricadesse nella psicosi dopo un'interruzione della crisi psicotica causata da una malattia organica spontanea o indotta per piretoterapia. I ragazzi venivano curati e guarivano ma essenzialmente grazie ad un'evoluzione spontanea della personalità: tuttavia molti si illudevano che fosse stata la malattia organica a indurre una guarigione completa.*

*La malattia organica, in quanto tale, può interrompere un ciclo ma non può far guarire. La coincidenza in certi casi era data dal fatto che in età giovanile, soprattutto fra i 16 e i 30 anni, in seguito ad una esperienza così tragica come una psicosi, si possono sviluppare risorse tali che alcune crisi, se sono trattate intelligentemente, possono portare ad uno sviluppo della personalità.*

*Ho iniziato, quindi, proprio a partire da queste considerazioni, ad ipotizzare una correlazione tra regressione e sviluppo del cancro.*

*Contemporaneamente sono venuto a conoscenza, attraverso le loro pubblicazioni, degli studi dei Babnson, di Le Shan e dei Simonton.*

*Le Shan è stato uno dei primi a sperimentare la psicoterapia sui malati di cancro. Anche i Simonton, in una clinica, hanno fatto molta attività terapeutica sui pazienti oncologici ottenendo dei risultati apprezzabili.*

*I Babnson, che sono scienziati con la "documentazione in regola", hanno fatto serie e lunghe ricerche negli ospedali e penso che conoscano profondamente la psicoanalisi. La loro ipotesi è che, se presenti in modo prevalente nella struttura difensiva della personalità, la negazione e la rimozione siano i meccanismi di difesa che possono produrre conseguenze mortali: questo loro convincimento è, secondo me, assolutamente indiscutibile. Infatti i soggetti che si ammalano di cancro, prima della insorgenza della malattia, non sono consapevoli di avere delle problematiche psichiche o quantomeno non lo sono in modo sufficiente, per cui non riescono a interrogarsi circa l'utilità di comprendere il funzionamento della propria psiche.*

*Dissentono, invece, dai Babnson, quando affermano che la malattia organica sarebbe un surrogato della malattia psichica: la mancata risoluzione di propri conflitti in un soggetto può condurre ad una malattia psichica, mentre in un altro può condurre ad una grave malattia organica; sembrerebbe, quindi, una questione di alternative: una cosa al posto di un'altra.*

*Io ritengo invece che esista una scala di regressione per cui, pur ammettendo che il meccanismo sia quello di "invece di una cosa, un'altra", ciò avvenga lungo un continuum, per cui le malattie neoplastiche rappresentano la regressione più arcaica, quella che riproduce i meccanismi di formazione del feto.*

*La negazione e la rimozione sono dei meccanismi di difesa, cioè meccanismi di rifugio e di fuga dalla sofferenza che, però, lasciano del tutto insolite le situazioni conflittuali inconsce che sono quelle che poi possono dar luogo, a volte, a malattie psicosomatiche gravi, comprese quelle mortali.*

*Ed il cancro è indubbiamente una malattia mortale: infatti ancora oggi, nonostante i progressi compiuti, la mortalità è alta.*

*Quello che io cerco, nella mia illusione, di comprendere, è di capire come si possa giungere a cogliere l'infelicità inconscia del paziente così da attenuarne le conseguenze in quanto tale infelicità, se rimossa, può essere altamente patogena.*

*È difficile calcolare, almeno finora, come distinguere l'infelicità inconscia in qualche modo sopportata, senza conseguenze letali, dall'infelicità inconscia che può dare anche conseguenze mortali.*

*In altre parole, rimozione e negazione sono meccanismi di difesa dell'Io che però possono essere, nello stesso tempo, meccanismi di offesa dell'inconscio e della vita pulsionale. Si tratta di vedere come l'inconscio possa in qualche modo sopravvivere all'offesa della negazione e della rimozione.*

*Ci possono essere personalità che riescono a convivere con meccanismi di difesa pesanti e relativamente antieconomici che però consentono la sopravvivenza.*

*Ci sono invece personalità nelle quali la negazione e la rimozione, in apparenza relativamente innocue, sono mortali.*

*Il depresso intrattabile, che poi si ammazzava, cela la sua depressione: ci sono tanti depressi che non sembrano tali e la famiglia, i parenti, gli amici arrivano a scoprire il loro disagio solo dopo la loro morte.*

*Possiamo anche annoverare tra i depressi inconsci, o prevalentemente inconsci, coloro che si ammazzano sulle autostrade, nell'alpinismo o in altri sport: sono tutti depressi inconsci che hanno deciso di farla finita.*

*Oppure, pensiamo a quante migliaia di giovani cercano, di fatto, la morte sulle autostrade perché prima si vanno a drogare, poi si mettono al volante e causano incidenti automobilistici! 50 morti ogni week end, in Italia. Questi, secondo me, sono i depressi intrattabili.*

*Allora, il discorso paradossale, che faccio io, è questo: se confrontiamo questi "depressi inconsci" ed il malato di cancro, quest'ultimo è, paradossalmente, pieno di salute perché avverte la comparsa dei sintomi (sperando poi che, quando arriva all'operazione, sia trattabile chirurgicamente, perché può succedere anche altrimenti, naturalmente). Però il malato di cancro ha, potremmo dire, "il vantaggio somatico", nel senso che ad un certo punto qualche cosa succede nel suo corpo e ciò può costituire un campanello di allarme che potrà, forse, far sì che ci sia una possibilità di essere trattato, mentre il suicida "sano" non si dà nemmeno questa possibilità: ciò è evidente specialmente nei giovani, fra cui c'è un'alta percentuale di malati psichiatrici gravi che non venendo compresi come tali, poi sono destinati a soccombere.*

*Allora il vantaggio delle malattie psicosomatiche avvertibili è che essendoci dei sintomi si può tentare una cura. Si potrebbe ipotizzare, però, che nel cancro esista una concausa di tipo psicosomatico, quindi tra il corto circuito del suicida sano di mente e il suicida oncologico sarebbe meglio quest'ultimo perché dei sintomi, prima o poi li denunciarebbe. Insomma, forse una malattia psicosomatica anche se molto grave potrebbe essere meglio del suicidio.*

*Viceversa, nella patologia che sottende le malattie psicosomatiche non manifeste, ipotizzo ci possa essere una prevalenza del Super-io che inconsciamente schiaccia la speranza di un mutamento, quindi non ci sarebbe più il conflitto, che rappresenta in fondo una salvezza, così come invece è nella nevrosi, via d'uscita rappresentata dal conflitto che genera la sofferenza. Quando non c'è possibilità di conflitto conscio si paralizzava la funzione salvifica della malattia.*

*Ad esempio, nel caso in cui il cancro non presenti né sintomi fisici né sintomi psichici, il malato cade dalle nuvole: «Ma come? Io stavo tanto bene!». Poi capita frequentemente di scoprire che magari era una persona che lavorava troppo, che non riusciva nemmeno, aggiungo io, ad immaginare di poter privilegiare una posizione soggettiva anche a rischio dell'impopolarità.*

*In questi casi il Super-io ha emesso la sentenza di morte.*

*Quello che è da capire, però, è il motivo per cui alcune situazioni conflittuali gravissime determinino, per esempio, la psicosi o altre malattie gravi che però emergono e si lasciano curare, mentre, in altre situazioni, si vada verso*

*malattie mortali.*

*Io ritengo che dipenda dalla particolare struttura di un Super-io che non tiene conto delle minime necessità vitali dell'individuo. Quando la sintomatologia è assente o minima e quindi non avvertibile come rischio, allora dobbiamo pensare che la prepotenza schiacciante del Super-io impedisca il proporsi di una speranza di mutamento.*

*L'infelicità inconscia quindi è un punto importante e Jung mi ha sempre molto colpito con la sua concezione di INDIVIDUAZIONE che è in sostanza una concezione di equilibrio psichico raggiungibile con la presa di coscienza di dinamiche inconse.*

*In Freud c'è già l'acquisizione di consapevolezza, cioè la possibilità che problemi inconsci, diventando percepibili, rappresentino un'evoluzione: egli sosteneva che l'individuo può vivere cercando un equilibrio tra lavoro e amore, in uno stato di moderata depressione, ma col concetto junghiano di individuazione c'è il differenziarsi, nella personalità, di tratti caratteriali singolari, una tendenza all'originalità.*

*Già la psicoanalisi considerava implicito il raggiungimento di una consapevolezza di proprie caratteristiche individuali, che implica una contrapposizione al subire quello che Jung denominava il collettivo. Ancora nell'Ottocento, il concetto di educazione era quello di conformarsi fondamentalmente alla cultura collettiva, all'educazione e al comportamento collettivo. Secondo me, Freud considera la nevrosi conseguenza di una difficoltà di adattamento legata a tratti personali, che pretendono un "pagamento" troppo elevato per adeguarsi ad una realtà percepita come distante. Con la cura della psicoanalisi si imparava non solo a riadattarsi ma anche a scoprire se fosse possibile adattare un po' l'ambiente a se stessi: infatti non è solo il paziente a doversi riadattare all'ambiente ma egli dovrebbe diventare consapevole che è possibile ottenere dei mutamenti nell'ambiente che permettono di mantenere qualche caratteristica personale sentita come irrinunciabile. Questo aspetto, secondo me, è già presente in Freud: non solo conoscere la propria realtà inconscia, le proprie necessità inconse, l'obbligo di rispettare aspetti istintuali, ma anche accettare la realtà sana del compromesso. In fondo, la salute psichica nel mondo civile occidentale consiste nel riuscire a capire innanzitutto se stessi, sulla base anche della comprensione di aspetti inconsci non trasformabili, e nel cercare di adattarsi alla realtà sociale, ed a quella che è poi la necessità della vita.*

*Nella psicoanalisi freudiana l'importante è la conoscenza della realtà inconscia, cioè sapere di quei conflitti che entro certi limiti si possono affrontare. Il sintomo della nevrosi è intrattabile, in quanto la radice è inconscia: la psicoanalisi permette, quindi, di rendere conscio il conflitto che, una volta conscio, può essere meglio sopportato ed in parte anche eliminato, mentre, se è inconscio, ciò non è possibile.*

*In sostanza, una base comune della psicoanalisi e della psicologia analitica è quella di conoscere aspetti inconsci di se stessi. Secondo me in Jung è posto l'accento sull'individuazione, cioè sulla necessità di accettare anche degli aspetti nevrotici propri che siano ineliminabili e che rappresentino, però, realizzandosi, l'espressione della originalità dell'individuo.*

*In sintesi, la mia definizione della psicoanalisi è questa: è il mezzo per imparare a soffrire con intelligenza. Perché poi, affrontata con i metodi freudiani o con quelli junghiani, la vita è comunque sofferenza per tutti, si tratta allora di scegliere un metodo per soffrire con intelligenza. Il concetto di Ombra di Jung mi pare intelligentissimo perché pone l'accento sulla consapevolezza della esistenza in noi di qualche cosa di "sofferto" che non si può correggere, e che va quindi accettato. Il concetto originario freudiano è che con la consapevolezza si risolvono molte*

*cose, invece Jung dice «La consapevolezza sì, ma la consapevolezza che comunque una parte sofferta di noi rimane, e dobbiamo solo riuscire a viverla con intelligenza».*

*Il problema è come rendere conscia l'infelicità inconscia prima che ammazzi l'individuo.*

*La possibilità di sopravvivenza, nella specie umana, implica un'omeostasi masochistica cioè un equilibrio nell'accettazione della sofferenza; questo processo è in buona parte inconscio ma in coloro che muoiono di cancro probabilmente non avviene: assistiamo in questi casi al suo fallimento.*

*Fallimento che potrebbe forse dipendere da un rifiuto radicale e assoluto della sofferenza. Si potrebbe ipotizzare che i malati di cancro, che fino all'insorgenza della malattia pensano di stare bene, presentino un'impossibilità radicale di sofferenza che li porta a preferire il suicidio.*

*L'omeostasi masochistica è un processo che provoca sofferenza, anche consapevole, ma comunque si vive.*

*Nel caso, poi, di remissione ed eventuale guarigione somatica dei soggetti psicosomatici affetti da patologie mortali, è necessario curare anche la restante patologia psichica.*

*Come la nevrosi è un modello di salute e una neo-nevrosi è il risultato ottimale della psicoterapia delle psicosi, così la patologia psichica inconscia, essenzialmente caratteriale, concausa delle patologie psicosomatiche mortali, dovrebbe essere considerata come equivalente di una psicosi e considerare lo strutturarsi di una neo-nevrosi come risultato ottimale della sua psicoterapia...».*

Nel riproporre gli aspetti salienti delle idee del prof. Modigliani, si può osservare che la sua teoria può ricondursi ad un modello di fissazione-regressione che si basa sul tentativo di organizzare gerarchicamente le patologie collegabili a vari stati psichici in un *continuum* che va da dimensioni molto gravi connesse a stati psichici arcaici, frammentari e quindi più vicini al somatico, ad altri in cui l'Io risulta invece più integrato, come avviene ad esempio nelle nevrosi, rifacendosi in parte ad un modello freudiano basato su una teoria dello sviluppo della sessualità infantile che prende in considerazione la pulsione e i suoi destini.

Immagino quindi che alcuni possono obiettare che questa visione può essere considerata potenzialmente semplificativa con possibili conseguenze per la clinica, ma, ripeto, nel mio ascolto analitico, che in passato ho tentato più volte di riportare attraverso l'esposizione di vari casi clinici, ho sempre riscontrato il riproporsi di taluni temi fondamentali evidenziati dal professor Modigliani e non solo, ben inteso.

Certamente come sostiene E. Gaddini bisogna stare attenti al fatto per cui descrivere correttamente un fenomeno non significa avergli trovato una spiegazione (Gaddini, 1972c, p. 289).

Per il momento, relativamente al professor Modigliani, mi fermerei qui per dire ancora qualche altra cosa sulla questione del corpo e di quei segni e di quei sintomi, frutto del linguaggio e del transfert.

La ricchezza e la complessità delle situazioni cliniche provoca, infatti, richiami e suggestioni diverse, a volte anche lontane fra di loro.

Il caso di Giovanna, come del resto quelli di tutti i pazienti affetti da gravi malattie organiche, non solo mi sollecita il ricordo del pensiero di Modigliani, trovando ancora una volta conferma

di alcune sue intuizioni, ma mi riconduce anche al pensiero di Jacques Lacan sulla malattia psicosomatica.

Lacan, a proposito del fenomeno psicosomatico, parla di investimenti intra-organici e autoerotici della libido che si effettuerebbero sull'organo invece che sull'oggetto e lo colloca nell'ambito dell'esperienza psicoanalitica del corpo che lui intende essere attraversato dal significante, quindi un corpo parlante preso nella rappresentazione.

Quindi la questione del corpo non più solo biologico, ma pulsionale, che pone l'interrogativo di come fare per spostarsi al di là della soddisfazione del bisogno, la questione del fare i conti con ciò che c'è al di là del principio del piacere.

Lacan afferma che nei fenomeni psicosomatici esiste un legame col linguaggio, ma si è fuori soggettivazione in quanto, come nelle psicosi, è fallita la metafora paterna. Si ha, dunque, un congelamento della catena significante che produce vari casi: manifestazioni psicosomatiche, debilità mentale, psicosi; situazioni in cui, però, la posizione del soggetto è diversa.

Il congelamento della catena significante fa sì che il soggetto non possa avere un rapporto dialettico con l'Altro (anche se seguendo le idee del professor Modigliani si dovrebbe dire che questo tipo di fallimento deve essere per qualche verso diversificato rispetto a ciò che, ad esempio, accade per la psicosi). Le lesioni possono essere come delle tracce quasi pre-significanti inscritte nel corpo, come dei geroglifici che non presuppongono un grido rivolto all'Altro, perché di quest'ultimo non è prevista la rappresentazione così come è invece per il sintomo isterico,

Questa iscrizione sarebbe nell'ordine del numero prova dell'impossibilità a passare per la significazione della lettera e per la soggettivazione del desiderio.

Si potrebbe forse pensare ai fenomeni psicosomatici come a delle impronte che sarebbero la conseguenza di un corpo separato dal godimento e ciò porrebbe di nuovo la questione se sia possibile trasformare i fenomeni psicosomatici in sintomi analitici in cui si può intervenire attraverso il transfert.

Jean Guir (1987) sostiene, ad esempio, che nel fenomeno psicosomatico il godimento è specifico ed autoerotico e che perciò ci troveremmo di fronte ad una certa modalità di godimento per il corpo e a una particolare trascrizione del fantasma del soggetto che apparirebbe nella cura.

Nel Seminario XI, prendendo spunto dagli esperimenti di Pavlov, Lacan considera il fenomeno psicosomatico come l'altra faccia della medaglia rispetto alla ripetizione. Mentre, infatti, nella ripetizione, si coglie il soggetto che insegue il proprio desiderio sulla traccia della mancanza d'essere, nel fenomeno psicosomatico non si ritrova il soggetto, ma il linguaggio segna direttamente il corpo, provoca una incisione, marchio dell'evento pulsionale, che non si proietta verso l'essere mancante.

Il riferimento alla concezione del fenomeno psicosomatico in Lacan mi dà lo spunto per ritornare al caso di Giovanna, nel momento in cui entra in un gruppo di psicodramma analitico. Infatti lo psicodramma come dispositivo analitico che favorisce la possibilità di accedere al simbolico, si rivela particolarmente utile per coloro che mostrano un rapporto dialettico con l'Altro estremamente complicato ed hanno una specifica difficoltà a passare dal livello della richiesta a quello della domanda.

Penso, quindi, sia opportuno l'inserimento in un gruppo di psicodramma analitico di quelle persone in cui risulta problematico perfino il solo ipotizzare la possibilità di una richiesta, come appunto è Giovanna, e come, del resto, ho riscontrato essere frequentemente per le persone che hanno sviluppato un cancro.

Per un iniziale periodo di, diciamo così, *rodaggio*, Giovanna appare silenziosa, intimidita dal contesto di gruppo. La sua naturale pacatezza e riservatezza è un po' messa alla prova dalla situazione di gruppo, in cui prendere la parola è un po' una conquista e richiede, ovviamente, un minimo di intraprendenza.

Dopo qualche tempo, però, in una seduta, in associazione con un sogno di Elena nel quale si descrivevano tante case da attraversare, Giovanna riporta un episodio accaduto qualche sera prima.

Tramite un conoscente, racconta, era venuta a sapere che era in via di composizione una graduatoria per ottenere, a prezzi molto convenienti, appartamenti in via di costruzione. Giovanna, che abita in affitto, è piuttosto interessata a questa opportunità e decide di parlarne al marito una sera a cena. Il marito, continua il racconto, visibilmente alterato già dall'inizio del discorso, comincia a dare in escandescenze quando vede che Giovanna, contrariamente al solito, cerca di difendere il proprio punto di vista. Nel raccontare l'episodio Giovanna appare visibilmente scossa: le è costato parecchio “rompere il ghiaccio” ma evidentemente questo episodio reclamava proprio di essere tirato fuori.

Osservando tutto questo, ritengo quindi opportuno invitarla a “giocare” questo episodio. Il gioco, infatti, non solo permette di “mettere in azione” un pensiero, un'emozione, ma consente anche, sia al giocatore che agli altri partecipanti, di sperimentare le varie posizioni giocate per aprirsi a nuovi interrogativi e, ci si auspica, a nuove chiavi di lettura delle situazioni.

Giovanna sceglie per la parte del marito Francesco, perché “sicuro di sé”. Nella prima parte del gioco, in cui Giovanna interpreta il ruolo di se stessa e Francesco quello del marito, Giovanna inizia a raccontare la faccenda della casa e Francesco appare accogliente, anche se un po' cauto, disposto comunque a prendere almeno in considerazione la proposta di Giovanna.

Nella inversione dei ruoli, Giovanna, nel ruolo del marito, appare un po' titubante di fronte alle insistenze di Giovanna giocata da Francesco.

Nel successivo *a solo*, Giovanna, sempre nella posizione del marito, si dice un po' sconcertata dal comportamento di Giovanna, che «sembra proprio decisa».

Nei successivi commenti, Giovanna rileva che era rimasta contenta dell'atteggiamento del

marito giocato da Francesco perché si era sentita finalmente accolta ed ascoltata. Viceversa, nella parte del marito, confessa di essere rimasta un po' sconcertata nel vedere una Giovanna così sicura e decisa.

Questo frammento mi sembra estremamente significativo.

È infatti interessante notare come in pochi minuti, quale è la durata di un gioco, emerga chiaramente una delle questioni di Giovanna. La paziente, infatti, oltre alla forte esigenza di essere ascoltata e vista, si trova disorientata nel vedere un aspetto di lei inedito, addirittura estraneo, come la sicurezza in se stessa e la decisione nel difendere le proprie idee. Questi caratteri le risultano addirittura minacciosi.

Come fa Giovanna a trovare il coraggio di svelare la propria soggettività di fronte all'altro, quando lei per prima non ne riconosce, almeno per quanto visto nel gioco, il diritto ad esistere?

Conflittualità, rifiuto dell'alterità, resistenza al cambiamento, dipendenza ... è indubbio che in Giovanna ritroviamo, a vario titolo e in varie proporzioni, questioni legate a tutti questi elementi.

Pur non ritenendo essenziale, da un punto di vista clinico e teorico, trovare necessariamente un punto di incontro tra il pensiero di Modigliani e di Lacan (che sono tra i miei principali riferimenti teorici e i cui pensieri sono, forse, a volte, credo più che altro *apparentemente* lontani sotto vari punti di vista), la mia esperienza clinica mi porta a fare alcune riflessioni.

In Lacan il fenomeno psicosomatico si connota come esito del congelamento della catena significante in quanto il soggetto non ha rapporto dialettico con l'Altro, quindi non c'è un riconoscimento dell'alterità, intesa anche come parti di sé non riconosciute (un esempio lo possiamo trovare nel gioco di Giovanna). Le lesioni sono considerate da Lacan quasi pre-significanti, un marchio dell'evento pulsionale.

Nella costruzione teorica di Modigliani la malattia psicosomatica è il risultato di una profonda conflittualità inconscia annientata da un Super-Io implacabile, che egli colloca, lungo un *continuum*, in una fase regressiva arcaica, in cui la conflittualità scompare del tutto a livello conscio, salvo pronunciare, di fatto, una sentenza di morte.

Quindi se si può cogliere un'assonanza nelle due prospettive, e che il caso clinico aiuta a far emergere, è che la malattia psicosomatica sembra configurarsi come esito di stati psichici profondamente arcaici, caratterizzati dalla fuga dalla conflittualità, dalla fuga dal riconoscimento di parti di sé avvertite come intollerabili.

Laddove c'è conflitto c'è relazione, c'è il confronto con un "altro" (o un "Altro") e quindi spazio per il soggetto.

Se il conflitto è negato, tale spazio viene a mancare, manca il riconoscimento dell'altro della realtà ma anche di parti di sé altre.

È una condizione di “tutto pieno”, di mortifera perfezione assoluta.

Mi sembra a questo proposito molto indicativo il sogno che Giovanna mi ha raccontato in una delle ultime sedute, in cui un'apparente rassicurante serenità sembra rivelarsi come una dimensione paralizzante.

*Giovanna si trova in una casa, forse lo studio del suo analista, in compagnia di alcune amiche quando, in procinto di imboccare un corridoio stretto, trova la strada ostruita da un uomo invalido, senza gambe, che poggia il suo corpo mutilato su un carrello di legno («come nei tempi antichi», osserva). La persona la guarda, le sorride; lei si avvicina e riconosce in lui un sacerdote che la sua famiglia frequentava quando lei era piccola. Cominciano a parlare, lui è accogliente ma Giovanna si sente un po' imbarazzata.*

In associazione con il sogno descritto, Giovanna mi racconta che pochi giorni prima era venuta a conoscenza che per questo sacerdote, ormai morto da diversi anni, è stata avviata la pratica di beatificazione in quanto si dice sia artefice di diversi miracoli. Mi dice, poi, che il personaggio del sogno le ha fatto venire in mente una persona di sua conoscenza che, pur essendo gravemente invalida, dimostra sempre una serenità che la sorprende molto.

Dal sogno e dalle successive associazioni sembra emergere che per Giovanna la difficile strada dell'analisi, stretta e decisamente ardua da percorrere, sia resa ancora più impegnativa dal non avere adeguati strumenti. A parole, Giovanna, ha l'intenzione di percorrere il corridoio lungo e stretto, ma non sembra possedere gli strumenti necessari: i miracoli accadono, i corridoi possono essere attraversati, ma è possibile senza l'uso delle gambe?

Noto inoltre che la serena accoglienza del sacerdote ricorda molto l'abituale modo di essere di Giovanna, sempre accondiscendente, sempre misurata, mai una parola fuori posto; una modalità che, probabilmente, nella sua vita le ha sempre “tagliato le gambe” di fronte ad ogni ostacolo che, nel corso della la sua vita, le si è frapposto davanti.

Questo sogno mi sembra davvero significativo del momento che la paziente sta vivendo. La speranza di un potenziale cambiamento che comincia ad intravedere nello spazio analitico e che nella sua vita, piatta e sempre uguale, assumerebbe davvero i connotati di un “miracolo”, si accompagna all'angoscia di essere senza gambe, di dover quindi affrontare una corsa “da handicap” in cui ancora non riesce a impegnarsi con tutta se stessa, con tutte le sue potenzialità.

Emerge evidente, in questo sogno, l'ambiguità di Giovanna nei confronti del percorso analitico, che poi nei malati di cancro (e non solo) è un tema ricorrente: si vuole davvero cambiare? E che prezzo si è disposti a pagare per questo cambiamento?

Il sogno della corsa

L'ultimo sogno portato da Giovanna sembra ribadire quanto sottolineato a proposito del sogno precedente.

In quest'ultimo sogno, infatti, Giovanna corre in un parco ma sente che le gambe non si distendono adeguatamente, e si sente quindi in difficoltà, impedita ed impacciata nei movimenti.

Nel descrivere questa sensazione, Giovanna, che nella realtà praticava regolarmente, prima di ammalarsi, lo *jogging*, osserva che distendere fino in fondo le gambe è segno sia di corsa “veloce”, utile negli allenamenti per “farsi il fiato”, sia di *stretching*, per allungare quei muscoli che nella corsa sono più sollecitati.

Un po' sorridendo, un po' seriamente, confessa di sentirsi davvero impedita in questa fase dell'analisi, in cui le osservazioni dell'analista stanno mettendo in crisi le sue certezze.

Considera, infatti, l'analisi una sorta di allenamento per re-imparare ad usare adeguatamente le sue gambe, a prendersene cura, altrimenti, mi chiede ma soprattutto si chiede, come faccio ad andare avanti?

Finalmente Giovanna comincia a pensare un po' alla sua salute, non solo fisica.

Naturalmente, questo nuovo atteggiamento che sta progressivamente acquistando circa la sua situazione e le sue potenzialità, non è certo una garanzia assoluta di “salute” psichica e fisica, ma rappresenta comunque un elemento indispensabile senza il quale un lavoro così delicato e impegnativo difficilmente può essere portato avanti.

In conclusione, penso sia indicativo rilevare quanto sta succedendo ultimamente a Giovanna..

Quando è venuta per la prima volta da me, aveva descritto un quadro della malattia davvero inquietante: le dimensioni del tumore erano tali da giustificare molta preoccupazione da parte dei medici, tanto che questi avevano addirittura sconsigliato un intervento chirurgico, ritenendolo ormai tardivo.

Dopo un solo ciclo di chemioterapia, che peraltro, secondo le parole della paziente, le era stato detto essere solo un tentativo (anzi per la verità il chirurgo gliel' aveva addirittura sconsigliata, perché secondo lui inutile, ma è stato il radiologo a sostenerla in questa sua idea), si è evidenziato, con malcelata sorpresa da parte degli stessi medici, un miglioramento tale da rendere possibile, anzi consigliabile l'intervento chirurgico, che è stato poi effettuato con ottimi esiti.

L'esempio di Giovanna è uno dei tanti, che mi vengono in mente, in cui la medicina ufficiale aveva emesso una sentenza rivelatasi, poi, fortunatamente, errata.

Non è mia intenzione trarre da queste esperienze facili conclusioni, sarebbe poco corretto nei confronti di chi soffre e di chi opera in questo difficile campo, ma penso sia importante sottolineare che, come la mia esperienza mi conferma ogni volta di più, nel momento in cui i pazienti cominciano a lavorare veramente per sé, nella maggior parte dei casi qualcosa accade.

Se, infatti, il paziente gradualmente acquista fiducia nel lavoro analitico probabilmente diventa poi in grado di servirsi di quegli strumenti di ascolto e di analisi di sé e della realtà, fino ad allora poco utilizzati e forse può decidere di modificare un po' la propria vita.

Si spera che magari possa cominciare a permettersi l'emersione un desiderio e di una posizione

più realistica e soggettiva rispetto all'Altro.

Credo fermamente che comunque sia fondamentale riuscire a mobilitare quanto più possibile le risorse psichiche nella speranza che ciò significhi per i pazienti affrontare con maggior fiducia e vigore anche tutte le cure mediche necessarie ad affrontare la malattia organica .

Fabiola Fortuna

Didatta e Presidente S.I.Ps.A., membro S.E.P.T. ( Société d'études du Psychodrame Pratique et Théorique - Paris), Didatta C.O.I.R.A.G., membro Scuola del Campo Lacaniano, analista CIPA e membro I.A.A.P., membro I.A.G.P

#### NOTE

Comunicazioni personali, 1982 - 2005

#### BIBLIOGRAFIA

Bahnon C.B., Bahnon M.B. (1964b), *Cancer as alternative to psychosis: a teoretical model of somatic and psychological regression*, in Kissen D.M. e Le Shan L (a cura di), *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*, London, Pitman

- (1966), *Role of the ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm*. Ann NY Acad Sci.

Gaddini E. (1972c), *Oltre l'istinto di morte*. In *Scritti 1953-1985*, Milano, Cortina, 1989

Jean Guir (1987), Editoriale in «La psicoanalisi», n. 2, Astrolabio, Roma

J. Lacan J. (1953-1954), *Il Seminario. Libro I. Gli scritti tecnici di Freud*, Einaudi, Torino, 1978

- (1955-1956), *Il Seminario. Libro III. Le psicosi*, Einaudi, Torino 1985

- (1964), *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1979

- (1966-1967), *Le Seminaire. Livre XIV. La logique du fantasme*, non pubblicato

- (1966), *Scritti*, Einaudi, Torino, 1974

Le Shan L. (1994), *Cancer As a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, Their Families, and Health Professionals*, Penguin Books, New York USA Inc.

Modigliani C. (1983), *La sofferenza psichica oggi. La nevrosi come modello di salute*, in «Medicina psicosomatica», Ed. Universo, Roma

- (1986), *The limits of the power of suggestion in psychosomatics*, in «Giornale Italiano di Psicologia Clinica», Carucci Editore, Roma

- (1996), *Sogno ricorrente dopo terapie antitumorali*, in «Rivista di psicologia analitica», n. 2, anno 27, Astrolabio, Roma



## La Psicosomatica oggi

### Il rapporto corpo/mente

Il problema di una distinzione tra mente e corpo, e quindi dei loro reciproci rapporti, si pone in un certo momento storico della cultura occidentale, mentre avrebbe poco senso per il Medicine Man degli Indiani d'America o per uno sciamano del Nepal, e in fondo anche per la medicina occidentale fino alla metà dell'800.

Si tratta quindi di una costruzione culturale (certo meritevole del massimo interesse), non di qualcosa che scontatamente esiste.

### Il dualismo

- Platone, mondo delle idee distinto da quello della natura, anima nettamente distinta dal corpo
- Cartesio, una *res cogitans* (la mente) dà forma, vita e funzione ad un materiale inerte, amorfo, il corpo, la *res extensa*.

Connotazioni in genere metafisico/religiose, laddove al concetto di mente si sovrappone quello di anima.

Le posizioni dualiste godono tuttora di vasto seguito, fino ad essere appoggiate da personaggi del calibro di Popper e Eccles, e soprattutto continuano a far parte della mentalità corrente, medici e psicologi inclusi.

Il dualismo fa capolino ogni volta che ci troviamo di fronte ad argomenti emotivamente carichi (mediatori dell'innamoramento)

### Il monismo

- Correnti moniste hanno anch'esse attraversato la storia del pensiero occidentale, con connotazioni spesso eretiche rispetto alla religione dominante.
- Tendono a ricondurre mente e corpo ad una unità
- Trovano la massima espressione nel positivismo, dalla seconda metà dell'800, e dominano tuttora la Medicina occidentale

### Il Positivismo

- privilegia il dato empirico; rifiuta filosofia, religione, magia, suggestione. Dà valore solo a leggi valide per tutti i soggetti.

Corollari indesiderabili sono:

- rifiuto dell'importanza di fattori emozionali e relazionali nel determinare la salute e la patologia somatica e psichica;

- negazione dell'importanza dei processi inconsci nella salute e nella malattia;
- ostacolo alla ricerca di interazioni tra diversi fattori, all'attenzione all'individualità della persona, fino agli attuali protocolli diagnostici e terapeutici

#### **Una nuova classificazione delle malattie**

- Si introduce un concetto di malattia basata sulle alterazioni strutturali di singoli organi, fino a quelle delle singole cellule.
- Questo finisce per oscurare l'importanza dei fattori individuali di resistenza, e soprattutto il coinvolgimento dell'interno organismo, e del suo rapporto con l'ambiente, nella patologia.
- I disturbi fisici privi di substrato anatomico (isteria) non trovano spazio nel modello e quindi vengono (necessariamente) considerati frutto di simulazione.
- Da lì nascerà la psicoanalisi.

#### **Conseguenze del monismo positivista**

- Queste costruzioni culturali di corpo e di malattia portarono a straordinari successi nell'ambito della prevenzione e della terapia di tutta una serie di patologie che erano state fino a quel momento grandissime cause di sofferenza per l'umanità;
- L'impatto emotivo fece sì che esse assumessero nel tempo un carattere assoluto, come se non fosse nemmeno pensabile un cambiamento di paradigma come quello che ha investito altre scienze, a cominciare ad esempio dalla fisica
- Finiamo cioè per pensare che l'ulcera peptica e il diabete esistano veramente, e non siano soltanto le migliori costruzioni cui siamo giunti fino a questo momento.
- Non è a questo punto possibile pensare a paradigmi diversi (es. malattia come derivante da uno scompensamento del rapporto tra sistemi, come nella medicina cinese o anche in quella occidentale pre-positivista).
- L'irrigidimento del paradigma diviene quindi un ostacolo non solo ad accogliere il contributo di fattori psicologici e sociali, ma allo stesso progresso della ricerca orientata biologicamente.

#### **Il riduzionismo**

- Con il monismo positivista si rischia la perdita di qualunque specificità per il mentale, che tende ad essere ricondotto al corporeo.
- Un corpo, si intende, ben diverso da un corpo vivo e immerso in una rete di relazioni, ma definito sulla base di uno studio anatomico condotto su cadaveri, e uno studio fisiologico condotto essenzialmente su gatti anestetizzati;

#### **La nascita della psicosomatica**

- Quella che chiamiamo ancora con un termine un po' infelice "psicosomatica" è stata una reazione a tutto questo, un tentativo anzitutto di riportare in primo piano l'importanza di

fattori emozionali, relazionali, sociali nel determinare la salute e la patologia dell'essere umano.

- Freud andò ad occuparsi proprio di quei fenomeni fisici, detti isterici, che non corrispondevano ad alcuna alterazione anatomo-patologica e risultavano quindi negletti dalla medicina.
- Evitò però di occuparsi dal punto di vista psicoanalitico di disturbi che implicassero lesioni organiche, nel timore di essere confuso con la schiera dei guaritori dell'epoca prepositivista.
- Ad occuparsi di patologie somatiche furono psicoanalisti forse considerati un po' "eccentrici", o studiosi esterni alla Società Psicoanalitica: Groddeck, Alexander, Dunbar, Deutsch, e molti altri.
- Questi pionieri hanno però finito per seguire un modello di influenza della mente sul corpo, ritornando implicitamente ad un dualismo ormai poco sostenibile, a cominciare dal termine "psico-somatica" che suggerisce che qualcosa che accade nella "mente" si possa ripercuotere sul "corpo".
- Così Alexander delineava conflitti specifici per ciascuna malattia, la Dunbar personalità specifiche, mentre Groddeck (1926) utilizzava direttamente il concetto di conversione, proposto da Freud per l'isteria, per ogni disturbo somatico, affermando un significato *simbolico a priori e universale* per ogni disturbo o sintomo somatico.

### **La relazione al Centro della Scena: critica del riduzionismo ma anche della psico-somatica**

A partire dagli anni 1940 si afferma fortemente l'idea che il funzionamento mentale non è riconducibile all'individuo isolato ma si sviluppa, e quindi può essere esaminato, *soltanto all'interno di una relazione*.

È un concetto che ritroviamo nei principali autori post-freudiani, da Bion agli Indipendenti britannici, fino alle correnti interpersonaliste, relazionali, intersoggettiviste nordamericane.

*«There is no such thing as an infant»* (Winnicott, 1940)

C'è poi da aggiungere l'ampia gamma di teorizzazioni su un funzionamento mentale *transpersonale*, dagli assunti di base di Bion (1961) al concetto di campo bipersonale dei Baranger (1961), certamente non riconducibile a funzioni biologiche individuali.

### **Studi sulla separazione nei bambini**

Dopo il 1940 anche la ricerca "psicosomatica" si sposta più meno consapevolmente dal ricercare gli effetti della mente sul corpo allo studio degli *effetti di esperienze relazionali allo stesso tempo su aspetti corporei e mentali*.

I bambini istituzionalizzati studiati da Spitz e Wolf nel 1946 presentano la cosiddetta depressione anaclitica, ma anche eczemi, scarsa resistenza alle infezioni, mortalità più alta.

### **Studi su animali**

Studi su animali condotti a livello sperimentale confermano le osservazioni di Spitz: cuccioli di animali separati dalla madre presentano, immediatamente e/o in età adulta, disturbi sia comportamentali che somatici:

- un comportamento simile alla depressione anaclitica umana
- (Kaufman e Rosenblum, 1967);
- ulcere gastriche (Ader, 1976);
- maggiore incidenza di malattie infettive (Ader e Friedman, 1965);
- maggiore suscettibilità da adulti a lesioni gastriche da stress (Ader, 1970; 1974);
- incapacità da adulti di avere contatti sociali e sessuali con i conspecifici (Harlow, 1959).

Gli studi di Hofer degli anni 1980 mostreranno come i contatti fisici producono effetti anche biologici: non si tratta solo della mancanza di contatto affettivo.

### **Studi su esseri umani adulti**

Kiecolt-Gleser et al., 1987; 1988:

Persone separate recentemente dal coniuge hanno mostrato

- una situazione immunitaria mediamente peggiore rispetto a persone non separate;
- all'interno del gruppo dei separati la situazione immunitaria risultava connessa (in negativo) con il livello di attaccamento residuo all'ex-coniuge;
- tra le persone coniugate risultava connessa (in positivo) con la qualità della relazione coniugale.

Figueredo, 2009 ha riscontrato una maggiore spessore di placche ateromatose a livello della carotide in donne insoddisfatte della propria relazione coniugale, rispetto a donne soddisfatte.

Weihs, 2002, ha riscontrato un rapporto tra il numero di recidive di carcinoma Mammario dopo trattamento e la risposta alla domanda: «Se avesse un problema grave, chi è la persona con cui ne parlerebbe per prima?».

L'individuo non viene quindi più visto come un sistema chiuso, in cui un qualche elemento agisce su di un altro.

Salute e patologia, anche fisica, appaiono connesse alle relazioni, passate e presenti, che l'individuo instaura; in termini più ampi, al suo essere-nel-mondo.

In questo senso non solo il riduzionismo appare totalmente inadeguato, ma anche qualunque

termine, come quello di psico-somatica, che si limiti ad indicare l'influenza di un elemento interno all'individuo su di un altro elemento ugualmente interno.

### **Monismo articolato (o dualismo funzionale)**

- Sergio Moravia, *L'Enigma della Mente* (1991): "non una sostanza" (=anima) "ma un insieme aperto di funzioni e modi" che si incarna nel corpo ma non coincide con esso. Questo insieme di funzioni è volto ad accogliere gli eventi della realtà in cui viviamo, ed è quindi costituito "dalle sedimentazioni, debitamente rivisitate e modulate, di una serie indefinita di *relazioni con il mondo esterno*", che danno origine alle nostre sensazioni, idee, sentimenti.
- Francisco Varela: la mente come *fenomeno o proprietà emergente dall'organismo*, che a sua volta può esercitare un effetto sulle diverse componenti locali (organi, cellule) dell'organismo stesso. Porta l'esempio del tornado, che è più delle molecole di aria e acqua che lo compongono ma non è costituito da una sostanza diversa da queste.
- James Grotstein *The mind and the body as an "odd couple" and as an oddly coupled unity*. (1997): la striscia di Moebius, Giano bifronte, i gemelli siamesi.

### **Mente e corpo non esistono**

- Irène Matthis (2000) e Carla De Toffoli (2007), per citare alcuni, considerano corpo e mente come due categorie che hanno a che fare essenzialmente *con il vertice da cui si pone l'osservatore e non con una realtà dell'organismo*.
- Così il lampo e il tuono appaiono all'osservatore come due fenomeni diversi e distanziati nel tempo mentre in realtà originano da un unico fenomeno fisico, una scarica elettrica (Matthis 2000).
- Analogamente la fisica quantistica è giunta a riconoscere come a livello subatomico lo stesso fenomeno possa essere rilevato sotto forma di onde o di particelle a seconda dello strumento e delle modalità di osservazione utilizzate.
- Bohm (1980): un pesce in un acquario viene ripreso da due telecamere situate a 90° l'una rispetto all'altra, e le due riprese video vengono proiettate in una stanza adiacente. L'osservatore vedrà quindi due pesci apparentemente diversi, che però mostrano delle strette correlazioni nei loro comportamenti (quando si muove uno si muove anche l'altro).  
Potrà quindi postulare un rapporto causale tra i movimenti dell'uno e i movimenti dell'altro, come viene postulato "l'influsso della mente sul corpo".
- Così possiamo esaminare una persona, un organismo, con la risonanza magnetica, e vedremo delle aree cerebrali in funzione, o anche uno stomaco contratto; oppure attraverso un colloquio o un test psicologico, e sentiremo delle emozioni, coglieremo dei

pensieri, delle modalità di porsi in relazione.

- Possiamo definire questo approccio:  
Monismo non riduzionista unito ad un dualismo conoscitivo
- Possiamo anche ricordare il concetto junghiano di "sincronicità" (Jung, 1952) che si va a sostituire all'idea di un influsso di una entità sull'altra in ciascuna delle due direzioni.
- L'unico impiego che appare ormai utile della parola "psicosomatico" è nella locuzione "approccio psicosomatico", a indicare cioè la possibilità di prestare attenzione ad entrambe le serie di osservazioni.

### **Alcuni punti dell'opera di Freud possono apparire più chiari**

- la pulsione, "al limite tra psichico e somatico" (Freud, 1915) può essere definita allo stesso tempo psichica e somatica
- Le zone erogene, una volta riconosciute come dotate di pensiero organizzato, non appaiono più come un concetto riduzionista
- Appare chiaro perché l'Io viene definito "prima di ogni altra cosa un Io-corpo" (Freud, 1922).
- *Compendio di Psicoanalisi* (1938): "La psicoanalisi reputa che i presunti processi concomitanti di natura somatica costituiscano il vero e proprio psichico".
- La centralità dell'interesse per la vita sessuale può essere attribuita all'intenzione di rendere centrale un fenomeno in cui funzioni somatiche e rappresentazioni psichiche appaiono inestricabilmente connesse.
- Lo stesso *Progetto di una psicologia* (1895) anziché un monumento al riduzionismo, una traduzione dallo psichico al somatico, può essere visto come un tentativo di seguire lo stesso fenomeno su due piani diversi

### **Come mantenere una dialettica?**

Se a questo punto ci riconosciamo - ed è questa la mia posizione - in un paradigma tendenzialmente unitario, ci rimane però il problema di riprendere i contatti con una dimensione dinamica in cui entità diverse si influenzano a vicenda.

### **Il rapporto tra sistemi in luogo del rapporto mente/corpo**

Possono venirci in aiuto diverse formulazioni psicoanalitiche che hanno preso in considerazione più sistemi in interazione, come:

- primario/secondario (Freud),
- simmetrico/asimmetrico (Matte Blanco).
- protomentale/elementi beta, funzione alfa, apparato per pensare i pensieri (Bion)

A questo punto possiamo pensare di sostituire alla dialettica mente/corpo il rapporto tra diversi sistemi, a patto di considerarli ciascuno come comprendente un aspetto sia corporeo che

mentale, a seconda del vertice da cui li consideriamo.

Questo aspetto non è così definito nei diversi autori della tradizione psicoanalitica.

Per questo l'utilità della Teoria del Codice Multiplo

### La Teoria del Codice Multiplo

Wilma Bucci, una studiosa nordamericana formata sia in psicoanalisi che nelle scienze cognitive ha recentemente proposto un funzionamento dell'organismo articolato in 3 sistemi, che vengono visti sia sotto l'aspetto mentale che sotto l'aspetto somatico

- *Il Sistema Non Verbale Non Simbolico (Subsimbolico).*
- *Il Sistema Non Verbale Simbolico.*
- *Il Sistema Verbale Simbolico.*

#### *Il Sistema Non Verbale Non Simbolico (Subsimbolico).*

- È l'aspetto più originale della teoria. Pur potendo essere avvicinato al processo primario di Freud, al simmetrico di Matte Blanco, al protomentale di Bion, si differenzia da ciascuno per molti aspetti.
- Comprende funzioni che siamo soliti chiamare funzionamento corporeo, memoria procedurale, memoria implicita, livelli fisiologici dell'emozione.
- Coordina le azioni motorie anche più raffinate, come guidare un'auto, giocare a tennis, giocare a calcio. In questo si differenzia dai sistemi tradizionali, che appaiono comunque "primitivi", "indifferenziati".
- Dal vertice anatomo-fisiologico comprende le aree relative al movimento involontario, il sistema nervoso autonomo, l'amigdala e altri centri legati ad aspetti non simbolici dell'emozione.
- Come gli altri due sistemi, ha dignità di pensiero organizzato, anche se non simbolico e in genere non cosciente (in senso non dinamico ma strutturale).
- Può essere visto come il canale lungo cui viaggia l'identificazione proiettiva (Cimino e Correale, 2005), e anche la comune comunicazione emozionale, e quello che è stato definito il Terzo Orecchio.
- E' un corpo che pensa e si relaziona

#### *Il Sistema Non Verbale Simbolico*

- Risulta abbastanza simile al concetto di funzione alfa di Bion, nel senso che produce ed elabora immagini, in genere visive, che potranno confluire direttamente nei sogni, o connettersi con rappresentazioni simboliche verbali.
- E' assimilabile al "pensiero onirico della veglia" di cui ha parlato Antonino Ferro sulla traccia di Bion.
- E' categoriale, si basa su entità discrete, che si riferiscono ad altre entità
- Che possono essere combinate per generare una infinita varietà di nuove entità

#### *Il Sistema Verbale Simbolico*

- Comprende il pensiero e il linguaggio verbale; funziona essenzialmente secondo le regole del Processo Secondario di Freud.
- Funziona in maniera sequenziale, su canale unico
- Basato su entità discrete
- Che si riferiscono ad altre entità
- Che possono essere combinate per generare una infinita varietà di nuove entità
- L'elaborazione è amodale, astratta
- Permette la riflessione, l'elaborazione dell'esperienza

Entrambi i sistemi simbolici hanno come substrato anatomico-fisiologico l'ippocampo (per la memoria episodica, esplicita) e le aree corticali superiori.

L'organismo umano è un elaboratore multisistemico di emozioni e di fatti.

### **La Teoria del Codice Multiplo e il rapporto mente/corpo**

- Il Sistema subsimbolico include quindi tutto ciò che accade in ciò che siamo soliti chiamare corpo
- Un corpo però, che non è quello solo biologico costruito dalla medicina, su cadaveri e gatti anestetizzati, la res extensa di Cartesio, il fango della Bibbia.
- *È un corpo dotato di pensiero organizzato, che coordina i movimenti più raffinati, che comprende quella memoria implicita che a volte viene chiamata "memoria del corpo".*
- *È un corpo che si costituisce come un precipitato di relazioni, esattamente come ciò che siamo soliti chiamare mente, e i cui movimenti sono direzionati non solo all'interno del soggetto, ma mostrano anche una componente relazionale, esattamente come i movimenti mentali.*
- Un corpo che sente, risponde, soffre, gioisce.
- Un corpo molto mentale, una «materia che assomiglia sempre di più a un pensiero» (De Toffoli 2007), «il vero e proprio psichico» (Freud, 1938), e quindi anche l'Inconscio.
- Ma anche i sistemi simbolici sono anche corpo, nella misura in cui fondano il loro funzionamento su strutture nervose "superiori" come la corteccia cerebrale o l'ippocampo.
- *Potremo quindi ridefinire il rapporto mente/corpo come il rapporto tra i sistemi simbolici e il sistema subsimbolico, ricordando come ciascun sistema può essere visto a seconda del vertice da cui lo osserviamo come mente o come corpo, e quindi senza ricadere in un dualismo di cartesiana memoria.*

### **La patologia somatica: influsso della mente sul corpo o disconnessione tra sistemi?**

I 3 sistemi in condizioni di salute presentano forti connessioni, dette *nessi referenziali*

- In questo modo l'emozione subsimbolica può trovare una rappresentazione in immagini e in parole.
- Può quindi essere elaborata, modulata, regolata
- La patologia, mentale e anche fisica, viene vista come derivante da vari livelli di

disconnessione, che realizzano ciò che la psicoanalisi ha chiamato meccanismi di difesa.

- La disconnessione - vicina al concetto clinico di dissociazione - ha in genere origine traumatica, o comunque da un deficit nei rapporti primari

#### *Effetti della disconnessione*

- Se vi è una disconnessione, avremo un'attivazione subsimbolica che rimane senza nome, o se vogliamo, inconscia.
- L'emergenza diretta alla coscienza di questa potrà attivazione potrà quindi generare attacchi di panico o altri disturbi caratterizzati da “angoscia senza nome” (pavor nocturnus)
- Altri disturbi mentali sono inquadrabili come:
  - a) Tentativi del soggetto di attribuire significato all'attivazione: persecuzione, ipocondria, depressione, fobie, iperfagia, anoressia.
  - b) Tentativi del soggetto di sedare l'attivazione: Evitamento generalizzato, tossicodipendenza, alcolismo, D. comportamento alimentare, promiscuità sessuale eccIdentificazione all'aggressore (Almost Blue)
- Laddove non trovi alcuna forma di emergenza, di collegamento con simboli anche spuri potrà subentrare una patologia organica.
- Di fronte ad un disturbo somatico la nostra visione non sarà più quindi che ci possa essere qualcosa nella mente, un disagio mentale che si esprime nel corpo,
- ma piuttosto che *problemi inerenti la relazione dell'individuo con il suo mondo, non trovando uno spazio adeguato di elaborazione mentale (simbolica), trovano espressione soltanto a livello del corpo (del sistema subsimbolico).*

#### **La comparsa in analisi, o nella vita di una persona, di un sintomo somatico, ha sempre un significato difensivo o di mancata mentalizzazione?**

Nella tradizione analitica troviamo parecchie indicazioni in questo senso da Bion alla Mc Dougall, al concetto contemporaneo di alessitimia.

- Winnicott, nel suo lavoro *The mind and its relationship to the psyche-soma* (1949) vede invece il sintomo somatico in una dimensione anche evolutiva, specie a partenza da situazioni che potremmo oggi definire dissociative.

In questa cornice *il sintomo somatico* acquista il valore di *un tentativo di ricongiungere la Psiche con il Soma.*

#### **La teoria del codice multiplo**

- Se da una parte sostiene che l'espressione di un disagio attraverso il corpo (il sistema subsimbolico) sta ad indicare che il soggetto non è in grado di esprimerlo in altro modo
- Offre la possibilità di vedere quella espressione come comunque preziosa, rispetto ad una totale mancanza di espressione (evitamento generalizzato dell'esperienza)
- offre la possibilità di vedere e teorizzare *il sintomo somatico come una prima espressione,*

*subsimbolica, di un contenuto che non ha trovato fino a quel momento nessuna possibilità di espressione, e non come effetto di una difesa contro l'emergenza di quel contenuto*

- Delinea quindi un nuovo rapporto tra somatizzazione e verbalizzazione, incluse condizioni in cui ci si può attendere *un rapporto complementare, non alternativo, tra somatizzazione e verbalizzazione*, e porta quindi ad implicazioni diverse anche per il trattamento (Bucci, 1997b).

In questa visione, sintomi somatici (e agiti) *possono essere visti in alcune circostanze come adattivi e progressivi*, piuttosto che sempre regressivi, come è stato spesso assunto

La preoccupazione del paziente per un particolare sintomo somatico può funzionare da *tentativo di connessione, una connessione transizionale tra il sistema subsimbolico e i sistemi simbolici*, piuttosto che un modo di resistere al formarsi della connessione, o un effetto della mancanza di connessione.

### Dino

- Dino è un uomo di 41 anni, alto, dall'aspetto giovanile e molto curato. Si presenta allo studio dichiarando di soffrire da qualche mese di gravi episodi di vertigini. L'assenza di vomito, nausea o tachicardia rende altamente improbabile un problema organico a livello nervoso o vestibolare.
- Dino dice di essere molto disturbato dalla riduzione di capacità lavorativa derivante da questo sintomo. Per quanto ammetta di avvertire questi disturbi soprattutto quando “è stressato”, si affretta a mettere da parte questa notazione per insistere nella ricerca di una causa organica, attraverso una TAC o altre tecniche sofisticate di “brain imaging”. Allo stesso tempo è terrorizzato all'idea di scoprire un qualche problema di salute serio.
- Medico e psicologa cercano di capire meglio le circostanze di queste vertigini. Si verificano soltanto in situazioni specifiche: al lavoro, specie durante riunioni (in cui magari il pensiero può vagare, non essendo legato strettamente all'esecuzione di un compito) e quando va in palestra.
- Dino porta anche le ultime analisi del sangue, il medico le controlla e con intento tranquillizzante esclama “sono perfette!” Dino, per niente tranquillizzato, si chiede in tono ancora più preoccupato da cosa possano dipendere allora queste sue vertigini. Il medico lo visita, effettua delle prove neurologiche, che risultano negative; esclude quindi l'utilità di una TAC o di altre analisi invasive, spiegandogli e sottolineando che le vertigini sono un sintomo per nulla raro in situazioni di vita difficili, e in accordo con la psicologa propone un incontro separato con quest'ultima, per chiarire se e in che misura nella vita di Dino siano presenti condizioni di questo tipo. Dino accetta volentieri, sembra incuriosito anche se un po' scettico.
- All'interno di questo incontro, emergono rapidamente particolari molto significativi. Dino è

ingegnere, ricopre un incarico di alto livello, ma vive ancora con la madre di 84 anni, semiinvalida, affetta da diabete e insufficienza renale. In casa è presente anche una badante. Il padre è morto quando Dino aveva 22 anni. La madre, dopo la morte del padre, ha sviluppato un tumore al seno, che si è riusciti a trattare con successo. In quel periodo la famiglia si è stretta intorno alla malattia della madre. Dino è l'ultimo di quattro fratelli, gli altri tre sono tutti sposati e vivono per proprio conto, compreso uno che era rimasto disabile a seguito di un incidente, e che ha vissuto con Dino e la madre fino a due anni fa. Dopo il matrimonio di questo fratello, il diabete della madre è peggiorato notevolmente.

- Dino è single, si è lasciato da pochi mesi con la fidanzata con cui stava da 12 anni: le sue giornate sono scandite dal lavoro, dalla palestra e dall'assistenza alla madre; non esce molto. Non gli piace particolarmente andare in palestra, ma ci va tre volte a settimana, oltre a seguire una dieta, per timore di ereditare il diabete dalla madre.
- La psicologa propone il “semplice” suggerimento che un sintomo fisico può spesso costituire un segnale da parte del nostro corpo, in rapporto a situazioni della vita, e che piuttosto che cercare di eliminare il sintomo in quanto disturbante, potrebbe essere utile lavorare insieme per cercare di capire cosa sta cercando di segnalare. Dino appare sorpreso ma interessato e dice che ci penserà.
- Qualche giorno dopo, in un turno di ambulatorio in cui la psicologa non è presente, Dino si presenta a studio, ufficialmente solo per chiedere delle ricette per la madre. “En passant”, però, dice al medico che ha trovato l'incontro con la psicologa piuttosto utile e gli chiede come può fare per incontrarla di nuovo. Il medico gli dice di chiamare nel giorno in cui è presente per prendere un appuntamento.
- Per qualche settimana non si hanno più notizie. Un giorno il medico va a casa di Dino (mentre lui è al lavoro) per un controllo domiciliare alla madre, che anche è sua paziente. “Che avete fatto a mio figlio?” grida la madre appena lo vede “da quando ha litigato con la fidanzata stava sempre a casa, adesso esce tutte le sere!”
- Sintomo come segnale d'allarme, movimento evolutivo
- Importanza del contenitore

Luigi Solano

Professore Associato nel Settore disciplinare di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 di Roma, dove tiene corsi di Psicosomatica e di Intervento Psicologico nel Contesto Sanitario, Membro Ordinario SPI



# RELAZIONI

LO PSICODRAMMA ANALITICO

R

**Corpi parlanti. Gruppo e godimento**

«*LOM, LOM de base, LOM cabun corps et nan-na Kun*»

(J.Lacan, 1979)<sup>1</sup>

In questo testo Lacan introduce la “scrittura fonetica” per parlare del rapporto tra l'uomo (*LOM*) e il corpo: «L'UOMO, L'UOMO di base, L'UOMO che ha un corpo e non ne ha che uno» E prosegue: «Bisogna dirlo così: egli ne ha uno e non: egli è uno (cor/niché)»<sup>2</sup>. È l'aver e non l'essere che lo caratterizza.

Aggiunge che d'ora in poi sarà il termine *parlêtre* (parlessere) che sostituirà l'inconscio freudiano, perché «[...] l'inconscio è un sapere in quanto parlato come costituente dell'Uomo (*LOM*). La parola, beninteso, si definisce come il solo luogo, in cui l'essere abbia un senso. Il senso dell'essere essendo quello di presiedere all'aver...». E ancora «[...] ho enunciato adesso che bisogna mantenere che l'uomo abbia un corpo, sia che parli con il suo corpo, detto altrimenti che “parlessere” di natura».

L'interesse della teoria di Lacan del suo ultimo periodo consiste nella nuova definizione di significante, un significante impastato di godimento, che non contraddice la prima definizione – un significante rappresenta il soggetto per un altro significante – ma si sposta più precisamente sul rapporto tra parlare e godere. Il soggetto, in quanto determinato dai significanti dell'Altro, è dalla parte dell'essere sul versante simbolico, mentre la sua parte perduta viene parzialmente recuperata in quanto ha un corpo, cioè effetto di godimento, sul versante del reale della pulsione.

Questo godimento si presenta sempre in eccesso rispetto al reale del corpo, tale da non essere assorbibile completamente negli altri due registri, il Simbolico e l'Immaginario, pur articolandosi con loro, come dimostra Lacan, nella figura topologica del nodo borromeo. C'è una parte silenziosa della pulsione, come rappresentante del lavoro della pulsione di morte.

Questi temi m'inducono a riconsiderare la questione del corpo nello psicodramma, in quanto manovra analitica che mira a trattare il reale nella clinica dei gruppi. Come si presenta il corpo in azione nella narrazione e nel gioco, che tipo di trasformazione subisce, nel momento in cui possiamo considerarlo anche un effetto di discorso?

La disgiunzione tra soggetto e corpo sposta l'attenzione sul sintomo come “evento di corpo”. Se da un lato contiene un messaggio, come Freud aveva illustrato, e il significante opera

un'iscrizione nel corpo, nondimeno appare come una forma di godimento del fantasma. In altre parole Lacan sviluppa questa dimensione del reale, come godimento del corpo. In che modo l'evento di corpo si presenta, tramite il sintomo, come segno del reale?

Come sottolinea L.Izovich «per capire ciò che designa il sintomo come evento di corpo, bisogna riferirsi al Seminario *Les non dupes errent* in cui Lacan sottolinea che non c'è evento se non di un dire. Questa nuova concezione dell'evento assume che quest'ultimo non è più la storicizzazione relativa al simbolico ma segno del reale, come ciò che si scrive al di là del deciframento»<sup>3</sup>.

In sostanza, il soggetto come effetto della catena significante e il corpo effetto di godimento sono riuniti nella definizione del “parlessere”, che li congiunge. Si tratta dunque di prendere in considerazione il fatto che l'analisi tratta il sintomo come godimento del corpo, proprio perché il soggetto (l'Uomo) ha un corpo. Corpo affetto dal significante, il cui effetto è il godimento.

Paradossalmente, da un lato, il significante mortifica il godimento, elevandolo (*Aufhebung*), tramite il fallo, a prodursi come corpo simbolico; dall'altro lato, il significante si incorpora, recuperando un godimento attraverso gli oggetti (a), che come tali riceve dall'Altro, cioè il corpo.

Il soggetto aliena il suo corpo all'Altro, guadagnandoci una sorta di identità simbolica, lasciando la proprietà del corpo, il suo godimento, all'Altro. Per questo si può nominare il corpo parlante come effetto sia di un'iscrizione simbolica sia come segno di un reale. Il soggetto, tramite il secondo tempo della separazione, grazie alla mancanza nell'Altro, staccherà questi oggetti mediante l'operazione di costruzione del fantasma. Operazione che permette di riunire nell'oggetto (a), l'oggetto causa del desiderio, nel suo versante di reale, all'interno della categoria dei discorsi.

Il discorso del Padrone rappresenta questo schema quadripartito del rapporto tra gli effetti di *significanzizzazione* e quelli di *incorporazione*, sostenuta dall'oggetto (a) come reale del godimento, non del tutto assimilabile al discorso. Discorso del Padrone e sintomo, sul versante del rapporto tra simbolico e reale, sono rappresentati dallo schema discorsivo:

$$\begin{array}{cc} \underline{S1} & \underline{S2} \\ S/ & a \end{array}$$

In sintesi, il soggetto dalla parte dell'essere, sia pure come “mancanza ad essere” perché barrato dalla divisione significante e il corpo dal lato dell'avere, come effetto del discorso del Padrone, che riprende la concezione hegeliana della dialettica dello schiavo e del padrone.

Abbiamo quindi, per esemplificare, "due corpi", il *corpo-immagine*, derivato dallo stadio dello specchio, un *corpo scopico*, unificato dal rispecchiamento nell'altro, e un *corpo parlante*, effetto del godimento, sostanza godente, entrambi articolati al registro simbolico della significantizzazione e dell'incorporazione.

La tesi che voglio sostenere, rimandando la questione del corpo nella psicoanalisi, è come, a partire dai brevi accenni fatti, si possa trattare la dimensione del reale del corpo come godimento nello Psicodramma analitico. È la ragione principale per cui il nostro psicodramma pretende di operare una manovra analitica, tramite il trattamento del sintomo.

Manovra di apertura all'etica della psicoanalisi, da cui tuttavia procede ad una disgiunzione attraverso i suoi significanti principali: il gruppo e il gioco. Metaforicamente parlando, gruppo e gioco sono presenti anche nell'analisi individuale, ma vengono affrontati tramite la relazione che si instaura tra analizzante ed analista, tramite le formazioni dell'inconscio.

### Il gruppo

Riprendo una citazione di Lacan nel Seminario *L'Étourdit* già riportata altrove, sulla questione del gruppo: « Ho il compito di tracciare lo statuto di un discorso, là dove situo che ci sia...discorso: e lo situo (questo discorso) del legame sociale al quale si sottomettono i corpi che, questo discorso *labittano*. La mia impresa sembra disperata (lo è per il fatto stesso, è qui il motivo della disperazione) perché è impossibile che gli psicoanalisti formino un gruppo. Tuttavia il discorso psicoanalitico (è qui il mio tracciato) è proprio quello che può fondare un legame sociale ripulito da ogni necessità di gruppo... dirò che misuro l'effetto di gruppo a ciò che aggiunge d'oscenità immaginaria all'effetto di discorso. Ci si stupirà altrettanto meno, lo spero, del dire che è storicamente vero che sia l'entrata in gioco del discorso analitico che ha aperto la strada alle pratiche dette di gruppo e che queste pratiche non sollevano che un effetto, se posso dire, purificato dal discorso stesso che ne ha permesso l'esperienza. Nessuna obiezione qui alla pratica detta di gruppo, purché sia ben indicata (in breve). La notazione presenta dell'impossibile del gruppo analitico e anche bene ciò che ne fonda, come sempre, il reale. Questo reale, è questa stessa oscenità: altrettanto bene "ne vive" (tra virgolette) come gruppo»<sup>4</sup>.

Questa volta ho tradotto in italiano il termine francese *labitent* con *labittano* per rendere ragione al reale in gioco nel gruppo. La *bitta*, secondo il dizionario Zanichelli, è una «piccola colonna a forma di fungo che si trova sulle banchine dei porti (o sul ponte delle navi)». Nel contesto della citazione assume le proporzioni dell'ancoraggio dei corpi al discorso del legame sociale.

Già nel 1945, nello scritto sul *Tempo Logico* Lacan aveva affermato che «il collettivo è il soggetto dell'individuale»<sup>5</sup>. Collettivo, non gruppo. Qual è la differenza? Poiché sono i corpi degli esseri

viventi che si sottomettono a questo discorso, l'oscenità immaginaria si lega intimamente al fatto che le relazioni tra gli uomini tendano a formare dei gruppi costituiti. Il discorso analitico crea però un legame sociale diverso dagli altri, perché non permette ai corpi di viverci come gruppo, vale a dire come Uno. Ciò che lo differenzia è che consente di leggere il legame come purificato dagli effetti di gruppo, in quanto è l'oggetto (a) ad essere in posizione di agente.

$$\begin{array}{l} a \rightarrow \underline{S/} \\ S2 \quad S1 \end{array}$$

In che misura nello psicodramma può operare il discorso analitico, visto che il gruppo lavora a partire dal discorso del Padrone, che ne è il suo esatto rovescio?

$$\begin{array}{l} \underline{S1} \rightarrow \underline{S2} \\ S/ \quad a \end{array}$$

Far funzionare il discorso del padrone significa innanzitutto aver operato una riduzione dei significanti per ciascun partecipante al gruppo a partire dagli scenari immaginari nelle narrazioni e nei giochi. In altre parole come, attraverso le sottolineature, le associazioni degli altri, lo scarto tra narrazione e gioco, permetta a ciascuno di cogliersi come soggetto rappresentato da un significante per un altro (S1, S2, S/). Ora quest'operazione lascia un resto (a) che entra in gioco nel discorso tramite il corpo pulsionale.

Questo resto, che s'incontra nello psicodramma, è il reale che partecipa del discorso, pur essendone ancorato come effetto di produzione. Si presta ad essere l'elemento che qualifica il tipo di godimento che è in gioco nel discorso in cui è preso il soggetto. In questo modo, l'elemento cui è ancorato il corpo tramite un'espressione pulsionale, può assumere un valore di godimento "ridotto" rispetto all'uso corrente del sintomo.

In altre parole se, come abbiamo detto, il discorso del Padrone ha la stessa struttura del sintomo analitico, allora può essere letto non solo come messaggio, ma anche come modalità di godimento specifico del soggetto. Non si tratta dell'attraversamento del fantasma, cui solo l'analisi può dare seguito, ma un'introduzione della questione del fantasma. Il soggetto parlando gode del suo sintomo, e lo fa con il corpo.

### Gruppo e funzione del gioco

Nello snodarsi della sequenza delle sedute gli psicodrammatisti operano su due versanti: nell'intervallo tra i significanti (S1, S2) per permettere la rappresentazione simbolica degli effetti soggettivi (S/), tramite la punteggiatura del discorso dei partecipanti e la proposta del gioco che tenta di ridurre gli scenari immaginari del protagonista ai significanti padroni che governano il suo dire; sull'altro versante promuovono tutto ciò che può fare atto rispetto alle svolte

discorsive dei partecipanti (interruzione del gioco all'apparizione di significanti che operano un taglio interpretativo per il soggetto, utilizzo di tecniche di gioco psicodrammatico che favoriscano l'emergenza dell'enunciazione soggettiva), tutto ciò al fine di ridurre il godimento del corpo, che si manifesta in genere in modo "sconveniente" (rossore, paralisi motoria, manifestazioni emotive non previste) tutti "fenomeni di corpo", che possono prendere parola, solo in virtù di un atto soggettivo e non in base alle spiegazioni ricevute.

È, lo ripeto, il contesto analitico del gruppo, che permette questa depurazione discorsiva, mediante i passaggi di parola, che ne costituiscono l'ossatura, grazie ai transfert orizzontali (tra i partecipanti) e quello verticale (rivolto agli psicodrammatisti), che articolano il rapporto tra narrazione come produzione di temi di seduta e gioco come taglio singolare, per ogni individuo, del rapporto tra il soggetto e il suo Altro.

Siccome nel nostro psicodramma il gioco è sempre individuale, al momento della rappresentazione, il gruppo subisce una divisione tra il gruppo dei 'giocatori' e quello degli 'spettatori': sul piano immaginario la scena è quella del protagonista con i suoi antagonisti (i partecipanti scelti come partners) e gli spettatori come uditorio e osservatori del teatro privato del protagonista; sul piano simbolico, protagonista e co-attori occupano un posto diverso dagli osservatori, essendo la posta in gioco più esposta per i primi, sottoposti allo sguardo sul loro corpo, sui loro gesti e sulle loro parole.

Se il gioco rappresenta il passaggio dal discorso indiretto a quello diretto, e quindi rimane nell'ambito discorsivo analitico, pur tuttavia è anche un passaggio di livello dall'immaginario al simbolico: dall'illusione (*in-ludere*, ingresso nel gioco mediante una situazione di realtà narrata) alla delusione (*de-ludere*, uscita dal gioco mediante una parola, un'impasse manifesta, una frase pronunciata durante il gioco che sorprenda il soggetto).

Si potrebbe tracciare la sequenza delle tre scansioni del tempo logico con la sovrapposizione dei tre registri della vita psichica:

- 1) L'istante di guardare con l'immaginario del gruppo che si rispecchia e che procede con i dati percettivi e visivi della conoscenza reciproca tra i partecipanti;
- 2) Il momento di comprendere con il piano simbolico che permette di fare delle deduzioni dai detti di ognuno per tentare di comprendere il proprio colore, come nell'apologo dei tre prigionieri, a partire dal colore degli altri. Dai dati in possesso dell'individuo, non è possibile di concludere esattamente, se non introducendo un'altra scansione logica, con un movimento di separazione dal gruppo attraverso l'autodefinizione;
- 3) Il momento di concludere come reale che fa dell'urgenza di pronunciarsi una necessità di riduzione del godimento osceno che lascerebbe inerte il corpo allo stato di pietra, anziché animarlo attraverso la parola. Questo vale sia per la nevrosi che per la psicosi,

con modalità di funzionamento diverso.

La funzione logica del gruppo, che abbiamo già illustrato in precedenti articoli, comporta che l'enunciazione possa essere solo del soggetto e che questo implichi il disgelamento del corpo parlante, ciò che si manifesta aldilà delle intenzioni e del controllo del singolo, mediante i significanti vissuti silenziosamente nella pulsione.

La bitta, quindi, il corpo reale, assume una funzione diversa sia dal rappresentante fallico dell'organo sessuale che come significante elevato alla dignità di rappresentante della significazione: come ancoraggio piuttosto (*escabeau*, sgabello joyciano, direbbe Lacan accentuando il suffisso “bello”) ad un godimento del corpo che sembra bastare a se stesso, autoerotico e sganciato dal discorso. È il caso della psicosi, in cui il delirio diventa una necessità discorsiva, come “*pousse-à-la femme*” nel caso del Presidente Schreber, illustrato da Freud. Per ancorarsi ad un discorso, pur essendone fuori, c'è la coazione a diventare la donna di Dio all'interno di un instancabile godimento di servizio.

Lo si vede bene nella clinica infantile, dove il corpo del bambino diventa il campo di battaglia della pulsione svincolata dal discorso dell'Altro, nei due versanti dell'iperattività e del silenzio assordante dell'autismo. «Vietato salpare!» mi viene da dire in riferimento ad un corpo ancorato al molo del porto della vita.

### **Il gruppo (e) l'Altro**

Ci possiamo rappresentare allora il gruppo nel suo registro del reale come Altro, cui il soggetto, per farsi rappresentare dai significanti, ha ceduto il godimento del corpo, come nel discorso hegeliano del rapporto tra Servo e Padrone. In questa accezione il gruppo, inteso come collettivo “costringe” il soggetto ad avere un rapporto con il godimento esplicito, manifesto, mediante la castrazione.

Per parlare il soggetto deve cedere, come nell'alienazione, una quota di godimento del corpo. Manovra possibile nel gruppo analitico, che non si ottiene sovrapponendo semplicemente la dimensione simbolica al reale del corpo mediante le sottolineature, commenti interpretativi che rischiano di 'scivolare come acqua sulle penne del papero', ma mettendo in gioco il corpo parlante, mediante la sottrazione di godimento. A questo punto possiamo tentare l'analogia tra il corpo e il gruppo nell'ambito del registro del reale, come dimensione che resiste all'interpretazione se non viene preso come Altro incarnato nella parola.

Facciamo intervenire ancora Lacan, nel Seminario *La logique du fantasme*:

«L'Altro è *l'insieme dei corpi*, a partire dal momento in cui il gioco della lotta sociale semplicemente

introduce il fatto che i rapporti dei corpi sono da quel momento dominati da qualcosa che, altrettanto bene, si chiama la legge. Legge che si può dire legata all'avvento del Padrone, ma solamente se s'intende: l'avvento del Padrone assoluto. Vale a dire la sanzione della morte come diventata legale»<sup>6</sup>.

«Siccome non c'è godimento che di corpo», il reale si presenta sotto la forma di un enigma che è un sapere concernente che cosa ne è del corpo. Se il soggetto si presenta come effetto del significante separato dal godimento e dal corpo, si tratta di sapere, assieme all'autore «in che modo il godimento è maneggiabile a partire dal soggetto». Nell'atto sessuale si introduce ciò che Lacan ha chiamato “valore di godimento”, vale a dire «l'annullamento del godimento come tale, il più immediatamente interessato nella congiunzione sessuale; è ciò che chiama la *castrazione*».

Per quello che riguarda il gruppo allora bisogna tener presente il concetto di *insieme*: se i corpi sono gli elementi che lo compongono come Altro, dal punto di vista dell'oscenità immaginaria come reale in gioco, gruppo e corpo coincidono. Non si tratta dell'aspetto simbolico, come ad es. si può dire del corpo insegnante, del corpo dei vigili del fuoco etc., ma del corpo dominato dalla legge assoluta, la morte.

È dunque questo riferimento al simbolico, che permette di purificare l'oscenità del reale del gruppo, a partire dal corpo dominato dalla castrazione. Il contesto analitico favorisce questa operazione in cui «il rapporto sessuale non esiste» nel senso che non coincide con l'atto sessuale e delude sulla possibilità di fare Uno con l'Altro.

### Sintomo e funzione logica del gruppo

Abbiamo accennato ad alcuni *fenomeni di corpo* che, come ci invita L.Izcovich, sono da distinguere dagli *eventi di corpo*. I primi li troviamo collegati ai fenomeni psicosomatici, nelle molteplici forme, i secondi ormai definiti come sintomi, cioè *l'immistione* del significante nel corpo, che lasciano tracce indelebili, legate alla storia personale dell'individuo.

La nuova definizione di sintomo, come evento di corpo sembra avere il vantaggio di riunificare in una stessa clinica la questione della nevrosi e della psicosi, pur tenendo presente le differenze di struttura tra l'una e l'altra. È il motivo per cui facciamo gruppi “misti” di psicodramma con nevrotici e psicotici, pur se quest'ultimi rappresentano una quota minore di partecipanti.

Voglio riprendere una citazione di Paul L emoine che commenta l'urgenza *dell'asserzione soggettiva anticipante*, che fonda la funzione logica del collettivo nell'apologo dei tre prigionieri: «l'urgenza spiega come nello psicodramma il discorso di gruppo si sostituisca al discorso individuale e ne prenda il posto.... Tra i partecipanti nasce un discorso comune, un discorso di gruppo in cui

ciascuno 'anticipa' la parola dell'altro al punto che la risposta viene prodotta spesso *all'insaputa di chi la dà* (il corsivo è il mio) [...] Se infatti questo discorso di gruppo procede a sbalzi e se i soggetti si rispondono tra di loro senza essere coscienti di farlo è perché questi momenti di rottura interrompono un certo stato del corpo, come nel caso dei tre prigionieri; una specie di imitazione mimata viene messa in atto, a cui l'interruzione del movimento dà un senso di dubbio»<sup>7</sup>.

I movimenti del corpo che accompagnano il discorso, sotto lo sguardo degli altri, hanno una funzione di induzione anticipatrice nella reazione dei componenti del gruppo. L'autore prosegue: «*L'intussuscezione* dei movimenti e delle loro rotture permette dunque di anticipare il ragionamento logico, grazie ad un'induzione precipitante [...]. Movimenti del corpo, movimenti del pensiero, sono quei ritmi e quello slancio che *abitano* le nostre parole. Ma con la comprensione si entra in un ordine differente: essa sfugge all'imitazione – rimane tuttavia il fatto che l'animatore accompagnando le parole e le scansioni del discorso e del corpo fa nascere il discorso latente dei partecipanti sotto il discorso manifesto [...]. Far rappresentare significa in effetti, mostrare al gruppo quell'attributo collettivo che caratterizza il discorso latente: mostrare in realtà di cosa si parla».

Le scansioni del tempo logico sono ben mostrate in questo articolo, in cui l'originalità consiste nel far vedere come i corpi parlanti partecipino di questa funzione di induzione discorsiva: *l'imitazione mimata, la comprensione logica e lo slancio nell'asserzione soggettiva anticipata* non potrebbero mostrarsi senza l'uso di un corpo che così si articola e disvela quello che Paul Lémoiné chiama il discorso latente.

*L'intussuscezione* di cui parla, che si potrebbe tradurre con “invaginazione”, parola composta che significa dentro (*intus*) e atto dell'accogliere (*susceptio*) mostra come tra i partecipanti, grazie allo sguardo, il corpo accompagni il discorso, rendendolo significante. L'importanza del gruppo si rivela allora come la possibilità per ognuno di anticipare qualcosa del discorso dell'altro, attraverso la dimensione corporea e le parole che seguono.

La funzione dello sguardo dell'altro se da un lato permette un'apertura di discorso, dall'altro aumenta le difese del soggetto che, nello psicodramma, si rifugia nell'immagine del corpo dell'Io Ideale, sul versante immaginario. A differenza della psicoanalisi in cui, secondo l'autore, è l'Ideale dell'Io, a-speculare, a rappresentare il baluardo principale contro l'angoscia di spezzettamento.

In questa occasione voglio soltanto sottolineare come il godimento del corpo nello psicodramma oscilli tra la conservazione dell'aspetto fallico e ideale dell'immagine corporea, esibita nel gioco e quella reale che non si lascia prendere facilmente in una rete discorsiva. È a

questo punto che l'intervento dell'animatore durante la seduta e dell'osservatore, a fine seduta, è particolarmente prezioso nel far cogliere al protagonista della scena l'importanza di andare oltre lo specchio, che garantirebbe in qualche modo l'integrità dell'Io.

Il passaggio, mediante le sottolineature e il gioco, dall'identificazione speculare al tratto identificatorio parziale con l'Altro (in genere uno dei genitori) permette d'introdurre la castrazione, come castrazione dell'Altro. Obiettivo che apre alla propria libertà desiderante e introduce al rapporto tra il soggetto e l'Altro attraverso l'oggetto del fantasma. Quest'obiettivo rappresenta anche il limite dello psicodramma, che avendo fatto spazio al corpo come Altro, può procedere al recupero di godimento parziale, attraverso il suo desiderio. Apertura all'analisi come possibilità di attraversare il fantasma o apertura alla vita, a partire dalla castrazione dell'Altro.

Renato Gerbaudo

Psicoanalista, psicodrammatista, membro Didatta S.I.Ps.A.

#### **NOTE BIBLIOGRAFICHE**

- 1 Conferenza tenuta da Lacan nel grande Anfiteatro alla Sorbona 16 giugno 1975 all'apertura del Simposio Internazionale James Joyce Ed. CNRS 1979;
- 2 Ibidem;
- 3 L. Izcovich, Relazione introduttiva al RV Internazionale «*Il mistero del corpo parlante*», Congresso della EPFCL Roma, 10-11 luglio 2010;
- 4 J. Lacan (lez. 14.07.72), *Le Séminaire. Livre XV. L'Etourdit*, inedito, cit. pp.1421-22;
- 5 J. Lacan, *Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata*, 1945, in Scritti, vol. I, Einaudi, Torino, 2002;
- 6 J. Lacan, *Le Séminaire. Livre XV. La logique du fantasme*, Seminario XIV, inedito p.267;
- 7 P. Lemoine (1988), *Psicodramma e psicoanalisi*, in «Jouer-Jouir, Atti dello psicodramma», anno quinto n.1-2, Ubaldini, Roma.



## Psicodramma analitico, corpo e psicosi

Vorrei iniziare questa relazione con due citazioni, una di Franco Basaglia e l'altra di Jacques Lacan.

Nel suo *Corpo, sguardo e silenzio. L'enigma della soggettività in psichiatria*, Basaglia dice questo:

«Non si può parlare dell'uomo senza essere rimandati alla sua corporeità, né si può avvicinare il fatto corporeo senza implicare l'intero complesso dell'uomo nel suo essere umano.

Il nostro ingresso nel mondo si attua infatti nel momento del nostro apparire come corpo: ogni espressione, ogni atteggiamento con cui l'uomo si dà e coglie il mondo è corpo ed è corpo il complesso di possibilità che da esso emanano e che realizzano- nel suo apparire- la sua mondanità

umanizzata. È ancora corpo l'identità della nostra nascita e della nostra morte» (Basaglia F., 1965, p.295).

Mentre Lacan nello *Stadio dello specchio* dice:«Il fatto è che la forma totale del corpo grazie a cui il soggetto precorre in un miraggio la maturazione della propria potenza, gli è dato soltanto come gestalt, cioè in una esteriorità in cui questa forma è sicuramente più costituente che costitutiva» (Lacan J, 1949, tr. it. p.89).

[...] «La funzione dello stadio dello specchio, si presenta secondo noi come una cosa particolare della funzione dell'immagine, che è quello di stabilire una relazione dell'organismo con la sua realtà» (ibidem, p.90).

Ancora Basaglia «L'uomo non può attuare questo atto di riflessione su di sé se non attraverso lo sguardo altrui [...] è lo sguardo d'altri che mi rende cosciente di me, perché solo attraverso lo sguardo d'altri io posso essere la mia soggettività, avvertendo contemporaneamente la soggettività dell'altro che mi determina e mi domina» (ibidem, p.299).

Cercherò di articolare le mie riflessioni su questa apertura facendomi aiutare da tre pazienti, inseriti in un gruppo di soggetti psicotici, giovani adulti tra i 25 e i 30 anni, il dispositivo grupppale utilizzato è quello dello psicodramma analitico.

Il tutto, forse, sarà un po' frammentato, ma preferisco che i diversi soggetti e la loro relazione con il corpo si delineino un po' alla volta.

Per Lorenzo il corpo è macchina è “pura meccanica”, né più né meno della sua mountain bike super tecnologica, tratta il mezzo meccanico e il suo corpo allo stesso modo, uno in funzione dell'altro, reciprocamente, scientificamente e teologicamente.

Quando interviene la parola o lo sguardo il corpo, meccanicamente, se ne va, mette una distanza di sicurezza tra sé, la parola e/o lo sguardo.

Per Angelo il corpo è presente nella sua inesistenza, è inesistente nella sua relazione con l'altro e quindi con se stesso. Angelo sembra essere assolutamente lontano da qualsiasi forma di piacere

corporeo, da un banale bagno ristorante, ad assaporare il cibo, al piacere sessuale, sembra, negli atti, esserne completamente estraneo.

Per Isotta non c'è separazione tra le parole e il corpo; la parola quindi non ha alternativa che ricadere sul corpo, non c'è differenza non c'è separazione e di conseguenza non c'è catena significativa.

Và da sé che queste scarse caratteristiche, appena accennate, dei tre pazienti, indicano l'esistenza di una notevole distanza dalle affermazioni di F. Basaglia come «la scelta del mio corpo è condizione necessaria alla mia azione» (ibidem, p.295) oppure «io devo accettare questo corpo e farlo mio», (ib, p.296) o ancora «devo scegliermi come corpo per uscire dalla molteplicità e farmi uno» (ib, p.297).

Cioè ci deve essere una certa distanza perché la vicinanza con l'altro non si trasformi in “promiscuità”, perché il soggetto non viva una situazione di prigionia; questa distanza è fondamentale perché il soggetto non si alieni, non sia cioè preclusa la possibilità di scegliere.

Ritengo che avesse proprio ragione Basaglia quando affermava che «salvaguardare l'instabile equilibrio fra me e il mio corpo mi consente di avere sull'altro lo stesso potere che egli ha su di me».

Gioco forza sono quell'intervallo, quella distanza, quel tempo che permettono al mio sguardo e a quello dell'altro, nella loro contemporaneità e intenzionalità, di risultare formativi per la mia soggettività.

In questa contemporaneità di sguardi il soggetto viene esposto ad un sentimento di angoscia e vergogna, che può anche sembrare terribile, ma sono invece proprio questi sentimenti che mettono il soggetto nella condizione di creare una giusta distanza per evitare di essere invaso dall'altro.

La vergogna, l'angoscia, non tanto come effetto dello sguardo quanto come effetto di uno smascheramento, che per un soggetto nevrotico risulta essere formativo, mentre per un soggetto psicotico, diventa, se va bene, invasivo.

Queste caratteristiche ci aiutano ad orientare adeguatamente l'uso dello psicodramma analitico con questi soggetti che hanno bisogno, spesso, più di essere velati che smascherati.

Queste operazioni costitutive, veicolate dallo sguardo, ma anche dal silenzio, non hanno fatto presa nei nostri tre soggetti.

L'Altro per Angelo come per Lorenzo non è mai in silenzio, nemmeno quando è assente.

Per Lorenzo lo sguardo dell'Altro ha un solo significato, quello persecutorio.

Gli sguardi di chiunque, del conosciuto come dello sconosciuto sono privi di distanza, sono essenzialmente invasivi, c'è l'urgenza di un'invenzione, per ripararsi, ma non è mai una volta per tutte.

Per Lorenzo, Angelo e Isotta non c'è riconoscimento del proprio posto, del proprio spazio, del proprio corpo, c'è solo invasione, non c'è nulla che tenga, non ci sono punti di tenuta.

In questi soggetti il corpo risulta devastato dallo sguardo dell'Altro ma anche dal mondo che l'altro vive e che lo ingloba.

La scomodità del nevrotico risulta una gran fortuna, quantomeno è una scomodità che può indurre il soggetto ad interrogarsi, a porsi delle domande mentre il destino dello psicotico è quello di alienarsi, «lasciandosi - come dice Basaglia -scegliersi dall'Altro».

Lorenzo infatti nel periodo dello scatenamento pensa spesso di essere stato scelto, sessualmente, dalle donne che frequenta, la precedente terapeuta o dalle commesse del negozio dove lavorava, a tal punto da chiedere alla terapeuta quando avrebbero potuto consumare, o aspettando la commessa, convinto, dagli sguardi intercorsi di essere stato invitato ad aspettarla alla chiusura.

Per Angelo invece, essendo la donna fonte di piacere per l'uomo, quindi, secondo la sua logica, fonte di peccato, deve essere accuratamente evitata, facendosi accuratamente rifiutare.

Le donne possibili, per lui, sono tutte quelle belle che incontra e che ha incontrato, la compagna di classe a cui vorrebbe manifestare il proprio amore a distanza di sette anni, o le pazienti che incontra in sala d'attesa; tutto questo almeno gli permette di “giocare” con me, la collega e gli altri del gruppo rispetto ad un argomento per lui, e del resto anche per Lorenzo, pericolosamente angosciante.

Torniamo a Lorenzo, possiamo dire che lo sguardo dell'altro che inizialmente esprimeva, così era il suo vissuto, un desiderio, cioè veniva tradotto come “sono oggetto del desiderio di un altro”, oggi lo sguardo dell'altro è pura aggressione, e in questo modo diventa ancora, immancabilmente “oggetto scelto dall'altro”, in entrambi i casi non può sottrarsi, e in entrambi i casi, è evidente, non c'è distanza, non c'è un uno spazio che funzioni da intervallo, non c'è silenzio, tutt'altro, per Lorenzo è un rumore assordante l'incontro con lo sguardo.

Lorenzo ad un certo punto fa emergere la sua soddisfazione per svolgere un lavoro in un ambiente dove l'inquinamento acustico è tale da costringerlo a lavorare con le cuffie, ciò lo ripara dall'incontrare la parola dell'altro ma non dallo sguardo, persistente, dell'altro, che lo porta ad avere come unico progetto, il suo delirio.

Lorenzo non ha dubbi, non ha incertezze, tutto gli risulta chiaro, certo oggi ha imparato un po' a difendersi, difendersi da se stesso, oggi spesso arriva a dire: «Sì, lo so, sono così, gli altri parlano sempre di me, ma io adesso mi giro dall'altra parte», ha imparato ad avere meno paura dell'invasività altrui, ma ciò che non è cambiato è l'assoluta certezza di ciò che percepisce.

Solo attraverso il binomio mountain-bike /corpo trova una relazione pacificante, dove il corpo è vissuto unicamente nella sua parzialità, cioè in quelle parti, da trattare, con l'allenamento e con l'alimentazione, in funzione delle prestazioni da ottenere, tratta il suo corpo come tratta la bicicletta, scompone le parti del suo corpo, quelle interessate, come scompone i diversi elementi della bicicletta.

Il corpo di Lorenzo, essendo un tutt'uno con la bicicletta, non ha spazio, non ha intervallo, “manca” per dirla con Basaglia «del momento della riflessione su di sé che gli permette di declinarsi come corpo, contemporaneamente oggetto e parte vivente dell'organizzazione del

mondo»; F. Basaglia pone al centro della sua indagine il “corpo”, in una sua particolare specificità, cioè il corpo va studiato «nella sua ambigua bipolarità di soggetto/oggetto».

Lorenzo non è mai estraneo all'altro, così come Angelo e Isotta, e la via che percorrono è quella dell'alienazione.

I loro corpi, così perfetto e oliato, come i diversi meccanismi e le diverse componenti della bicicletta in Lorenzo o così trascurato, sia igienicamente che esteticamente, maltrattato, fondamentalmente degradato in Angelo, risultano comunque in balia degli altri.

Ciò che risulta impedito in questi soggetti è di far propria un'esperienza del proprio corpo nel “mondo”.

Del resto, nel trattare gli psicotici dobbiamo tener ben presente alcune peculiarità, tra cui il loro non essere nel legame sociale; non ci sono mediazioni, non c'è regolazione, non essendo loro inseriti in un discorso, non avendo la possibilità di stare a regole.

Devo dire che grazie ai diversi incontri, prima in ambito istituzionale e successivamente nel mio studio, con soggetti psicotici e soprattutto nel lavoro in gruppo con loro, spesso mi sono posto come quesito principale, se attraverso un lavoro analitico, anche in gruppo, il soggetto psicotico potesse entrare, non dico nel discorso, ma in un “legame sociale”, in qualche modo, “possibile”.

Dare, paradossalmente, peso, cioè valore al loro dire, alla loro parola, così spesso imprevedibile, può permettere loro di accedere a qualche realtà sociale, studio, lavoro, tempo libero, in modo sostenibile? Un quesito che spero possa diventare un'affermazione.

Certo per far questo penso che molto spesso lo psicoanalista debba considerarsi uno dei tanti elementi, tasselli, ingranaggi che lo psicotico frequenta e usa per poter funzionare, almeno un po', nel tessuto sociale.

Il lavoro con i familiari, il farmaco, la presenza di altre figure, il lavoro individuale e/o in gruppo vanno intesi come un insieme di nodi, saldi, di punti di tenuta per un suo, pur incerto, cammino, magari facendo in modo che l'Altro, così naturalmente persecutorio, possa essere inteso in modo meno spaventoso.

Isotta oltre ad essere invasa dai suoi pensieri, inseguita costantemente dai suoi pensieri è sempre stata anche invasiva, cioè è lei ad invadere l'altro; da bambina doveva, nel senso che non poteva fare altrimenti, tenere la mano della maestra per tutte le ore, oppure i suoi slanci affettivi erano soprattutto corporei, abbracciava l'altro coetaneo, per un tempo assurdo, era soffocante e quindi respinta, regolarmente, così come è sempre avvenuto anche successivamente.

Le relazioni sociali sono per lei impossibili, visto che l'altro esiste solo se risponde al suo stesso modo, ma anche le relazioni amorose sono impossibili visto che l'altro la deve amare per come lei ama se stessa.

Allo stesso modo è con l'università o con il partito a cui aderisce; oggi tutto questo è in secondo piano, le manca, ma è al contempo consapevole, così dice, che forse per riaccedere all'esterno, diversamente, deve modificare, anche solo quantitativamente, il suo modo di essere con se stessa; le relazioni che tiene con il sapere, la letteratura, la poesia, la musica ecc., per lei sono tutti degli assoluti.

Lorenzo dopo dieci anni di duro lavoro è arrivato ad ottenere un contratto a tempo indeterminato, quando lo annuncia in gruppo è sicuramente soddisfatto, ma allo stesso tempo afferma anche che ora quel contratto bisogna saperlo mantenere, e non si riferisce alle competenze lavorative, che ha sicuramente, né rispetto all'impegno lavorativo, del resto lui è un gran lavoratore, sempre in anticipo, sempre disponibile ad eventuali straordinari, insomma come dice lui «sono lì per lavorare», e lui lavora.

I problemi sono altri, lui sa che ciò che lo può intralciare nel lavoro, sono le relazioni sociali con i colleghi, le relazioni di parola, gli sguardi.

Allora, riepilogando, il corpo di Angelo, così assente, ma proprio per questo così presente, il corpo di Lorenzo, inteso come una meccanica da perfezionare, il corpo di Isotta, una specie di fisarmonica, che cambia, si modifica, in base alla presenza di qualcuno a cui dedicare le sue parole.

Questi corpi indicanti un luogo di godimento, di godimento autistico come in Angelo, questi corpi da oliare e modificare, i cui pezzi possono essere cambiati o migliorati, in una sovrapposizione logica con il mezzo meccanico, la bicicletta in Lorenzo.

Questi corpi, abitati dalla parola, come in Isotta; Isotta si presenta come bulimica, ma non solo di cibo, anche di parole, di sapere, e poi si svuota, può fare digiuni lunghissimi dove il corpo si rimodella e il sapere si enfatizza.

Quando ci offrono questi spaccati di relazioni con i loro corpi non possiamo fare a meno che intenderli come testi, come un testo, un testo scritto da cui dobbiamo partire, non sarà una lettura facile, alle volte entrare nei loro testi è come entrare in un labirinto.

Per noi comunque è un soggetto con la sua parola e con il suo corpo, un corpo parlante come ci indica Freud fin dagli studi sull'isteria.

Cosa accade in questi soggetti, sembra non ci sia un esterno al loro corpo; se noi possiamo dire di abitare un corpo, loro arrivano a dire di essere il loro corpo.

Il fatto di dire di abitare un corpo, di essere “in un corpo” implica, credo sia implicito, l'esistenza di un Altro simbolico, ma tale implicazione non è invece reperibile nella psicosi.

Questo per dire che entrare in quel labirinto, evocato poco fa, ci mette nella condizione, attraverso la nostra personale difficoltà, di tener conto, comunque, del rapporto tra la parola e il reale del corpo, anche se ciò non potrà sfociare, con lo psicotico, in quell'assunto riguardante il desiderio, e cioè che il desiderio, come ci insegna Lacan, è il desiderio di essere desiderato.

Quando Isotta si innamora di qualcuno, e può essere uno appena conosciuto, o conosciuto solo attraverso internet, il suo amore è assoluto e ingloba anche l'altro, quando lei pensa a questo innamorato, nel momento in cui tali pensieri, davanti a lui prendono forma attraverso le parole si trasformano automaticamente in richieste, in domande, o meglio in imperativi. Tipo “amami come io amo me stessa”.

Quando Isotta fa all'amore è capace di pensare necessario declamare poesie per far intendere al partner quanto importante, quell'atto, è per lei; Isotta non gode dei suoi pensieri, delle sue parole, del suo sapere bensì ne è goduta, e vorrebbe che tale esperienza fosse anche del suo

partner, che di solito non si fa più trovare, provocando in Isotta una sofferenza che si avvicina alla disperazione, «come può non capire l'immensità del momento» sono parole sue, e così non le resta che assaporare totalmente quella che lei definisce «una solitudine assoluta e angosciosa». Quando Isotta declama o invia poesie (decine di poesie) all'uomo con cui ha appena avuto un rapporto sessuale, si sente costretta a farlo, o meglio è l'Altro che lo richiede, è l'Altro che ne necessita. Potremmo dire che l'essere di Isotta, in questo caso, è dentro l'oggetto stesso, è dentro le sue poesie declamate e/o inviate, è come se fosse assunta dall'oggetto in questione.

Isotta per anni avrebbe voluto una casa da abitare, in cui riconoscersi; la sua casa fino un anno fa era una specie di deposito di tutto quanto sua madre (psicotica) aveva raccolto in venti anni; Isotta ci ha messo anni a liberarsene; dopo la morte della madre, per anni, i movimenti erano di andata e ritorno, cioè ritornava sempre nella stessa posizione di immobilità.

L'impossibilità ad abitare la casa, come ad abitare il proprio corpo.

La casa è riuscita a trasformarla, a renderla abitabile, più difficile e complesso sarà arrivare ad abitare il corpo.

Più vado avanti e più mi chiedo, mi interrogo, su cosa stiamo facendo e cosa funziona; Lorenzo sembra essere più avanti, se così si può dire, e quindi più esposto, Lorenzo nel tempo è riuscito a circoscrivere un oggetto “la bicicletta”, che gli permette, in qualche modo di iscriversi in un legame sociale, senza esserne distrutto, è iscritto ad una società sportiva, si allena ogni giorno e fa gare tutte le domeniche; il suo godimento forse non è più così assoluto.

Credo che lavorare in questa direzione sia fondamentale con soggetti psicotici, cioè lavorare rispetto al godimento, al poter pensare che lo si possa, almeno un po', trattare.

In Lorenzo questo mi è piuttosto chiaro; è chiara l'esistenza di una divisione tra il corpo inteso come un insieme di meccanismi che permettono il movimento e il corpo come proprio, come il corpo proprio.

Abbiamo già visto che questi diversi meccanismi, possono essere, cambiati, oliati, nutriti, smontati e rimontati in quanto finalizzati ad una azione, come fossero, possiamo dirlo, “ un corpo estraneo”, “un corpo estraneo al proprio corpo”. Se in Lorenzo l'immagine del corpo è esterna, estranea al suo corpo, per Isotta e Angelo qualcosa è intervenuto a distruggere la propria immagine corporea.

Il nostro compito non credo sia quello di andare ad intaccare questa immagine corporea che hanno, come del resto capita con soggetti anoressici/psicotici; non è fruttuoso, anzi, lavorare per risolvere la relazione con la propria immagine corporea, sarebbe come orientare il percorso di quel soggetto verso il vuoto; dobbiamo invece fare il contrario, rallentare quella spinta verso il vuoto che è fondamentalmente una spinta mortifera.

In queste situazioni il gioco psicodrammatico ci viene veramente in aiuto.

Per esempio Isotta ha sperimentato attraverso il gioco la possibilità di frenare il suo farsi prendere dalle parole, attraverso l'opportunità di velare ciò che risultava troppo trasparente e quindi insopportabile.

Isotta, basta ascoltarla dieci minuti disquisire sui poeti maledetti, sulla musica di Schoenberg,

sulla filosofia contemporanea, sulla cinematografia d'avanguardia, per capire come tutto questo non sia niente altro che un veicolo per, come si suol dire per gli psicotici, “far l'amore con le parole”.

Essere come Angelo, un tutt'uno con le parole scritte che sceglie di frequentare, scrive saggi, aforismi, poesie, la scrittura risulta come l'unica relazione oggettuale e/o sociale che lo occupa, o essere un tutt'uno, come Isotta con il “sapere idealizzato”, in un rapporto sessuale impossibile, implica per entrambi l'impossibilità di accedere a qualsivoglia esigenza pulsionale, e l'impossibilità di accedere a qualsivoglia dimensione di piacere.

Per Isotta non c'è la pur minima separazione tra le parole e il corpo, non essendoci questa separazione va da sé che l'una, la parola, non ha alternativa che ricadere sull'altro, il corpo; non c'è differenza, non c'è separazione e di conseguenza non c'è catena significativa.

Isotta quando parla di ciò che legge, di ciò che ascolta, di ciò che guarda e di come legge, ascolta e guarda sembra descrivere una dimensione di estasi, potremmo dire che è l'estasi stessa, non è piacere, questa dimensione di estasi una volta in più indica come tra il corpo e la parola non c'è distinzione alcuna, e non essendoci distinzione ne è prigioniera.

Angelo, ricordando per la prima volta, dopo anni di terapia, un ricordo infantile, uno dei rari ricordi piacevoli, di quando alla domenica frequentava i nonni materni, proprio quella positività, lo induce ad affermare: «Io ho incorporato la casa nativa di mia madre», Angelo non indica una relazione, con la casa, con i nonni, con la madre, no, sostiene di aver incorporato tutto questo, inglobato il tutto, ma questa incorporazione non fa tenuta.

Il corpo è al tempo stesso luogo della vita e della morte, è corpo anatomo-fisiologico, con tutte le sue funzioni e “corpo del piacere”, è luogo del doppio.

Per Angelo il piacere che il corpo può fargli incontrare, attraverso, è suo l'elenco, il fumo, le sostanze, l'alcol, il sesso è inconciliabile con il senso più profondo e idealizzato che ha della vita; se prova piacere, o meglio se dovesse provare piacere attraverso il suo corpo sarebbe la fine, la morte del corpo organico.

Angelo, al momento dello scatenamento, siamo a pochi mesi dall'esame di maturità, oggi è laureato, dopo essere passato accanto ad un gruppo di suoi compagni di classe, che si stanno fumando una canna, inizia a pensare che il fumo passivo possa avergli causato dei seri danni cerebrali.

Questi pensieri lo angosciano sempre di più, arrivando a prendere un appuntamento da un neurologo per chiedergli se il fumo passivo e le particelle di eroina e cocaina assunte involontariamente in autobus, frequentati da tossici, possano causare danni irreversibili al cervello e se ci sono mezzi che possano misurare l'entità stessa del danno.

Il buco che si apre a livello del simbolico produce secondo J. Lacan “dei rimaneggiamenti del significante” da cui si apre, e lo abbiamo appena visto in Angelo, «il disastro crescente dell'immaginario» fino al punto in cui «significante e significato si stabilizzano nella metafora delirante».

Secondo Lacan «perché la psicosi si scateni, bisogna che il Nome del Padre, precluso, cioè mai

giunto al posto dell'Altro, vi sia chiamato in opposizione simbolica al soggetto» (Lacan, 1955-56, tr.it. p.573).

Lacan si chiede inoltre come possa avvenire che il «Nome del Padre venga chiamato dal soggetto nel solo posto dove non è mai stato», il posto simbolico.

All'interrogativo risponde così «Da niente altro che da un padre reale, per nulla necessariamente dal padre del soggetto, ma da Un-padre» (Lacan, 1955-56, tr.it. p.573)

Angelo nel primo nostro incontro esordì così: «Il mio problema è il Padre», queste sono state le sue prime parole.

Qualche settimana fa, dopo una seduta all'interno della quale si è parlato del corpo, mi porta un breve scritto che vi leggo.

*«Chi scrive che il corpo è “un contenitore che puzza, un contenitore di gran bruttezza” e ancora “che dal corpo già non esce bontà, se non sozzura” di certo non si ingannava. Il corpo, infatti, è fetida putrescenza, da cui non esce nulla, se non bruttezza.*

*Per l'uomo, sede di sublimi pensieri, è stata una condanna essere dotato di un corpo.*

*Esso, infatti, è strumento di peccato: la gola e il sesso in particolare sono voluttà della carne, che l'uomo deve detrudere (uscire) da sé come cosa orrenda.*

*Non può in nessun modo un corpo essere bello, perché da ogni parte è secreta lordura: solo in apparenza, pertanto, può essere ammirato. Ogni cura che si può prestare ad esso è soltanto un esorcismo della sua bruttezza.*

*Infatti è raro pulire qualcosa che subito dopo ritorna lordato, come è vano curare ciò che un giorno sarà polvere (morte quindi). Ciò che è fonte di male, va punito: così il corpo, ricettacolo di vizi, deve provare fatica e dolore, come punizione del suo essere colpevole».*

Chiudo con un'altra citazione di Basaglia: «Il corpo dello psicotico è devastato dallo sguardo dell'altro, dal mondo dell'altro [...]. Il procedere dello psicotico, è dunque – come si è visto – unidirezionale, nel senso di un presente che si fa futuro sulla base della sola esperienza delirante: situazione questa che porta l'individuo ad una costante reificazione di sé e dell'altro».

Moreno Blascovich

Psicoterapeuta, psicoanalista, psicodrammatista. Responsabile sede ICAB (Istituto per la Cura dell'Anoressia e Bulimia) di Mestre (VE).

## BIBLIOGRAFIA

F. Basaglia (1965): *Corpo, sguardo e silenzio*, in *Scritti I, 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Torino, Einaudi, 1981.

Lacan J (1949), *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io*, in *Scritti*, Einaudi, Torino, 2002.

- (1955-56), *Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi*, in *Scritti*, Einaudi, Torino, 2002.



## Dal corpo frammentato al corpo scisso: il tragico gioco della psicosi

Devo ringraziare gli organizzatori del Convegno perché mi hanno indotto a riprendere una storia lasciata lì, in un passaggio importante della mia carriera all'interno dell'istituzione psichiatrica, una vicenda che riemerge in frammenti episodici, in incontri casuali, in associazioni apparentemente slegate, un po' come ciascuno di noi ha sperimentato nel proprio modo di rapportarsi alla psicosi.

Parafrasando il titolo del mio intervento si potrebbe associare: dal pensiero frammentato al pensiero scisso, individuando in questo tentativo di dare senso ad una narrazione una prima tappa in un percorso di rielaborazione che caratterizza l'attuale fase della mia vita professionale, in cui il rapporto con la schizofrenia dei pazienti è stato in gran parte sostituito dal rapporto con la schizofrenia degli operatori e delle istituzioni “curanti”.

Pensieri e vissuti non certo originali, presumibilmente condivisi da tutti quanti si cimentano con la psicosi e quindi con un qualche livello istituzionale o familiare che riproduce il complicato mondo della schizofrenia, «l'arte della relazione nella non relazione e della non relazione nella relazione» come acutamente lo definisce Claude Racamier (tr. it. 1983, p.45).

La storia di Luca si presta a considerazioni ed interrogativi sull'integrità/identità della persona-paziente, ma anche del terapeuta e del dispositivo di cura nella sua complessità ed inizia alcuni anni or sono, nel febbraio '95, quando egli, allora quarantenne, viene inviato per la presa in carico ad un Centro di Salute Mentale della Provincia di Alessandria da un contiguo Centro di Salute Mentale, competente per territorio, ma dichiaratosi impotente per un progetto terapeutico che non si limitasse ad un contenimento farmacologico degli episodi deliranti.

Luca rappresenta l'eroe romantico “rivoluzionario”, di cui la psicosi costituisce un'amplificazione patologica di una serie di comportamenti trasgressivi adolescenziali: figlio di un alto ufficiale dei carabinieri, Luca segue la famiglia nei trasferimenti di città in relazione alla carriera paterna, trascorrendo la propria fanciullezza spesso all'interno delle caserme, in cui di volta in volta il padre si trova ad operare, talora anche per motivi di sicurezza, specialmente nel periodo degli anni di piombo.

L'incontro con il mondo universitario accentua i tratti ed i comportamenti anticonformisti di Luca, tanto più conflittuali con il rigido modello familiare se pensiamo che egli inizia a frequentare la facoltà di Sociologia a Trento, in quel periodo culla di progetti e pensieri rivoluzionari antisistema: l'accesa conflittualità col padre si manifesta con periodi di fuga da casa, coabitazioni con amici, brevi convivenze con ragazze, senza mai stabilire relazioni durature e particolarmente significative.

Terminata la fase illusoria adolescenziale con una serie di fallimenti (l'abbandono dell'Università, la separazione dei genitori, che egli vive come conseguenza dei propri comportamenti, non ultimo la pur sporadica assunzione di droghe, l'incapacità a costruirsi relazioni sentimentali almeno affidabili, se non durature), Luca si ritrova solo, alla ricerca di un

lavoro, non più disponibile a vivere con la madre e decide, pertanto, di emigrare in Piemonte, ove si erano trasferiti alcuni amici e conoscenti.

Dopo alcuni anni di vita ai margini del disadattamento sociale, con una sopravvivenza garantita da attività precarie e discontinue, Luca si barrica nella cascina in cui abita, in preda ad un florido delirio megalomane e, all'arrivo della forza pubblica (i carabinieri!) si lancia da una delle torrette della casa, procurandosi fratture multiple ed entrando in coma: impersonificava, in quel momento, Batman, eroe mascherato invincibile e capace di volare, immortale tanto più di fronte alle minacce dell'ordine costituito .evocate dalla presenza dei carabinieri, di fronte ai quali egli si sentiva anche un “guerriero della notte”, oltre che il portatore di un modello di giustizia onnipotente.

Luca mette in scena non soltanto metaforicamente la teoria del crollo psicotico teorizzata da vari autori (dal cambiamento catastrofico di Bion, all'inondazione emozionale di Volkman, agli stadi del collasso di Ping-Nie Pao), di fronte al panico organismico connesso all'angoscia di frammentazione ed ai vissuti di annullamento che minacciano la coesione e la continuità del Sé.

Ripresosi dal coma, inizia la carriera di paziente psichiatrico, alternando periodi di discreto compenso con l'ausilio di trattamenti farmacologici a fasi di malessere in cui si rifugia volontariamente in ospedale, dopo aver sospeso le terapie: anche nel ruolo di paziente Luca ripresenta l'impossibilità di rimanere in una relazione e l'esigenza di fuggire in un altrove protettivo che ristabilisca una distanza di sicurezza, tenuto conto che, com'è noto, il contratto terapeutico con lo schizofrenico quasi mai tutela da pericoli di simbiosi e di reciproci annullamenti, dalla dedizione regressivante come dal distacco escludente.

In tal senso, l'invio dei colleghi al nostro Centro di Salute Mentale assume il significato di un distanziamento da Luca, ma anche la consapevolezza che un dispositivo più articolato (trattamenti individuali, terapie di gruppo, interventi residenziali in comunità) avrebbe potuto costituirsi come “terzo reale”, per citare Sassolas, indispensabile per confrontarsi con la seduzione di un rapporto narcisistico/onnipotente e contemporaneamente mortifero che si instaura con il paziente psicotico in generale e che la semplice narrazione della storia di Luca evoca nell'equipe.

Una certa dose di narcisismo è forse indispensabile per affrontare il trattamento ed ancor più la psicoterapia della psicosi, condizione che alla nostra equipe, in quella fase storica, non mancava ed inoltre la storia di Luca suscita nel gruppo reazioni controtransferali positive dato che era ancora ben presente la matrice originaria dell'equipe, fondata sul patto antistituzionale degli anni ottanta, in cui il comportamento “rivoluzionario” di Luca trova riscontri ed identificazioni, pur nella consapevolezza di doversi confrontare non tanto con gli aspetti creativi della sua follia quanto con l'aggressività e la distruttività che sino ad allora avevano impedito a Luca di ricostruire i parametri di spazio e di tempo crollati insieme con lui dalla torretta sotto la maschera di Batman.

L'uomo –pipistrello rappresenta un doppio ibrido, non solo uomo-uccello, dal momento che il pipistrello, già di per sé, ha le caratteristiche ibridate del topo-uccello, cioè, come suggerisce

Bachelard «un essere definitivamente bloccatosi nella fase della sua evoluzione verso l'alto, un uccello dotato di un cattivo volo, condannato a battere le ali senza mai poter planare, un fallito dello spirito» (tr. it. 2009, pp.39-40), in cui solo la contaminazione con l'umano consente di ritrovare affetti e sentimenti, ma anche un corpo dolente, ferito e profondamente frammentato come per Luca dopo la caduta: un fallito nello spirito e nel corpo.

In effetti, nella relazione con lo psicotico, il terapeuta, oltre a confrontarsi con le varie manifestazioni dell'aggressività e della distruttività deve poter tollerare periodi anche lunghi di inutilità, quella sensazione ben definita da Racamier come “non essere nessuno”, cioè condividere col paziente vissuti di inesistenza e “di fallimento dello spirito” che divengono tollerabili solo all'interno di un dispositivo curante sufficientemente stabile ed articolato. .

Non mi soffermerò, tuttavia, a descrivere in dettaglio l'evoluzione della relazione di Luca col servizio curante nel suo complesso, per quanto ben consapevole che, nel trattamento della psicosi in particolar modo, lo spazio che Hinshelwood definisce “l'arena intergrupale”, ai margini dei setting gruppali costituiti, è spesso denso di fenomeni scarsamente o per nulla elaborabili ma talora determinanti per il trattamento, limitandomi invece ad alcune riflessioni attinenti alla sua partecipazione al gruppo di psicodramma analitico che conducevo all'interno del citato Centro di Salute Mentale.

Si tratta di un gruppo nato inizialmente all'interno di una Comunità Terapeutica ed attraverso successive vicissitudini, in parte correlabili con la ricerca di una identità e di uno spazio proprio che caratterizza la storia di Luca , trasferitosi nello spazio ambulatoriale del Servizio: alcuni elementi del setting sono rimasti immutati nel tempo, principalmente la cadenza settimanale, la durata di due ore delle sedute, la mia conduzione e la presenza, in qualità di Io Ausiliari, di 2-3 psicologi in training di psicoterapia, e di un numero di pazienti, tutti ascrivibili all'area psicotica, non superiore alle 6-7 unità.

Mi pare utile, per il prosieguo del discorso, soffermarmi in breve sulla figura dell'Io Ausiliario, che costituisce la peculiarità di questo modello gruppale, riportando un brano di un recente lavoro scritto in collaborazione con Ubaldeschi e Bo che ne sintetizza le caratteristiche :

«L'Io Ausiliario, proprio per il suo collocarsi in una posizione intermedia tra il gruppo dei pazienti ed il \ i conduttori, tra la fantasia di salute e quella di malattia, permette il riflettersi, come in uno specchio, di immagini che spaventano o non sono accettate, ma, nel contempo, attraggono per il loro potenziale trasformativo intuito. La particolarità della posizione dell'Io Ausiliario sembra entrare nell'immaginario dei pazienti, sollecitando la rappresentazione di una sorta di territorio di confine in cui, o attraverso cui, poter provare a vedersi con abiti diversi, pur continuando a conservare la continuità con sé stessi. Gli Io Ausiliari, quindi, sono soggetti che si rendono oggetti di un discorso (o per un discorso), scandiscono il tempo del gruppo, interrompendo la cronicità delle scene che si ripetono, riscrivendo la storia dei protagonisti: sono quindi importanti per trovare un equilibrio tra narrazione e rappresentazione». L'Io Ausiliario, come scrive Donata Miglietta, «recuperando il senso ed aprendo al non senso, attivando la funzione alfa e generando elementi beta, può plasmare nuove forme di pensiero»

(1998, pp. 102-107).

Ritroviamo analoghe considerazioni, riportate al trattamento individuale della psicosi, in Gaetano Benedetti, quando, accennando alla trattabilità del delirio, definito come «una esperienza particolare di realtà che si discosta da quella comune, tuttavia collegata con la sofferenza e la storia individuale della persona» (1997, p.17), suggerisce al terapeuta di costruire un “soggetto transizionale”, vale a dire un dialogo a partire da un'immagine condivisa con il paziente, creando “un inconscio terapeutico comune”, che si origina da una identificazione parziale percepita da entrambi.

Se dunque non consideriamo l'ambivalenza del pensiero delirante, vale a dire una comunicazione al mondo che si manifesta e si cela contestualmente, se non accettiamo la sfida del comprendere l'incomprensibile, condividendo l'angoscia di significati primitivi e paradossali, sino alla non esistenza ed alla distruttività persecutoria, ma se nel contempo non siamo pronti ad allontanarci dalla simbiosi mortifera o dalla *folie a deux* che la relazione con la psicosi tende ad instaurare, non ci conviene inoltrarci nel territorio della psicoterapia, ma è più opportuno limitarci, come i colleghi inviati nel caso di Luca, ad un trattamento sintomatico.

Nello psicodramma analitico, sia grazie al dispositivo gruppale per le sue caratteristiche di specularità legate allo sguardo dell'Altro sia per l'utilizzo dello spazio transizionale del gioco, si attiva un campo in cui il ponte tra realtà e fantasia può trovare spazio di espressione in un luogo in cui, come sottolineano De Simoni e Falavolti, «tramite i transfert laterali sugli altri membri del gruppo, mediati dalla presenza del /dei terapeuti, il paziente può cominciare ad accedere ai gradini dell'alterità» (1996, p.79).

Tale possibile accesso è facilitato, nella mia esperienza, dalla particolare composizione del gruppo e dal ruolo che giocano gli Io Ausiliari, psicoterapeuti in formazione, sui quali le proiezioni dei transfert laterali risultano quasi sempre più comprensibili e traducibili al gruppo: se una delle peculiarità del gioco psicodrammatico è rompere l'adattamento al sintomo e ciò vale in particolare per le varie manifestazioni comunicative della patologia schizofrenica, dal delirio alla catatonìa, è necessario poter tollerare l'angoscia sottostante al sintomo ed in questo la formazione alla psicoterapia certamente aiuta, pur se non è garanzia esclusiva.

Abbiamo lasciato Luca dopo il crollo psicotico, parzialmente riadattato al punto da indurre gli psichiatri curanti ad un invio per un trattamento genericamente psicoterapeutico e lo ritroviamo trasferito nella sede della nuova équipe curante, trattato individualmente da un collega con una psicoterapia di sostegno ed inserito in un progetto riabilitativo in cui sta per conseguire il diploma di assistente domiciliare: come in una sequenza ripetitiva, Luca ripresenta un delirio florido, ritornano tematiche antistituzionali polarizzate sul rifiuto di tutto quanto ha a che vedere con la psichiatria (nega la malattia, il trattamento farmacologico, i colloqui col terapeuta), si rinchiude in casa in una posizione similcatatonica, allettato, senza alcuna cura di sé e del proprio corpo, riducendo al minimo l'assunzione di cibo.

Preoccupata dalla profondità della regressione e dalla precedente gravità del crollo psicotico, l'équipe decide di instaurare un prolungato *maternage* domiciliare, in cui infermieri ed educatori a

turno si occupano di Luca, inizialmente come con un bimbo bisognoso, nutrendolo, aiutandolo a lavarsi e a vestirsi, successivamente accompagnandolo nelle uscite di casa (far spesa, andare al bar, riprendere i contatti col Centro di Salute Mentale).

Con questo nuovo episodio di crisi, Luca ha ripreso, negandolo, il proprio ruolo di paziente, deludendo le aspettative e l'investimento idealizzato dell'equipe curante, sostituitasi alla famiglia originaria, nella fantasia di proporre un modello bonificato rispetto a quello reale, ma collusiva con il progetto di normalizzazione delle istanze di autonomia e poco consapevole della richiesta ambivalente di dipendenza (dal divenire assistente domiciliare al tornare assistito con invalidità permanente).

Dopo questo episodio critico, superata la fase dell'accudimento, Luca chiede di partecipare al gruppo di psicodramma analitico.

L'atteggiamento iniziale mantiene l'ambivalenza fra una domanda di cura ed una protesta antisistema, con una presenza in gruppo mai discreta, raramente silenziosa, con frequenti allontanamenti prima dell'osservazione, come se non fosse disponibile ad accettare interpretazioni.

D'altro canto, come sottolinea Bion, i meccanismi prevalenti attraverso cui i pazienti con struttura psicotica accolgono le interpretazioni consistono in identificazioni proiettive, che generano dolore e frustrazione, mitigate da un oggetto interno contenitore sufficientemente buono ed adeguato a sviluppare il pensiero e la comunicazione simbolica, oggetto interno che si costituisce nella relazione col terapeuta e col gruppo, attraverso una rete di transfert e controtransfert laterali e verticale tipica dell'assetto gruppale non solo psicodrammatico.

Per alcuni mesi Luca utilizza il gruppo come un contenitore in cui evacuare racconti frammentati, parti della storia attuale e di relazioni fantastiche con donne spesso conosciute in fugaci e casuali incontri, parti della storia familiare, prevalentemente ricordi dell'adolescenza in cui ancora compaiono figure femminili che lo desiderano, ma che rapidamente scompaiono dalla sua vita: è molto restio a giocare, anche i ruoli attribuitigli dagli altri membri del gruppo, anche se talora accetta restituendo sempre vissuti superficiali e razionalizzati.

Un giorno Luca, in risposta a Maria, che aveva accennato ad una propria sofferenza legata ad un periodo di confusione in famiglia, racconta l'episodio della sua defenestrazione, soffermandosi sul momento in cui, risvegliatosi dal coma, vede, al di là della vetrata della stanza in Rianimazione, la sorella, che per mesi aveva perso di vista, in preda alla propria confusione delirante.

Per la prima volta, egli abbandona l'atteggiamento ironico e distaccato e si sente una inconsueta partecipazione emotiva anche degli altri membri del gruppo, tanto che sono indotto a chiedergli di mettere in gioco questa scena, nella consapevolezza che solo mediante l'attraversamento dell'episodio del crollo psicotico sia possibile costruire uno spazio relazionale condiviso e collaborativo: è necessario, infatti, nel trattamento della psicosi, che il paziente senta che il terapeuta, avvicinandosi al suo dramma, possa ripercorrere il momento della perdita della realtà ed accostarne entrambe le fasi, il crollo ed il delirio, senza avere troppa paura di perdersi, ma

senza cadere nella simbiosi.

La scena psicodrammatica, d'altro canto, nel suo costituirsi come area ludica transizionale, consente di confrontarsi con le identificazioni proiettive psicotiche all'interno di un contenitore sufficientemente buono, reso più solido dalla possibilità di scegliere come deuteragonista nel gioco figure già investite di un ruolo sociale riconosciuto e rappresentanti un'identità garante quali gli Io Ausiliari- psicologi : in effetti, come scrive Roberto Pani, «il gioco unisce al vantaggio di garantire una maggior costanza e densità percettiva rispetto al livello prettamente verbale, il fatto di essere agito e percepito sempre e comunque in un tempo specifico ed in uno spazio definito» (2007, pp. 272-273) e la presenza in gruppo di una quota di Io Ausiliari obbligati all'astinenza consente di riprodurre almeno parzialmente il modello dello psicodramma individuale alla francese.

Penso che proprio questa caratteristica del setting abbia permesso a Luca di affrontare il rischio del gioco come protagonista e soprattutto di provare a confrontarsi sia con la parte frammentata di sé, dopo la defenestrazione, sia con la parte osservante rappresentata dalla sorella oltre la vetrata, impersonata nel gioco da Giovanna, la psicologa più esperta fra le tirocinanti, spesso prescelta dai membri del gruppo per giocare la parte della madre affettuosa.

Il risveglio dal coma è messo in scena con angoscia, Luca sembra riemergere da un mondo sconosciuto, prova dolore in tutto il corpo, è disorientato sino a quando non vede il volto noto della sorella che l'osserva da una certa distanza: solo da quel momento in poi riesce ad entrare in situazione, comincia a descrivere le percezioni deliranti che l'hanno indotto a continuare una fuga iniziata anni prima, di cui la defenestrazione rappresenta solo la fase finale («sto scappando dai carabinieri, dal papà, dalle idee che mi tormentano e mi girano in testa come un pallone»).

Ritrovare il volto di una donna che può prendersi cura di lui ed in cui perdersi al risveglio, pare ripristinare la situazione che Bleger definisce “il transfert simbiotico” della psicosi ed è dunque fondamentale, nel momento in cui la disgregazione psicotica e la conseguente perdita del controllo dell'Io si manifestano come un percorso di uscita dal blocco affettivo e dall'inibizione che, sino ad allora avevano contraddistinto l'essere di Luca in gruppo, proporre un passaggio ulteriore, grazie anche all'utilizzo del role-playing.

Con esitazione e paura Luca, nel posto della sorella, può osservarsi come un corpo dolente, “rotto in più pezzi”, come verbalizza egli stesso, ma anche sentirsi integro al di là della vetrata, pur non sapendo che fare, nella percezione che prendere le distanze dalla parte psicotica significa anzitutto accettare di vederla senza avere soluzioni pre-definite., per potersi solo dopo questo passaggio ri-avvicinare con inquietudine, ma con minor angoscia rientrando nella propria parte.

Nel processo terapeutico della psicosi talora ci troviamo, come nel caso di Luca, in un momento critico della seduta, un “*present moment*”, come lo definisce Stern, vale a dire un'esperienza affettiva di scambio intersoggettivo e di riconoscimento dell'Altro che, con ogni probabilità, induce un cambiamento nella memoria implicita del paziente, nell'area del non verbale difficilmente prevedibile, in cui non sappiamo bene quali siano i fattori terapeutici, tanto che

Stern conclude affermando: «non è l'insight che induce il cambiamento, ma sono i cambiamenti che inducono insight» (tr. it. 2005, p.58).

Questa riflessione introduce la questione, ancora irrisolta, della capacità/possibilità di accedere al simbolico da parte del soggetto psicotico, processo certamente non lineare, che individua nel gioco psicodrammatico una delle rare cerniere fra spazio/tempo reale ed immaginario che consente ad ogni giocatore, senza distinzione diagnostica, di narrare la propria storia di fronte allo sguardo del gruppo, come Luca nella scena rappresentata.

Non intendo entrare nel dibattito teorico in atto, ma ritengo utile segnalare che per Luca la scena giocata ha rappresentato uno spartiacque nel suo modo di stare in gruppo (da allora è stato in grado di giocare scene della vita quotidiana e memorie del passato, con una sequenza invertita rispetto agli abituali percorsi del trattamento psicodrammatico, quasi come il gioco del risveglio avesse avuto una funzione iniziatica), ma anche di vivere in maniera differente la propria vita reale nel contesto sociale.

La rinuncia a tentare di esercitare una professione d'aiuto e la richiesta alla sorella Giuliana, che vive a Trento, di mantenere contatti periodici dopo il lungo periodo di totale distacco dal mondo familiare costituiscono una tappa ulteriore nel percorso esistenziale di Luca: parziali miglioramenti di funzioni cognitive ed affettive alterate, da intendersi come un adattamento al mondo esterno, piuttosto che trasformazioni strutturali della personalità, ma anche come la possibilità di sperimentare su di sé un processo di cambiamento non solo ciclicamente distruttivo, che tuttavia non sappiamo prevedere dove andrà a parare.

Una sfida alla nostra identità di psicoterapeuti, in cui ci può essere utile il principio bioniano di condurre l'analisi senza ricordo e senza desiderio per misurarci controtransferalmente con gli obiettivi narcisistici della cura trasformativa: si tratta, in fondo, per concludere con una citazione di Gaetano Benedetti, di continuamente oscillare tra l'identificazione col malato per conoscere dal di dentro l'esperire ed il separarsi da tale posizione per riflettere su di lui.

In ciò la relazione con la psicosi non differisce da altre relazioni, solo apparentemente meno problematiche.

Massimo Pietrasanta

Psichiatra, psicodrammatista, membro Didatta S.I.Ps.A., docente C.O.I.R.A.G., Direttore Dipartimento Psichiatria Provincia Alessandria

## **BIBLIOGRAFIA**

Benedetti G. (1997), *La psicoterapia come sfida esistenziale*, Raffaello Cortina, Milano

Bion W. R. (1981), *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino

Bleger J. (2010), *Simbiosi e ambiguità*, Armando, Roma

De Simoni S., Falavolti S. (1996), *Psicodramma analitico con pazienti psicotici in istituzione : una scommessa possibile?*, in «Areanalisi», n. 18-19, Ed. Dell'Orso, Alessandria

Hinshelwood R.D. (1989), *Cosa accade nei gruppi*, Raffaello Cortina, Milano

- Miglietta D. (1998), *I sentimenti in scena*, UTET, Torino
- Pani R. (2007), *Lo psicodramma psicoanalitico*, Franco Angeli, Milano
- Pao Ping-Nie (1984), *Disturbi schizofrenici. Teoria e trattamento da un punto di vista psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano
- Pietrasanta M. (1987), *Psicosi e psicodramma : dall'agito all'azione attraverso la messa in scena del sogno*, in «Arealisi», n.1, Ed. Dell'Orso, Alessandria
- Racamier P.C. (1983), *Gli schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano
- Sassolas M. (2001), *Terapia delle psicosi*, Borla, Roma
- Ubaldeschi D., Bo F., Pietrasanta M. (2009), *I conflitti del potere, il potere del conflitto: storia della fine di un gruppo*, Relazione presentata al Convegno I.A.G.P., Roma
- Winnicott D. W. (1974), *Gioco e realtà*, Armando, Roma



## Il corpo e l'Assenza nello psicodramma analitico

Paola Cecchetti

Vorrei fare di questo breve intervento un “elogio dell'assenza”, cercando di dare voce ai molteplici pensieri che, nel tempo, si sono accumulati nella mia mente.

Partirei da una riflessione che può apparire un gioco di parole, ma non lo è: l'assenza non è il contrario della presenza, un modo “difettivo” della presenza, intesa come il fondamento dell'esistenza. Non è il suo “negativo”. È la presenza, al contrario, ad essere il negativo dell'assenza. È un'ovvietà? No, perché se accettiamo questa verità noi in realtà rivoluzioniamo le coordinate fondanti l'esistenza: la temporalità dello Spazio e la spazialità del Tempo.

Considerare l'assenza il “positivo”, significa dare valore a quell'immensa oscurità da cui veniamo gettati nel mondo e a cui torniamo, dare valore ad un tempo senza tempo e ad uno spazio senza spazio, invece che a quel piccolo tratto che faticosamente percorriamo.

Sarebbe importante, e bello, andare a studiare questo problema nella filosofia contemporanea post-nietzschiana. Potremmo cercare un'anticipazione di questi temi in Kierkegaard, nella sua lotta contro il “sistema” totalizzante per ridare respiro al singolo, alla singolarità, nella consapevolezza che è l'angoscia che “buca” la totalità universale. Dovremmo parlare di Heidegger e della sua distinzione tra l'ente semplicemente-presente e l'Essere, un essere che sconfina sempre più nel Nulla. Dovremmo percorrere, insomma, l'itinerario di quel pensiero che ha via via sostituito al “fondamento” (*Grund*) l'assenza di fondamento (*Ab-Grund*), alla presenza del “segno”, la “traccia”, l'“al di là dell'essere” di cui ha parlato Levinas.

Non mi avventuro in questo percorso. Faccio cenno, invece, all'universo dell'arte, che mi è più familiare.

Questo dell'Assenza, è un percorso che l'arte contemporanea ha osato esplorare.

Penso all'immagine della danza Buto. Il danzatore (Ivana Masaki) è un uomo, ma quando si gira di spalle, avendo lunghi capelli ed un corpo efebico, è una donna dalla perturbante femminilità. Una metamorfosi che mi rimanda all'esperienza clinica, ad un gioco di psicodramma nel quale si rappresenta il sogno di una paziente in cui il direttore artistico del teatro si trasforma, sotto i suoi occhi, in una bellissima donna vista di spalle.

Che cosa si sta rappresentando? La bisessualità come nostra malattia, che ci riporta al modello topologico dell'isteria? La scomparsa delle categorie per mezzo delle quali si qualificano gli affetti, permette il formarsi di un'immagine inedita, che sorprende, che permette uno sfasamento che porta all'interpretazione come lingua del sintomo, che non è mai scontato?

Sempre dalla danza Buto, mi viene il suggerimento per una rappresentazione del dis-farsi, dell'informe: adesso – dice Masaki - i vostri corpi sono in putrefazione, è in atto un processo di de-composizione. Non si tratta di mimare, ma di essere. È la pittura di Bacon: il disfarsi della carne che si fa linguaggio che interpreta la vita nel suo essere movimento.

Mi sembra che queste esperienze artistiche, appena accennate, permettano di rappresentare e

rendano quindi visibile ciò che è dell'ordine dell'impossibile e, proprio per questo, del Reale. Un tema, un'esperienza, che nel nostro lavoro clinico ben conosciamo.

Designificare l'Io scombinando il sistema cosciente delle identificazioni o, come scriveva Fedida, “essere scacciati dalla propria identità” per essere analisti.

La psicoanalisi, nel suo essere epistemologia dell'inconscio, vissuti di cancellazione in attesa di un ritorno, ci interroga: è possibile che l'Assenza riceva dal pensiero e dalle sue costruzioni teoriche un contenuto di rappresentazioni?

Penso all'Assenza primordiale del Corpo d'amore che ogni soggetto insegue per tutta la vita, senza mai poterlo incontrare, come mito dell'Origine. Ma già la Klein definiva l'origine, infernale, in quanto a rischio di frammentazione e di distruzione; fino ad arrivare ai successivi modelli teorici di impianto strutturalista, che pongono l'origine nella “mancanza ad essere” dislocando il soggetto nel desiderio dell'Altro.

L'esperienza clinica ci mette a contatto e costringe a pensare la scomparsa, il disfarsi, la cancellazione, per arrivare al passaggio dal “gioco della morte al gioco dell'assenza” (Fedida), rappresentato nell'oggetto dell'anamorfosi, ma anche dall'immissione del soggetto nell'ordine simbolico. Il simbolo nel suo essere di passaggio perde l'oggetto e ne fa il lutto, ma è proprio sullo sfondo di questa Assenza che l'oggetto riacquista il suo statuto di “oggetto causa del desiderio”: non è la meta da raggiungere, ma ciò che, all'insaputa del soggetto, lo spinge nella ricerca.

Pensiamo anche al transfert: non è l'arte di rendersi assente a chi, presente sul divano, castrato lo sguardo, può parlare a se stesso solo se l'analista, formatosi ad una sorta di mortificazione del proprio sapere, glielo permette?

Di nuovo Fedida: la persona dell'analista - a causa dello spossamento della sua identità- è minacciata dalla più selvaggia, inquietante estraneità. Il transfert è transitare dalla presenza dell'analista al suo essere di assenza, mortificando quanto di più saggio si è costruito in lui.

Nello psicodramma analitico, ci confrontiamo costantemente con l'assenza, per il fatto che esso è centrato sul “gioco”, che è sempre, nella sua essenza, la ricerca dell'oggetto causa del desiderio nel suo essere di sparizione e ritorno. Pensiamo al *fort/da* freudiano.

È la funzione della rappresentazione, che i Lemoine definiscono “una sublimazione su base umoristica”, una castrazione accettata, a permettere il passaggio al simbolo, cioè ad una catena di sostituzioni sempre operante nel presente. Ed è su questa catena simbolica che si scelgono nel gruppo gli “ausiliari dell'io”, sostituti, coloro che rappresentano persone realmente esistite ma “assenti” dalla scena, perché il soggetto possa tornare a parlare in modo estraniante, nuovo (per via dell'estraneo intermediario), alla vera madre, al padre.... L'assenza in questo caso dischiude il provvisorio “presente”, il “qui ed ora”, al desiderio inconscio, nella temporalità dell'*après-coup*.

Ci sono poi delle esperienze nelle quali l'Assenza emerge, per così dire, in maniera reduplicata, giacché è, come abbiamo accennato, al centro della tecnica dello psicodramma e, nello stesso tempo, è come tematizzata nel cuore dell'esperienza che si gioca nello psicodramma. Mi

riferisco ad esperienze come quella da me condotta in una struttura (Casa Luciana, a Roma) abitata da malati terminali di Aids. Non sto qui a ripercorrere quella drammatica avventura, pubblicata anche nel volume *Sarà così lasciare la vita?*, edito dalle Paoline; mi limito a riportarvi uno di quei sogni nei quali le pazienti mostravano e prefiguravano l'evento temuto, la morte.

La sognatrice è, nella Casa, l'ospite più grande di età; ha sessant'anni. Si trova nella Casa da tre anni; è stata introdotta alla droga dal figlio che, al tempo della mia esperienza, era già morto per overdose. Ha due figlie viventi, delle quali una, figlia del primo marito morto, è madre a sua volta di un figlio molto amato dalla sognatrice, perché porta il nome del proprio figlio morto. Quello che riporto è il primo dei sogni che M. (indichiamola con l'iniziale) porta nel gruppo.

*«Mi trovo in un ambiente antico, con archi: sembrano terme romane; sto guardando dall'alto e vedo quattro corpi nuotare sott'acqua. Quando arrivano di fronte a me, si girano e si mettono a pisciare e mi accorgo che hanno un pene piccolo come un mignolo. Sono tutti e quattro identici: con i lunghi capelli biondi e gli occhi azzurri. Mi rivolgo a Barbara (la figlia avuta dal primo marito) e le dico: sono gli ATLANTIDI! Uno di loro si stacca dal gruppo, esce dall'acqua, mi prende in braccio e mi porta con sé. Man mano che scendiamo nell'acqua aumenta il terrore di morire. Mi sveglio con un senso di soffocamento».*

Mentre racconta, M. ricorda di aver pensato, nel sogno: *se mi innamoro di uno, mi innamoro di tutti, sono tutti uguali!*

Accetta di “giocare” il sogno. Per rappresentare i quattro uomini e la figlia sceglie l'operatrice, la suora, dei residenti. Si sistemano, su sua indicazione, quasi schierati, mentre lei sale su una sedia per dominare con lo sguardo tutta la situazione. Si trova così in alto, la figlia è in basso e i quattro metaforicamente nell'acqua sono a un livello ancora più basso. Tornano spesso nei sogni pre-morte tre livelli. È l'attraversamento dei tre livelli della psiche?

Guardando la scena, le viene in mente che, nel sogno, solo quando vede che gli uomini hanno un pene piccolo, pensa agli Atlantidi. Il ruolo di prenderla in braccio l'affida ad una transessuale. Sembra che in queste quattro donne siano riassunti i destini del femminile: una giovane madre, una suora, una giovane isterica, la transessuale.

Non ci sono parole nel sogno, se non la presentazione, la nominazione dei mitici antenati che la madre rivolge alla figlia. Infatti M. associa alle terme e all'acqua, la tomba del cimitero del Verano in cui sono sepolti suo padre, suo marito, suo figlio. Nessuna delle partecipanti sa chi sono gli Atlantidi. Dice M.: *«vengono da un mondo incontaminato, senza cattiveria, sono belli e innocenti».*

Gli Atlantidi sono all'origine di un mondo che scomparirà, come M. stessa nel sogno, inghiottito dall'oceano. Come alcune donne del gruppo, che hanno già lasciato la casa-famiglia per l'Ade.

Cosa le fanno pensare quattro uomini tutti uguali? Suo padre, che ha odiato e continua, da morto, a odiare; suo marito e suo figlio Giuliano, che ha amato alla follia, anch'essi morti.

Nel sogno M., nel prefigurare in modo mitico la propria morte, sembra incontrare le proprie radici e scoprire che il fondatore è uno solo, il padre che crede di odiare perché l'ha abbandonata; scopre che gli altri uomini sono omologati a lui, e che anche lei, il quarto, lo è, sdoppiata tra la parte di lei che osserva e la parte che agisce. Chi la prende in braccio sembra esaudire il desiderio che ci siano delle braccia ad accogliere alla nascita e che siano le stesse a sostenere nel morire. Ha

scelto, nel ruolo della signora con la falce, un uomo che, trasformandosi in donna, ha “realizzato” una castrazione che qui appare metafora mirabile del desiderio per il corpo della madre – luogo fantasticato come prolungamento e sublimazione del piacere - e, al tempo stesso, della castrazione che la morte attua come ritorno al nulla originario. La morte come cessazione definitiva del piacere.

Nel sogno, come nella realtà di M., l'eterogeneità è negata. M. non riconosce più la differenza tra sé e gli altri, come non si riconosce più in se stessa. Tutti uguali e ciascuno uguale a se stesso. Dall'uguale al medesimo, in un trionfo dell'omogeneo che evacua la vita come inconciliabile affermazione degli opposti. Se si rovescia la scena, come spesso avviene nel sogno, la madre di M., M. e le sue due figlie – quattro donne -, sembrano l'immagine speculare negata e allusa dai piccoli peni trasgressivi del sogno e confermata dai lunghi capelli biondi. La castrazione dell'essere femmina è attribuita alla quinta e unica donna del sogno che guarda dall'alto come un regista. Nella scena giocata dello psicodramma le cinque donne si ricongiungono – M. è in braccio a C. nonostante la regola del non toccarsi – per attraversare i tre livelli che il mito attribuisce alla città di Atlantide.

Restituisco a M. e al gruppo anche un altro aspetto del sogno, riguardante l'ingresso nella terapia: è presa in braccio dalla terapeuta e accompagnata nella regressione fino alle «arcaiche acque uterine del sonno fetale».

Inizio e fine collassano l'uno nell'altra per queste persone che sono insieme per vivere la morte, l'Assenza definitiva, che lo psicodramma rappresenta lasciando vuota la sedia di chi ormai non sarà più presente. Non è così, anche se in modo nascosto, in ogni seduta?

L'esperienza riportata mi sembra riassumere molte delle questioni che ruotano attorno alla clinica e che sono difficilmente dicibili: il sogno, come assenza del movimento del corpo; il mito, come superamento dell'immaginario nel simbolico; la morte, come passaggio all'assenza del corpo, sentita come “più acuta presenza” - recitano i versi di Attilio Bertolucci.

Ma c'è anche l'assenza del corpo nella spazialità del vuoto, centrale nello psicodramma affinché la presenza di scena possa tornare assenza, terminato il gioco.

Veramente, come ha insegnato Lacan, noi parliamo “senza saperlo”, dicendo sempre più di quanto sappiamo. Parliamo con il corpo: corpo sinonimo di godimento, un corpo sessuale che gode velato dai sembianti immaginari captati da fuori; un corpo immaginario, formato dalle immagini che mi rinvia l'altro; un corpo simbolico, infine, corpo significativo che implica significanti che parlano tra loro.

Il corpo per noi analisti è ben altro che l'organismo biologico: è questo che i sogni riportati testimoniano nella dialettica vita/morte, assenza/presenza.

In altre, rare esperienze, l'Assenza è protagonista del lavoro psicodrammatico in maniera, alla lettera, eccezionale: ci troviamo dinanzi alla “scomparsa” dell'analista, che non è morto, ma appunto si è fatto assente senza avere il tempo e il desiderio di preparare l'uscita.

Sono molte le domande che questa situazione pone. In particolare: quale è l'insegnamento che

passa ai colleghi quando l'analista incontra la propria caduta del desiderio di essere analista? Non affronto qui il problema, che potrebbe essere oggetto di un Cartel. Né voglio parlare dell'analista-assente, tanto meno farne un "caso", che per aggiunta rimarrebbe misterioso. Non è Freud stesso che parla di sé come del caso più difficile?

Resta, comunque, che i suoi pazienti individuali e di gruppo, i giovani colleghi in formazione, i colleghi più anziani, tutti sono disorientati.

Ci troviamo davanti ad un ricco materiale messo in moto dall'Assenza, proprio come nel sogno, in cui l'assenza del corpo vigile crea figure che vanno accolte per essere smontate nel loro essere pittogrammi, rebus. Ne prendo in considerazione solo una minima parte, riguardante l'assenza nel gruppo di formazione mensile nel quale, essendo un gruppo di secondo livello, l'assenza si è in qualche modo fatta ricerca.

Inizialmente "la scomparsa" è impossibilitata ad essere parlata, a produrre una comunicazione. Ciò che, in questa situazione, ha aiutato noi didatti a portare avanti il lavoro, è stata la dimensione istituzionale. L'analista non si può affidare solo al proprio carisma, come Freud ci ha insegnato. Deve vegliare a che l'Istituzione rimanga il garante e la possibilità, a cui lui stesso può far riferimento, di essere ascoltato e supportato. In questi momenti di verità occorre d'altronde ricordare che la domanda di tutti, soggetti e gruppo, è stata rivolta alla "Didatta" ora "assente" e che lei, a sua volta, ha istituito il piccolo gruppo che l'ha affiancata nel lavoro di ricerca clinica e teorica.

Quando l'analista si ammala ed è costretta ad allontanarsi, che ne è del transfert? Facciamo ricorso a Lacan, che scrive: «l'oggetto (a) in effetti è legato alla sua mancanza necessaria, là dove il soggetto ci costituisce nel luogo dell'Altro, vale a dire il più lontano possibile, al di là persino di quello che può apparire nel ritorno del rimosso. L'*urverdrangung*, l'irriducibile dell'incognito, - non possiamo dire l'inconoscibile, dato che ne parliamo- si struttura lì, ed è lì che si colloca quello che, nella nostra analisi del transfert, ho elaborato qui innanzi a voi con il termine *agalma*. È in quanto questo posto vuoto viene preso di mira come tale che si istituisce quella dimensione sempre trascurata, e per evidenti ragioni, quando si tratta del transfert. Questo posto, in quanto circoscritto da qualcosa che è materializzato nell'immagine, un bordo, un'apertura, una faglia beante in cui la costituzione dell'immagine speculare mostra il proprio limite –ecco qual è il luogo eletto dell'angoscia.».

L'assenza anche fisica, della didatta, va dunque a prolungare e moltiplicare dinamiche che sono proprie del transfert in quanto tale.

Nello psicodramma analitico, inoltre, è il transfert "a rete" che permette nuove sistemazioni del funzionamento psichico ed offre alla conflittualità psichica la possibilità di raffigurarsi con la mediazione del gioco.

Si tratta di decifrare in termini nuovi in quali modi si ponga la domanda indirizzata all'Altro e, in seguito, acconsentire a che questa domanda rimanga aperta, senza risposta.

Nel nostro caso, il fatto che la Didatta avesse nel tempo preparato una piccola istituzione, con il suo statuto e i suoi organismi, ha protetto la scomparsa dell'analista dalla scena del quotidiano e

ha attivato e fatto circolare l'insegnamento, trasmesso in anni, che consiste nell'etica dell'atto analitico, nella pratica di una formazione permanente che vede giovani analisti e vecchi analisti sempre in funzione di analizzandi. Così Lacan: «noi portiamo il lutto e risentiamo dei suoi effetti di svalutazione nella misura in cui l'oggetto di cui portiamo il lutto era, a nostra insaputa, quello che si era fatto, o di cui noi avevamo fatto, il supporto della nostra castrazione. Quando questa ci torna indietro, noi ci vediamo per quello che siamo, in quanto saremo essenzialmente ritornati alla posizione di castrazione».

Partiamo allora, per far comprendere ciò che è avvenuto, da alcuni sogni che vengono giocati nel gruppo di formazione e che hanno mantenuto un dialogo con l'Assente.

«Sono in moto con un altro componente del gruppo. Avevo il casco, ma c'è uno spazio tra la testa e la protezione del casco», così racconta un componente del gruppo. Viene giocato il sogno. «il casco non mi protegge più, perché fa troppo gioco», dice il sognatore. L'animatore rimanda: «serve un casco, per non *cascare* in questo momento di assenza».

In un altro sogno, ancora più trasparente, «la didatta assente spinge un treno, anzi, un trenino per bambini nei giardini pubblici. Siamo sotto un tunnel, c'era una decina di persone». Qualcun altro associa il libro che sta leggendo, *La maga delle spezie*, di Divakaruni, con il sorriso della Didatta e con il profumo del pane appena sfornato.

È evidente, sia pure da questi brevissimi accenni, che i didatti che stanno portando avanti il lavoro, hanno sempre lavorato nel gruppo con onestà, assumendosi la responsabilità della formazione, con la consapevolezza che il gruppo non era istituito da loro e che il transfert iniziale non era su di loro, come testimonia il fatto che la sedia della didatta è rimasta sempre lì, nello spazio del gruppo, vuota. Ancora una volta, una sedia vuota.

Forse questa attenzione ha contribuito alla sia pur parziale ripresa da parte della Didatta, che al suo ritorno porta questo scritto di Lou Salomé, ne *I miei anni con Freud*:

«Ringraziare la psicanalisi, proprio perché esige di più di un solitario lavoro a tavolino, e per il fatto che in tal modo mi ha procurato una sorta di comunità fraterna: questa. L'impressione di vitalità che la psicanalisi dà, non deriva certo dal fatto che si tratti di uno scontato miscuglio di scienza o di settarismo, ma piuttosto perché essa ha eletto a sua norma di vita il principio più elevato della scienza, cioè l'onestà, applicandolo continuamente nell'ambito di ogni dimensione individuale e quindi facendo nel contempo servire la vita alla conoscenza —così come, d'altra parte, la sua grande impresa scientifica consiste nell'aver fatto servire alla vita quella conoscenza che era stata resa meschina e arida dalla psicologia scolastica».

Una “ripresa”? Sì, se intendiamo il termine non come una *ripetizione*, un impossibile ritorno del passato, ma come un'apertura verso il futuro.

Anche in questo caso, infatti, ci troviamo dinanzi ad un'assenza che celebra, nel corpo non visibile, nel vuoto di una post/azione, la presenza pregnante dell'essere per la morte.



**Corpo e identità:  
ricerca e individuazione del Sé in analisi e in psicodramma analitico**

**Introduzione**

Le esperienze che il bambino fa sul corpo e del corpo sono componenti fondamentali per la costituzione della vita psichica e a fondamento del Sé.

L'esperienza senso-motoria, tattile, sonora delimita la prima percezione di Sé ed il confine con il non Sé, forma la prima pelle contenitiva.

Quando il bambino si autoriconosce allo specchio interrompe le fantasie onnipotenti che lo dominavano e comincia ad avere una pallida immagine di un Sé corporeo che è anche ai primordi della nascita dello psichismo.

Il Sé poi si arricchirà attraverso gli innumerevoli incontri che il bambino farà con il seno, la madre, il padre, i parenti. Tali incontri, come dice Piaget per gli aspetti cognitivi, si assimilano e si compattano in figure/personaggi che derivano dalle integrazioni di incontri significativi. Una volta introiettati divengono teatri del Sé condotti dall'Io come espressione psichica del SNC.

Questi personaggi immagini divengono interlocutori dell'Io determinandone il vissuto specifico del reale e del mondo. Il Sé s'arricchisce quindi attraverso lo scambio interattivo tra Sé e mondo esterno.

In altre parole, il Sé, all'inizio essenzialmente corporeo e poi psichico, ospita al suo interno un Io che deve mediare con la realtà, con le Pulsioni e le Istanze morali, come diceva Freud nel 1922 in *L'Io e l'Es*.

Il gruppo di psicodramma corrisponde alla mente gruppale di Bion cioè rappresenta un Noi. I partecipanti interpretano le parti che in qualche modo sono presenti nel Sé di ciascuno. Ciascuno è in tutti. Lo psicodramma analitico, come in psicoanalisi, ha una natura processuale: attraverso i doppiaggi, gli assolo, che rendono i copioni delle scene giocate meno rigide, si evita un'irreversibile coazione a ripetere, si rendono visibili le emozioni e si aprono alternative.

Riteniamo che la psicoanalisi sia un processo in continuo divenire, un *work in progress* che mira a rivedere e integrare le diverse teorie e il contributo delle altre discipline, come l'analisi del bambino e dell'adolescente, e la ricerca sui gruppi.

I più recenti studi psicoanalitici sul narcisismo e le patologie narcisistiche (Mancia 2004, 2010), i contributi dell'intersoggettivismo e di altre discipline contigue alla psicoanalisi, come per esempio la semiotica e le neuroscienze, hanno contribuito ad un ampliamento ed approfondimento delle teorie freudiane e a riportare l'attenzione al corpo inteso come luogo di scambio relazionale.

Secondo Fontanille J. (2004) la "carne" risuona come "un'alterità propria". *Moi e Soi* sono entrambi due aspetti dell'Io, la cui tensione reciproca sottende l'articolazione del discorso e la sua significazione.

Si tratta di aprire un nuovo spazio di ricerca e di sperimentazione della relazione analitica, in un “campo” dove avvengono eventi inconsci che implicano insieme la soggettività del paziente e dell'analista, soggetti dotati di un corpo, nella loro percezione del Sé, come soggetti e come oggetti. Si tratta di dare un significato all'attività del loro operare sensibile.

Con la motivazione di estendere il proprio bisogno e sentimento di esistenza il corpo si prolunga attraverso protesi e interfaccia incarnate da oggetti o parti di essi, che vengono tenuti nella memoria collegati a quelli originari e si configurano come proiezioni di figure del corpo sul mondo esterno.

Balint (1956), Ferenczi (1919), Spadoni (2007) ci suggeriscono l'importanza del bisogno del paziente di usare l'analista come “oggetto del bisogno” per la creazione di un “paesaggio”, di un ambiente, che consente l'esperienza e il riconoscimento dell'esperienza corporea sensoriale primaria nelle forme del mondo circostante.

Si riconoscono situazioni che rendono più delicata la differenza tra contenuto-sostanza e contenitore-forma. Sostanza e forma da questa prospettiva sono più strettamente imbricate.

Per esempio nella cultura dei Tin, popolo della Nuova Guinea, si osserva che il corpo è innanzi tutto una figura composta da parti diverse, associate per formare un tutto che preserva la loro identità. La figura appare come l'omologo della rappresentazione dell'ambiente naturale. Base comune è una figurazione ad arcipelago, nel senso che i rapporti tra le parti, organi e membra, sono omologhi dei rapporti tra le isole e le acque che costituiscono il territorio di questo popolo. Il corpo diviene la migliore rappresentazione della forza connettiva che permette alle parti dell'arcipelago di “tenersi insieme”.

La perdita della salute viene spiegata come una perdita di identità a causa di una forza connettiva troppo potente o a causa di una eccessiva autonomia assunta dalle parti-organi che comporta l'affievolirsi della forza connettiva.

È interessante il collegamento con la psicoanalisi che ricerca la conoscenza delle tensioni tra il sentimento di sé come soggetto e il sentimento di sé come oggetto, conflitto che non si può eliminare, ma rendere più equilibrato.

Si pone così sempre più l'attenzione al Sé radicato nel corporeo e ai fenomeni psicosomatici.

Paziente e analista sono dunque due soggettività che insieme accettano di correre il rischio di sperimentarsi in un movimento continuo che oscilla dalle sensazioni alle immagini, alla costruzione del pensiero gruppale e individuale (Bion 1961, 1962, 1963, Ogden 1994, Ferro 2007, Hautmann 2002) e, inversamente, dal pensiero alle immagini e alle sensazioni, da una dimensione corpuscolare ad una dimensione che si consolida e da qualcosa che si consolida rimanere in contatto con qualcosa di corpuscolare.

Con l'approfondimento dell'esperienza clinica siamo giunti a pensare che il lavoro dell'analisi riguardi non solo l'intrapsichico, ma la relazione bipersonale, intersichica, che coinvolge paziente e analista anche tramite le comunicazioni occulte (Battistini, 2008) che intercorrono sin dai primi incontri, le fantasie inconsce comprese “le fantasie nel corpo” (Gaddini 1981, Ogden 1982) come negli esempi clinici in cui l'analista entra in contatto con una sensazione di

malessere nel corpo, tachicardia, paura di avere un infarto, collegata al terrore di invecchiare e di morire.

Non solo le due menti (intra e intersichica) si scambiano emozioni, ma anche i corpi e gli aspetti “nucleari del Sé” da un lato si contaminano e si sottomettono vicendevolmente, dall'altro si arricchiscono (Carnevali C., Gabrielli M., Masoni P., Vandi G. 2009).

Due soggettività che congiuntamente e separatamente si sperimentano in un mutuo gioco corpo-mente e mente-corpo, “una psicologia a due corpi”, scriveva Balint (1950 p.123).

Naturalmente ciò che è esperito nell'*hic et nunc* della seduta è collegato alla memoria inconscia, sia rimossa che non rimossa. Quello che a noi oggi interessa di più approfondire è “la memoria implicita” non rimossa e la “funzione del sogno”.

### Funzione del sogno

Bion considera che il pensare significhi stabilire relazioni tra oggetti, in particolare fondamentale è quella tra contenuto e contenitore. La madre che accudisce il figlio piccolo lo contiene e lo aiuta a pensare attraverso la propria rêverie, restituendogli gli elementi  $\beta$ , bonificati in elementi  $\alpha$ , pronti per essere pensati o sognati, (metaforicamente assomiglia all'epoca nella quale la madre pre-masticava il cibo nella sua bocca e lo introduceva in quella del bambino fornendogli gli enzimi che consentivano la digestione e l'assimilazione degli elementi che altrimenti non sarebbero stati metabolizzati).

Si tratta dunque, anche in analisi, di aiutare il paziente ad *elaborare* gli elementi percettivi ed emotivi grezzi (elementi  $\beta$ ), affinché divengano *mentalizzabili*, altrimenti rischierebbero di esser somatizzati o evacuati dal bambino, dal quale sono sperimentati come *cose* e non come *oggetti mentali usufruibili*.

Il bambino, per esempio, manda un segnale di fame: se la preconcezione insatura viene saturata immediatamente significa che la madre lo accontenta subito porgendogli il seno. Se i segnali del bambino non vengono accolti, la preconcezione, non essendo saturata subito, può provocare allucinazioni per evocare la presenza del seno allo scopo di tollerare l'angoscia e appagare il bisogno. A questo punto, il bambino comincia a pensare l'oggetto-seno mancante. Bion (1962) considera che il pensiero nasca dall'assenza. La dialettica vuoto-pieno-, vuoto-pieno genera il pensiero.

Tali allucinazioni però, possono essere efficaci solo temporaneamente, perché di fatto, in seguito, il seno vero dovrà sostituire quello fantastico.

La dimensione spazio-temporale, infatti, ha enorme importanza.

Nel caso l'intervallo di tempo reale tra attesa-soddisfazione sia troppo lungo o vi sia scarsa tolleranza costituzionale all'angoscia, il bambino si difenderebbe dagli eccessi di angoscia scaricandola all'esterno, operazione che nel linguaggio di Bion significa proiettare fuori gli elementi  $\beta$ .

La rêverie materna diventa pertanto necessaria. Gli elementi depurati ( $\alpha$ ) possono a questo punto

essere pensabili e quindi anche **sognabili**.

I sogni sono spesso come dei flash statici e paragonabili alle *scene modello* (Litchemberg, 1992) utili per la meta-comunicazione con il paziente, e al tempo stesso rappresentano *teatri della mente*. Questi ultimi teatri o scene contestualizzate sulla base di uno stimolo sensoriale interiorizzato si sono formati grazie ad incontri significativi che si sono *accomodati* tra loro dopo essere stati *assimilati* (Piaget 1964).

Pensiamo che il Sé rappresenti come una casa e l'Io rappresenti il regista che, ospitato dal Sé, lo guida e organizza nella sua struttura somatopsichica e nell'immagine che racchiude e contiene sensorialità, emozioni, sentimenti, pensiero  $\beta$  e  $\alpha$  quindi, pensiero che ha senso, e quindi progettualità.

Il mondo interno è costituito, da “diversi piani situazionali e teatrali” (Pani, 2007), in base ai tanti incontri che l'individuo ha potuto assimilare, che dialogano tra loro fino a che l'individuo si mantiene sano. La metafora del teatro richiama una cornice di situazioni emozionali e tali emozioni possono aver un volto come fossero attori che si muovono in scena, modificando il copione che l'Io regista ha previsto.

Certi stimoli, dai più primitivi e arcaici del corpo, sino a quelli costituiti da emozioni sentimenti e affetti, diventano stimoli guida per rievocare il senso emotivo e sintetico di una esperienza. Gli stimoli –guida, per esempio, possono essere rappresentati da una musica, (voce materna musicale), da un sapore (cibo).

Come sostiene Ferro (1996, 2006, 2007) “le trasformazioni in sogno” operate dallo psicoanalista sono frutto di un ascolto basato sulla de-costruzione e de-concretizzazione delle comunicazioni del paziente e sul successivo ri-sognare il Sé. Lo psicoanalista entra in contatto e intercetta gli elementi  $\beta$  attraverso l'identificazione introettiva/proiettiva scegliendo di essere quel personaggio che nel mondo interno del paziente rappresenta una certa scena del passato e contribuisce alla trasformazione del copione già accaduto.

Il sogno dunque è un messaggio che perviene allo psicoanalista arricchito da un dialogo intersichico appartenente alla coppia analitica, ma ha anche un contenuto intrapsichico che riporta il dialogo dell'Io con i suoi interlocutori interni.

Il sogno è come un viaggio mentale simile al viaggio che Dante descrive nella Divina Commedia, in cui egli incontra personaggi che sono vissuti molti secoli prima, ma anche personaggi contemporanei.

Lo psicodramma analitico per queste ragioni rappresenta una mente plurale dove questo dialogo viene riprodotto come un sogno, cioè nella sua funzione sognante e dialogica, con la possibilità di trasformazione dei copioni tratti dalla vita reale, delle coazioni a ripetere, del pensiero rigido e nevrotico.

Il sogno costituisce una esperienza di massima espressione egoistica (si regredisce), ma al tempo stesso di massima apertura all'altro. Nei sogni gli altri ci inseguono e noi diventiamo *soggetti* nell'integrazione con gli altri e nella tolleranza della complessità dei vissuti e dei pensieri.

È dall'inizio della psicoanalisi che Freud riconosce nel sogno la nascita psichica del pensiero a contatto con la mente primitiva e la dimensione grupppale.

### Ascolto analitico

Oltre all'attenzione fluttuante e all'abbandono di memoria e desiderio, pensiamo si tratti di ascoltare con tutti i sensi, percezioni sensoriali protomentali, libertà e mobilità del fluttuare. La corporeità assimilata alla rêverie, ora più vicini al sogno ora più vicini al senso di realtà, sensibili al controtransfert e capaci di stare nel negativo. La mente dell'analista è sospesa tra la possibilità di pensiero e qualcosa di sconosciuto che si affaccia, sollecitata a metterlo in figurabilità con le parole, con il disegno e con il gioco.

Nella relazione duale dell'analisi e nel gruppo di psicodramma analitico il non pensiero è possibile di trasformazione.

Nel vuoto relazionale e nella mancanza siamo messi alla prova nell'affrontare uno stato di non pensiero e di impotenza.

Nel contatto con l'angoscia e con il dolore intenso può nascere un'ispirazione, qualcosa di nuovo che può interessare la simbolizzazione nelle forme iconiche e narrative, ristabilendo un movimento nella sequenza immaginativa.

Si apre la possibilità che dagli abissi qualcosa emerga in superficie e chiami in causa la mente e il Sé dell'analista.

Nel gruppo, luogo delle identificazioni proiettive, avviene la trasformazione degli elementi non simbolizzati e dispersi (parti psicotiche e non psicotiche della personalità) che, nella comunicazione da inconscio a inconscio, creano la pensabilità dei pensieri e la costruzione di una *matrice grupppale condivisa*.

La costruzione del Sé corporeo, al livello originario della sua formazione, richiede la capacità di riflettere nell'intersoggettività e di costruirla anche nei casi in cui sembra perduta, per esempio nei pazienti psicotici.

Le esperienze traumatiche sono responsabili di rotture e di fissità del Sé che lasciano buchi o aree asimboliche che necessitano di essere riparate attraverso nuove esperienze relazionali e intersoggettive.

Kohut (1971, 1977, 1984) propone una nuova visione integrativa nell'aver accesso al Sé ferito e alle sue cicatrici, nell'affrontare il nucleo centrale del Sé con la sua vulnerabilità e imperfezione e nel condividere esperienze di fallimento.

La partecipazione e il coinvolgimento nel processo analitico possono produrre un nuovo campo, una nuova area di esperienza di possibile mentalizzazione per poter abitare il proprio corpo.

La soggettività è sempre incarnata. Gli attacchi al corpo quando non vi è o vi è una scarsa "incarnazione" possono essere pensati come un tentativo di creare un qualche senso di esistere.

Il trauma è responsabile delle rotture nello sviluppo della autoriflessività (*Self-reflexivity*) e del processo di incarnazione. Aron e Sommers Anderson (1998) credono che lo studio clinico della relazione esistente tra autoriflessività, intersoggettività incarnazione e trauma siano tra le aree più promettenti di ricerca psicoanalitica

### **Casi clinici**

Caso di F. (in analisi individuale a tre sedute)

Siamo interessati a riflettere sul particolare rapporto analitico instaurato con un ragazzo psicotico di 24 anni che si presentò in stato confusionale al primo colloquio e con l'angoscia di aver ucciso i suoi genitori. Faceva pensare a un'adolescente che non aveva un senso nucleare del Sé sin da bambino e che sotto l'influenza di spinte pulsionali e cognitive nuove tentava di guardarsi dentro ma non trovava nulla.

Era disperato, in cerca di una vitalità, di un senso di Sé, di essere soggetto con una propria individualità e intenzionalità. Percepiva uno stato interiore di confusione e di frammentazione. Aveva tentato di rendersi più autonomo andando a studiare in una grande città universitaria, ma questo tentativo di separazione dai genitori fallì, lasciandolo svuotato e depersonalizzato. Tornato a casa era in preda ad uno stato di eccitazione e di ansia intensa e cominciava a sentire dolori nel corpo, ai piedi, alla pancia e uno stato d'incontinenza viscerale. Iniziata l'analisi dopo un ricovero, rimaneva in silenzio e ruotava gli occhi come per seguire qualcosa che avveniva dentro la sua testa. Forse delle voci che gli imponevano di stare zitto, di non parlare in modo rigido e crudele.

Quando andava in bicicletta aveva costruito una modalità compensatoria trasgressiva e grandiosa, si definiva “cavallo pazzo”, ma ultimamente questa difesa non reggeva e subentrava un'angoscia depressiva che tutto potesse crollare o di cadere in un buco nero dal quale non risalire più, escluso dai contatti e dalle relazioni affettive e che lo esponeva a un sentimento doloroso di vergogna. La madre, grave agorafobica, si rifaceva su di lui bambino relegandolo alla passività, minacciandolo di “fargli la faccia di ferro”, lo terrorizzava mostrandogli il ferro da stiro con il quale lo avrebbe colpito in faccia.

Il padre che lo accompagnava in seduta è un grave ossessivo che creava forti aspettative al figlio per poi deluderle. Il conflitto con il padre emerse più chiaramente quando in corrispondenza delle separazioni dall'analisi sviluppava una modalità maniacale e cercava di manipolarmi facendomi sentire colpevole, un mostro perché lo abbandonavo.

Dopo alcuni anni, interrotti da qualche mese di ricovero volontario per dare un contenimento ed una adeguata cura farmacologica, mi raccontò di aver subito un trauma a causa del comportamento violento del padre che all'apice del furore lo prendeva a calci ferendolo nel fisico e nel senso e valore di Sé.

L'impotenza a difendersi e la sofferenza avevano scatenato in lui un odio così intenso che gli

faceva sentire angoscia di scoppiare e di frammentarsi e di far morire il padre. L'incontro era impossibile, bisognava evitare un contatto che avrebbe prodotto l'esplosione. Nello stesso tempo si era difeso con la dissociazione e la depersonalizzazione. Spesso in seduta chiedeva se l'analista lo vedeva mostruoso perché egli si vedeva con un viso deformato. A volte teneva un occhio aperto e uno semichiuso, altre volte si ritirava nel sonno. L'analista cercava di tollerare uno stato di torpore e di mancanza di respiro prodotto dalla depressione sottostante del paziente e la forte attrazione di precipitare con lui in un buco nero, un pozzo mortifero, come i due fratellini caduti e morti in un pozzo per sfuggire a un padre perverso, di cui si parlava in quei giorni in TV. In altre sedute avvertendo dei dolori al ventre era ossessionato dall'idea di avere un tumore. Spesso chiedeva di andare in bagno, angosciato come un bambino che cercasse il contenimento, tornando dentro un ventre materno costituito dalla situazione analitica in cui cercava disperatamente di comunicare i suoi fantasmi. Spesso per tollerare l'angoscia e la confusione l'analista si lasciava andare a fantasie, a una sorta di *rêverie* corporea, immaginando che il proprio piede che doleva fosse il bambino picchiato che soffriva e si nascondeva per proteggersi dalla propria debolezza e vergogna.

Le prime immagini rappresentavano l'affacciarsi di possibili pensieri che si costruivano insieme, F. ne veniva rincuorato e si allentava il sentimento doloroso di inutilità che lo invadeva. Cominciava a raccontare di aver tentato di riparare la bicicletta che si era arrugginita, a interrogarsi sulla possibilità di riparare gli oggetti, di raddrizzare le mensole che erano a rischio di crollo, di riguardare e mettere in ordine i dischi, le fotografie. Oscillava tra senso di impotenza e tra fantasie onnipotenti e deliranti che l'analisi gli avrebbe fatto tornare, come lui diceva "le produzioni ipofisarie" che lo avrebbero guarito restituendogli la sua perfezione, denti perfetti, capelli come quando era bambino piccolo. L'immagine idealizzata di eterno bambino lo compensava e al tempo stesso lo angosciava per la tentazione simbiotica mortifera sottesa che gli avrebbe negato la nascita di una sua soggettività.

Recentemente l'analista dopo anni di sopportazione si accorge di un miglioramento, gli occhi sono aperti e lo sguardo sembra più aderente alla realtà. Viene in treno non più accompagnato dal padre. È più curato nel vestire e nella cura di Sé, barba, capelli, unghie. Chiede all'analista di non abbandonarlo, la richiesta concreta del bagno può essere simbolizzata come richiesta di aiuto altrimenti per lui c'è solo distruzione e morte. Nella solitudine si sente debole ed esposto al ritorno di un padre persecutorio che lo annienterà. Quando si avvicina la fine della seduta ricompaiono angosce di deragliamento del treno, ha bisogno di incontrare un padre-analista positivo che separa dalla madre, ma che fa ponte consentendo la relazione fra lui e la madre analista. In una delle ultime sedute comunica che gli piacerebbe fare qualcosa di creativo, si chiede cosa si prova quando si crea un'opera d'arte. L'analista gli porge un foglio e una matita e lui dice: «Cosa posso disegnare? Non ho idea, disegnerò una faccia, una donna che guarda con orgoglio e con amore» (dis. n.1) e poi aggiunge:

«Lei pensa che questo è dentro di me, fa parte di me, del mio mondo interno?».

L'analista gli risponde confermando quello che dice F. e che lui ha creato una possibile

rappresentazione del suo Sé.



Nel disegno della faccia l'autore buca lo sguardo nel rapporto diretto Io-Tu.

La faccia farebbe pensare a un autoritratto e a un rapporto rivolto verso il mondo interno. È pensabile però che la faccia piena riguardi una soggettività che interpella direttamente l'osservatore. Nelle produzioni artistiche, dal cinema alla pittura, i personaggi che guardano fuori del quadro sono autoritratti del pittore, come una firma del Sé, rappresentazioni del Sé.

Prenderemo in considerazione un successivo disegno fatto da F. spontaneamente alcune sedute dopo, di una faccia di profilo (dis. n.2) che si potrebbe riferire a un corrispettivo Io-Tu-Egli rispondente di più a un rapporto con il mondo esterno.

Lo sguardo è più impersonale, farebbe pensare a uno sguardo più oggettivo, a un soggetto di una storia che ci viene raccontata, ma che non ci chiama in causa direttamente, ma in modo più distaccato e autosufficiente.



Forse ci può aiutare l'interpretazione semiotica che vede nell'opposizione presente tra faccia e profilo a un livello non linguistico, la problematica soggettiva della relazione io-tu e la problematica personale dell'opposizione io-tu-egli. Il disegno, oltre a rappresentare qualcosa, rappresenta e iscrive al suo interno la forma della propria soggettività e intersoggettività (Fabbri 1998).

François Sacco (1998) scrive che l'uomo preistorico è capace di trasmetterci il proprio volto e che esso ci è molto familiare. Lo stile una volta definito diventa strumento di comprensione e permanenza dell'Identità e rappresentazione della sua affiliazione gruppale di un fondo arcaico individuale e di gruppo. L'accentuazione figurativa degli organi sensoriali, naso, bocca, orecchie e di altre caratteristiche corporee, può esprimere la conservazione e la ricerca del rapporto fusionale e assicura la conservazione del contatto.

Si potrebbe pensare che il viaggio analitico come quello nella grotta dell'uomo primitivo ci apre al soddisfacimento narcisistico e al piacere di trovare un accordo tra sé e il mondo, è l'emergere di un'identità strutturale tra l'identità psichica individuale e quella gruppale ed è la liberazione da una paura primitiva di un infinito che ci inghiotte e la costituzione di uno spazio che ci contiene.

Non è facile stabilire in che periodo attribuire al bambino la deliberata intenzione di rappresentare sé stesso, scarabocchia poi ad un certo punto fa un cerchio riconoscendolo come un evento creativo. Il cerchio diviene una primaria rappresentazione minimale per definire il Sé, è un gesto di fondazione, momento grafico unificante. Questo cerchio scrive Petrella (1985,1993) corrisponde ad una "barriera-pelle" che può accettare o respingere le identificazioni proiettive ed introiettive.

L'Altro materno è parte dell'unità madre-bambino e la sua funzione è di proteggere dall'esperienza ancora frammentata del sé e del mondo. La fase dello specchio (Lacan, 1949) consente al bambino il riconoscimento che l'immagine dello specchio è lui stesso, ma anche riflesso della madre. Sarà in seguito della relazione dell'Io con sé stesso che il bambino diverrà gradualmente più differenziato e indipendente dall'oggetto reale.

Pensiamo che F. abbia ricercato di rappresentare e riflettere il suo Sé integrando ed abbellendo il Sé secondo la sua storia.

### **Casi clinici in psicodramma analitico**

Il gruppo di Psicodramma analitico che prenderemo in considerazione è nato da circa una quindicina di anni, è un gruppo aperto, diversi pazienti hanno fatto il loro percorso ed hanno concluso la terapia, altri hanno iniziato e così via. In questo momento è composto di sette persone eterogenee per età e disturbi psichici.

Dopo la ripresa dalla pausa estiva M. comincia il gruppo dicendo che si sente molto triste, è più consapevole che alla fine dell'anno concluderà la sua terapia dopo tanti anni. Riconosce di essere molto cambiata ora ha un compagno con cui vive ed una bambina. Si è laureata e lavora in una istituzione sanitaria. Tutto questo era impensabile quando ha iniziato il gruppo, era

disperata, non riusciva ad avere relazioni stabili, si sentiva sottomessa alla madre che decideva per lei e la trattava come se non avesse un'identità. Era un comportamento disumano, che le toglieva dignità e senso del Sé. Soffriva forti dolori ai denti (sanguinanti), di crisi di panico, le veniva a mancare il respiro e si sentiva confusa e molto fragile, tormentata da angosce e colpe, non credeva più in se stessa. La madre era fortemente idealizzata mentre l'immagine di Sé svaloriata e negativa.

La sera prima era tornata la paura di non farcela a separarsi e un fortissimo senso di vuoto. Gli mancano i genitori, morti tutti e due durante la terapia.

«Mancano i pilastri» risponde V., un'altra paziente; i suoi genitori la lasciavano sempre molto sola, sin da bambina partivano e neanche l'avvisavano prima.

Il padre aveva un importante incarico per cui spesso era all'estero e la madre inconsistente lo seguiva come non avesse una sua identità differenziata.

La sorella più grande era molto aggressiva e decideva tutto lei. V. subiva e veniva ferita ripetutamente nel valore di sé. A volte si sentiva vuota e depressa con la paura di non trovare il senso di vivere.

M. racconta che qualche giorno prima era andata a trovare un'amica che aveva partorito una bambina e quando era tornata a casa raccontava alla sua bambina, al marito e alla cognata di averla presa tra le braccia nonostante la paura.

L'analista le fa giocare la scena del racconto. M. nel gioco per descrivere la bambina dice e fa il gesto: «È così piccola... come una *scatolina di zucchero*».

«Dolce!» esclama un'altra partecipante scelta per fare la cognata. L., che fa la bambina, osserva le due donne, incuriosita.

Nel cambio di ruolo M. prende il posto della sua bambina e dice: «Ma sono io quella bambina così piccola? Ma cosa dico? Io sono L.». Poi aggiunge: «Anch'io la voglio prendere in braccio». Dopo il gioco è commossa, si è un po' perduta, però ha pensato che forse è proprio lei che ora sente di esistere e che ha dei confini come la scatolina e un contenuto fatto di tanti corpuscoli che se tenuti insieme formano il suo piccolo Sé. Nell'interazione è stato possibile la rappresentazione della nascita del Sé piccolo e fragile che si può sciogliere e disperdere senza la scatolina. Diventa più pensabile l'angoscia che la bloccava di non avere una sua identità di perdersi e di morire, sente che ha interiorizzato un ambiente-gruppo accidentato.

La seduta successiva M. porta un sogno in cui comunica ad una paziente che sta per concludere l'esperienza vissuta nel gruppo e le racconta un'immagine.

«Entravo dentro un cunicolo, era difficile entrarvi dentro, mi facevo piccola e strisciavo, dentro c'erano dei bambini che giocavano ed una donna che si prendeva cura di loro, rivolge l'attenzione verso di me con lo sguardo d'amore.

Mi sento accolta, amata e mi sento molto commossa, lei può condividere quello che sento, piango e la guardo, il suo sguardo mi rassicura, sento che posso farcela che ho la forza di scegliere la vita, che posso vivere anche staccandomi da lei e dai compagni di gioco, che posso andar via. È molto difficile l'uscita, ma ad un certo punto trovo un'apertura ed esco». Si gioca il

sogno e M. sceglie V. per fare la donna che ha cura dei bambini.

M. ripensa con gratitudine (dice) a tutto questo percorso e sente di aver raggiunto una consistenza di Sé. Dall'inconsistenza alla possibilità di individuazione di Sé, il suo Sé è più coeso. Possiamo pensare all'individuazione di un Sé originario più coeso e differenziato nell'identità femminile (sono io quella bambina).

Tutto il gruppo è partecipe, E. esclama: «Che invidia!», esplicitando il suo desiderio di poter anche lui completare il suo percorso, ora è meno distruttivo, lui, che ha dovuto curare un linfoma al torace e dopo tanti anni di terapia è ora fuori pericolo, ancora trema al pensiero degli esami medici da rifare. Ha abbassato le sue difese rigide per incontrare il suo Sé bambino che a volte all'apice di un dolore insopportabile sbatteva la testa contro il muro. In questa seduta E. ricorda quando aveva 5 anni, andava a letto da solo e poi aspettava la madre assente tutto il giorno per lavoro, che gli portava il biberon con il latte. Una sera la madre tarda, l'attesa è troppo frustrante, si sente angosciato con un gran dolore ai denti, morde il legno del lettino. Quando arriva la madre lui è stremato. La madre, descritta come una donna con un carattere chiuso, gli dice che ormai è grande e può fare senza biberon, facendolo sentire pieno di vergogna e colpa.

Il tentativo di sentirla vicina, la sera, con il biberon, per una possibile esperienza di soddisfazione riparatrice del dolore e della distruttività per l'assenza, si gioca nel gruppo.

E. sceglie V., è da un po' di tempo che la sceglie per fare la madre. Inoltre V. era stata scelta per fare la donna che fa giocare i bambini in quello strano ambiente che sembrava una grotta o un laboratorio.

La negazione del biberon che gli serviva per sentire vicino la madre, l'angoscia di perdere il Sé, i confini e la disperazione lo esponevano ad un'angoscia di morte.

Il Sé poteva morire. Sentirsi come in una zona di frontiera tra vita e morte fa provare un'angoscia di agonia indigeribile.

Nel gioco l'oggetto perduto viene ritrovato, è presente e nello stesso tempo è assente. Lo spazio del gruppo diviene un *oggetto trasformativo* e di possibile rappresentazione. L'aspetto del Sé e dell'oggetto-mamma interno si modificano attraverso l'esperienza emotiva nel gruppo-laboratorio dove si svolgono attività allettanti-allattanti.

## Conclusioni

Ripensare alle scene giocate ci porta a mettere meglio a fuoco l'importanza del gioco. Come gli artisti, l'analista e i suoi pazienti creano un divertimento senza finalità produttiva, con l'attenzione fluttuante e libera da memoria e desiderio.

Nello stesso tempo il gioco permette di indagare il funzionamento del sentire e del pensare.

Infine il gioco-attività di gruppo permette di rafforzare la coesione del Sé dei partecipanti e li aiuta a conoscersi meglio e ad individuarsi.

Ogni partecipante insieme all'analista, aggiunge senza saperlo dettagli nuovi alla rappresentazione del Sé e dell'altro e la introietta.

Il prodotto finale è creativo, è una simbolizzazione o personificazione, come scriveva Carloni (1998) riprendendo Pirandello, una composizione di un personaggio o più personaggi in cerca d'autore. Un personaggio che si compone di diversi aspetti del Sé che formano un'unità pur comprendendo le differenze e i possibili conflitti.

La tecnica dello psicodramma analitico è nata dall'ispirazione di più autori che amavano e amano la Psicoanalisi ed hanno ampliato lo spazio d'indagine portando con sé un cambiamento, la libertà di sperimentare, di inventare e scoprire nuove rappresentazioni anche nelle situazioni più dolorose, nuove simbolizzazioni dei rapporti che legano le persone e uniscono il mondo esterno a quello interno.

In modo inconscio la figura di accudimento o i genitori attribuiscono con il loro comportamento uno stato mentale al bambino (uno stile) che viene da lui interiorizzato e che pone le fondamenta del senso nucleare del Sé e della sua individualità. Nella loro empatia con il bambino, nel prendere in considerazione i suoi bisogni e comportamenti gli mostrano che lo pensano come un essere intenzionale in grado di sentire e pensare sentimenti, credenze e desideri. Nel dare significato alle azioni del bambino facilitano lo sviluppo del suo senso di essere mentalmente un soggetto.

«Così il bambino pensando i pensieri degli altri arriva a poter pensare le esperienze degli altri come sente che le figure che lo accudiscono pensano a lui» (Target e Fonagy, 1996, pp.217-233).

Il riconoscimento della madre e il riconoscersi nella madre e negli altri è alla base del Sé.

La nostra pelle i nostri corpi hanno la qualità di essere soggetto e oggetto.

La nostra pelle come membrana limitante si costituisce nella relazione con l'altro, come il perimetro del cerchio che il bambino usa per simbolizzare il Sé.

L'analisi individuale, con la relazione bipersonale, con la sua ricettività alla stimolazione sensoriale possiede qualità di oggetto transizionale (Winnicott, 1972) nel senso che è vissuta come me e non me, come soggetto e oggetto.

Ma vediamo che il gruppo fornisce nella sua specificità altrettanto contenimento delle sensazioni corporee e cutanee che mediano tra dentro e fuori, tra autoconsapevolezza soggettiva e autoconsapevolezza oggettiva, tra Sé come soggetto e Sé come oggetto. Il nostro corpo partecipa a questa dualità. Come il corpo quando respira, il respiro fornisce un modello di coesione e di interazione. Il respiro è parte di Sé e parte del mondo esterno, si organizza l'esperienza del respiro come ponte per muoversi con sicurezza dentro e fuori del corpo, si rafforza la capacità di osservazione e la percezione del corpo (Eigen, 1977, p.42).

Nel gruppo, fantasie di una pelle comune, come la madre con il suo bambino creano una interdipendenza, i corpi sono differenziati ma interdipendenti, come se tutti i partecipanti in cerchio si dessero la (una) mano e si sentissero posti su ambedue i lati di una pelle che condividono e che contiene e tiene aderente al vissuto che viene sperimentato.

La fantasia di una pelle condivisa si affievolisce lasciando spazio alla separazione nel momento in cui i partecipanti interiorizzano sia la pelle che l'ambiente di cura.

Nello psicodramma analitico il gruppo fornisce un campo dove far esperienza dei processi

interpersonali che richiedono l'interazione con il corpo-mente.

Cinzia Carnevali

Psicoanalista SPI e membro Didatta S.I.Ps.A. –C.O.I.R.A.G.

Roberto Pani

Specialista e Professore di Psicologia Clinica Università di Bologna, membro con funzione di Training S.I.Ps.A. –C.O.I.R.A.G., Membro Società Italiana ed Europea EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy)

### BIBLIOGRAFIA

- Aron L., Sommers Anderson F. (1998) *Il corpo nella prospettiva relazionale*, La Biblioteca, Roma, 2004
- Balint M. (1956), *The Doctor, his Patient and the Illness*, Pitman Medical Publishing, London (tr. it.: *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961)
- Battistini A. (2008), *Atteggiamenti mentali inconsci e uso transferale dell'oggetto* in A. Ferruta (a cura di) *I transfert*, Borla, Roma
- Bion W.(1961), *Experiences in Groups*, Tavistock, London, tr. it. *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Armando, Roma, 1970
- (1962), *Learning from Experience*, Heinemann, London, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972
- (1963), *Elements of Psychoanalysis*, Heinemann, London, tr. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973
- Carlioni G.(1998), *Lo stile materno* in *La meravigliosa avventura della psicoanalisi. Scritti scelti 1974-2001*, Guaraldi Editore, Rimini
- Carnevali C., Gabrielli M., Masoni P., Vandi G. (2009), *Regressione analitica ed empatia nucleare: scambio empatico tra i nuclei del Sé di paziente e analista*, presentato al Centro Psicoanalitico Bolognese.
- Eigen M. (1977), *Breathing and identity*, in «The Electrified Tightrope», Northvale, NJ, Aronson.
- Fabrizi P. (1998), *La svolta semiotica*, Edizioni Laterza, Roma-Bari, 2001
- Ferenczi S. (1919), *La tecnica Psicoanalitica* in *Opere 1913-1919*, vol.2, Milano 1990
- Ferro A. (1996), *Nella stanza d'analisi. Emozioni, racconti, trasformazioni*, Raffaello Cortina, Milano
- (2006), *Tecnica e creatività. Il lavoro analitico*, Raffaello Cortina, Milano.
- (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fontanille J. (2004), *Corpo, segno, senso* in *Figure del corpo*, Meltemi, Roma
- Freud S.(1900), *L'interpretazione dei sogni*, in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 1966
- (1922b), *L'Io e l'Es* in *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino, 1977
- Gaddini E. (1981), *Note sul problema mente-corpo* in «Rivista di Psicoanalisi», vol. 27, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Hautmann G. (2002), *Funzione Analitica e Mente Primitiva*, Edizioni ETS, Pisa

- Kohut H. (1971), *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York, tr. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976
- (1977), *The Restoration of the Self*, International Universities Press, New York, tr. it. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980
- (1984), *How does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1986
- Lacan J. (1949), *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io*, in *Scritti*, Einaudi, Torino, 2002
- Lichtenberg J.D. (1989), *Psychoanalysis and Motivation*, Analytic Press, Hillsdale, NJ, tr. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Mancia M. (2004), *Sentire le parole: archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Bollati Boringhieri, Torino
- Mancia M. (2010), *Studi sul narcisismo*, Bollati Boringhieri, Torino
- Ogden Th.H. (1982), *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, Aronson, New York., tr. it. *Identificazione proiettiva e tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1994
- (1994), *Soggetti dell'analisi*, Masson, Milano, 1999
- Pani R. (2007), *Lo Psicodramma Psicoanalitico, evoluzione del metodo e funzione di cura*, Franco Angeli, Milano
- Petrella F. (1985), *La mente come teatro. Antropologia teatrale e psicanalisi*, Centro Scientifico Editore, Torino
- Petrella F. (1993), *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Raffaello Cortina, Milano
- Piaget J. (1964), *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Einaudi, Torino, 1967
- Sacco F. (1998), *Problemi di stile faccia-profilo* in Sacco F., Sauvet G., (a cura di) *Il Centro dell'uomo. Psicoanalisi e preistoria*, Flaccovio, Palermo, 2005
- Spadoni A. (2007) *Il Teatrino Analitico. L'oggetto del bisogno*, in Bruno W., Del Gobbo Vinicio, Mereu G., Zucchini G. (a cura di) *E l'analisi va... Scritti psicoanalitici e memorie*, Guaraldi, Rimini
- Target M, Fonagy P. (1996), *Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality*, in «J.Psycho. Anal.» - 77
- Winnicott D.W. (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Hogarth Press, London, tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970
- (1971), *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1981



## Dare parola al corpo, corpo alla parola

Questo mio intervento nasce dalla esperienza di gruppi di psicodramma a termine (ogni gruppo si conclude dopo due anni) che, da anni, conduco all'interno di un consultorio familiare della provincia di Brindisi. Sono gruppi composti esclusivamente da donne, non per scelta, ma per il tipo di utenza che, per tradizione, affluisce in un Consultorio. Parlerò a partire dalle donne che sempre più spesso, negli ultimi anni, chiedono una consultazione per attacchi di panico.

Donne che, al centro della questione, portano il corpo, un corpo che, nel sintomo che lamentano, acquista un posto prioritario. Articolerò le mie riflessioni a partire proprio dal corpo delle donne con attacchi di panico, per arrivare alla loro parola di soggetto in un corpo di donna. Nella conduzione della cura, mi sembra di poter rilevare tre fasi:

### 1. Il corpo urla

In questo primo momento, negli attacchi di panico, il corpo *urla*. Il soggetto esce di scena e al suo posto, sulla scena, appare il corpo biologico che, attraverso i suoi organi, occupa tutto lo spazio, lo spazio della visibilità, della lamentazione.

Nei colloqui preliminari all'ingresso in gruppo, quello che emerge è spesso solo la descrizione dettagliata dei sintomi, quasi fatti in serie. Una lunga enunciazione in cui, ciò che appare evidente, è una de- soggettivazione, il soggetto non c'è più, completamente annientato da un corpo "impazzito" in cui gli organi sembrano disarcionati dal soggetto pensante. Non c'è niente che si riesca a dire di sé, se non quella lunga elencazione di sintomi che è già stata ripetuta ad altri cosiddetti specialisti. Quando arrivano in consultazione, queste donne sono già state più volte in un pronto soccorso, hanno consultato un cardiologo, un neurologo, fatto tutti gli accertamenti del caso e si sono già sentite ripetere da tutti la stessa cosa: «Lei non ha niente, è solo ansia».

Come se l'ansia fosse niente. Spesso sono proprio gli specialisti medici che inviano queste pazienti dallo psicologo. E arrivano al primo colloquio, come se fosse l'ultima spiaggia, l'ultimo rimedio tentato per guarire. Non c'è domanda, non c'è conflitto, ma il bisogno impellente di far sparire quei sintomi fastidiosi ed invalidanti che impediscono di vivere una vita normale.

Spesso le donne riferiscono che il primo attacco di panico appare all'improvviso, come se niente facesse presagire questo temporale, questo sconquassamento nel corpo. È come se, improvvisamente, la propria immagine si frantumasse, perdesse consistenza, tornasse in qualche modo a quel corpo *morcelé*, quel corpo frammentato che precede lo stadio dello specchio. Potremmo parlare della fase dello specchio infranto. Cade l'immagine unificante che l'Altro materno sostiene attraverso lo specchio. Il "tu sei quello" va in pezzi, il soggetto non sa più chi sia. Il soggetto incontra la sua "*inermità*" non più sostenuta dall'Altro dello specchio. Il momento del panico è senza l'Altro, ma anche senza il soggetto.

Il corpo esplode, non si è più padroni in casa propria, non si è più padroni della propria vita. Francesca, una giovane donna di 30 anni, che si è sempre definita autonoma ed intraprendente,

si ritrova dopo il primo attacco di panico, impossibilitata a condurre una vita normale, totalmente dipendente dalla disponibilità del suo partner- accompagnatore, non può più fare a meno di lui, «Nemmeno- lei dice - per comprarmi un paio di calze».

La figura dell'“accompagnatore”, partner o familiare che sia, è un elemento importante in questa prima fase della cura. Spesso è colui che si è fatto promotore della richiesta di consultazione, colui che è deputato ad accompagnare ai colloqui la paziente e che a volte fa capolino, più o meno discretamente, nello studio, quasi a decifrare l'attendibilità di colui al quale sarà affidata, è colui che l'attende paziente in sala d'attesa.

Concordo con F. Lolli (2009)<sup>1</sup> sul fatto che, in questa prima fase, preliminare alla cura, possa essere fondamentale la funzione che il terapeuta può assumere, quasi di sostituto dell'accompagnatore.

È come se, per poter ricominciare a prendere in mano la propria vita, per riarticolare il proprio corpo ad un pensiero, bisognasse riattraversare lo stadio dello specchio, con un altro immaginario che accompagni e sostenga questa ricostruzione. Uno sguardo benevolo e accogliente che, restituendo la possibilità di rivedersi in una immagine unita, possa permettere al paziente di rimettere in moto il desiderio di saperne di più di sé.

A conferma di questo, spesso ho notato che, dopo i primi colloqui, le pazienti vengono in seduta da sole, come se la funzione di accompagnatore fosse ora proiettata sul terapeuta, nell'idea che la sola presenza possa tenerla a riparo dall'eventualità di un nuovo attacco di panico. Non c'è ancora una domanda di cura, non c'è sul terapeuta una proiezione di un supposto sapere, ma quasi una sorta di pensiero magico che accomuna la presenza del terapeuta a quella dell'accompagnatore. «Se c'è lui non avrò l'attacco di panico».

Anche l'accettazione dei pazienti di entrare a far parte di un gruppo di psicodramma, avviene, a mio avviso, sotto la spinta di un transfert immaginario molto forte con il terapeuta, al quale sentono di potersi affidare e fidare.

Certo il rischio «di un ispessimento immaginario...e di un'incandescenza transferale dovuto al carattere speculare della relazione»<sup>2</sup> (Lolli, ibidem) è in agguato, ma dalla mia esperienza, ritengo che quest'aggancio terapeutico iniziale, possa produrre un movimento significativo nel soggetto, per mettere a lavoro l'inconscio.

Nel gruppo di psicodramma, nella sua fase iniziale di strutturazione, tutto questo è molto evidente. Il transfert verticale è subito molto forte. Ci si rivolge quasi esclusivamente al conduttore, quasi ignorando la parola dell'altro simile del gruppo. Si cerca la parola del grande Altro immaginario da cui essere riconosciuti e confermati. Ognuno chiede di essere unico.

Ma è in questa fase, successiva all'accompagnamento nel gruppo, che avviene una sorta di manovra nel transfert, in cui il conduttore, sfilandosi sempre più da questa posizione di specchio riflettente, si fa specchio opaco «da altro ad Altro, da soggetto della relazione a oggetto, da presenza confortante ad interrogativo enigmatico»<sup>3</sup> da una posizione immaginaria ad una simbolica.

Il gruppo al quale faccio riferimento, è composto da sei donne, quattro delle quali portano,

come sintomo manifesto, l'attacco di panico. Nella circolazione dei discorsi iniziali nel gruppo, ci si accorge ben presto che alcune di loro hanno gli stessi sintomi. Quasi l'insegna di una nuova identità, attraverso cui riconoscersi nella comunità, nel legame sociale, si crea quel clima di "comunanza immaginaria" di cui parla Recalcati<sup>4</sup> (2005) a proposito dei gruppi monosintomatici, anche se è come se ciascuno si arrogasse il privilegio, di avere una maggiore quantità di sintomi, non di saperne di più, ma di averne di più. Anna, una partecipante del gruppo, in questo si ritiene un'esperta, dice: «Ho letto su internet i sintomi, io ce li ho tutti».

Anche i primi giochi che si mettono in scena, sembrano all'insegna della recita e della ripetizione meccanica. «Si fa la scenetta» dicono alcune, come se, in questa fase, si potesse mettere in scena solo un corpo disarticolato da un pensiero.

Francesca ricorda il suo primo attacco di panico, avvenuto più di sette anni fa. Era in un pub con sua cugina e parlavano del più e del meno, di cose senza importanza. All'improvviso è arrivato il panico: una stretta soffocante, una stretta alla gola, sproporzionata, ingombrante, apparentemente senza senso. Nel gioco, Francesca ripete la scena, sembra rivivere le sensazioni di allora, ma non riesce a recuperare nessuna emozione, ad ascoltare nessuna parola, anche del doppiaggio che alle sue spalle le si fa. Tutto è concentrato sul corpo. Anche dopo, nel commento, non c'è niente che riesca ad associare o a dire di sé...

I giochi che si portano esprimono dunque questa sorta di attaccamento al corpo che diventa quasi reale, l'immaginario ed il simbolico sembrano esclusi. È un corpo biologico quello che va in scena. È la fase querula del sintomo, della lamentazione, del bla...bla...bla...

## 2. Il corpo parla

Chi è l'altro per me?

In questa fase, sembra che, ciò che prevalga, sia l'essere occupati da sé e dal proprio bisogno, l'altro appare una sorta di prolungamento di sé.

Maddalena parla di sua figlia di ventitrè anni, lamenta che è lenta, sprovveduta, lei la deve controllare sempre perché teme che qualcosa le possa succedere in ogni momento, essendo così ingenua. In un gioco, si rappresenta una scena di vita quotidiana con la figlia, ma Maddalena parla in continuazione, continua a parlare di sé e per sé anche nel cambio di ruolo, al posto dell'altro.

Lo stesso fa Anna, quando si rappresentano situazioni con il marito e con i figli, gioca sempre la stessa parte, la sua, in tutte le posizioni che occupa nel cambio di ruolo.

Ma l'altro del gruppo, come l'altro della propria vita, non sempre risponde dal posto in cui lo si colloca, il più delle volte risponde a partire dalla posizione che occupa nella propria storia.

Ed a questo punto che la parola dell'altro comincia a far capolino, è un altro che porta una parola scomoda, che si vorrebbe far fuori, perché mette a repentaglio le sicurezze acquisite, le convinzioni che ci hanno sorretto.

Anna racconta un sogno: «Io ho sognato di essere rimasta vedova a quaranta anni, ma ero contenta, forse perché nella realtà vorrei che morisse, tanto mio marito non cambierà mai, non

sarà mai come io vorrei».

E il discorso di ciascuno prende forma.....

È l'eterno gioco del rocchetto, il *fort da* che permette, con il lancio e il ritorno del rocchetto, di riprendere in mano il filo della propria storia e di cominciare ad interrogare il senso della propria vita.

È da qui che ciascuno comincia a chiedersi qualcosa su di sé, a cogliere la propria divisione. La rettifica soggettiva porta ciascuno ad interrogarsi sulla propria implicazione in ciò di cui ci si lamenta. È la fase di *istericizzazione* del discorso.

Dai discorsi del gruppo prende forma il discorso proprio a ciascuno.

### 3. Il corpo tace, il soggetto dice

Cosa vuole l'Altro da me?

Dall'altro speculari del gruppo, all'Altro della propria storia che, con la sua parola, ha segnato, lasciato il segno.

Si comincia ad intravedere la posizione che ciascuno ha occupato e occupa ancora presso l'Altro della propria storia.

La parola prende corpo.....

Francesca parla di suo padre, un uomo che è stato a lungo depresso e dal quale lei riferisce di sentirsi amata tanto. Nonostante i suoi trenta anni, quando deve uscire di casa deve passare in rassegna davanti allo sguardo di suo padre che può approvare o meno il suo abbigliamento. Basta un gesto di disapprovazione che Francesca torna indietro e si va a cambiare. Nel gruppo, per la prima volta, si interroga su questo sguardo di padre che l'ha tenuta inchiodata in casa per tanto tempo.

Maddalena parla di sua madre, una donna lenta e molto sprovveduta di cui si è vergognata per tutta la vita, «forse è per questo che temo che mia figlia le assomigli...».

E Anna, comincia ad interrogarsi sulle scelte della sua vita, sulla sua impossibilità a separarsi da un marito/figlio. Per la prima volta vede l'angoscia di suo figlio Lucio, che veste, da tempo, i panni del bullo, quel figlio al quale cerca di dare delle regole, ma al quale non sa rispondere perché, proprio lei, sia rimasta lì, con un uomo che non si è mai dato una regola rispetto alla propria vita.

In un gioco con questo figlio adolescente, Anna chiama Grazia a svolgere questo ruolo. Grazia è una giovane donna del gruppo i cui attacchi di panico sono ripresi con violenza due anni fa, alla morte di sua madre che, per tutta la vita, aveva avuto problemi psichici, conseguenti alla grave gestosi contratta alla nascita di Grazia. Nel gioco, al posto del figlio adolescente, Grazia attacca violentemente la madre, Anna, per il padre che le ha dato. Nella sua rabbia si intravede l'invocazione al Nome del Padre, ad un significante paterno che interrompa un rapporto fusionale e mortifero con un'immagine materna.

Nel cambio di ruolo Grazia, non riesce a prendere il posto della madre, incollata alla sua posizione di figlia, rimane muta, confusa, non ricorda le parole da dire. Ma, come un fiume in

piena, ritrova la sua parola di figlia. Come in un lungo monologo, attacca suo padre lungamente amato ed idealizzato e dice: «Ora mi accorgo di essere in collera con lui, perché nella relazione con mia madre, permetteva a lei di fare la bambina piccola, la coccolava, la viziava, ma mai ha pensato che di altre cure aveva bisogno mia madre. Non l'ha mai portata da uno psichiatra. Lui la voleva così, piccola e bisognosa di lui e diceva a me, bambina, di avere attenzione per la follia di mia madre, di non provocarne mai la collera. Allora lui non è stato quel padre buono che io credevo, non mi ha mai protetto dalle mie paure. Forse è per questo che non riesco a far dormire mia figlia nel suo letto, da sola, mi sembra di abbandonarla, ma mio marito insiste e dice che Serena deve andare. Forse ha ragione lui?».

Cade il mito del padre buono e generoso, il padre che faceva da padre e da madre e che aveva sorretto il suo fantasma. Improvvisamente si coglie un Altro mancante, barrato ed è forse proprio da qui che ciascuno può avvicinarsi alla propria mancanza strutturale e cominciare a darsi parola.

Antonia Guarini

Psicodrammatista, membro Didatta S.I.Ps.A.

#### **NOTE BIBLIOGRAFICHE**

1 F.Lolli (2009), *Lo specchio, l'analista e il panico in Il tempo del panico*, Franco Angeli, Milano, cfr. p.81

2 Ibidem, cfr. p.81;

3 Ibidem, cfr. p.81;

4 M. Recalcati (2005), *L'omogeneo e il suo rovescio, per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo monosintomatico* Franco Angeli, Milano

**Attività esperienziale di psicodramma analitico**

Osservatori Carmen Tagliaferri e Laura Scotti

Animatore Fabiola Fortuna

Nell'ambito del convegno è stata proposta, ai partecipanti, un'esperienza di psicodramma analitico. Il gruppo ha preso avvio dalle parole dell'animatrice che ha enunciato le semplici regole che definiscono la struttura del gruppo di psicodramma.

Dopo un breve silenzio una partecipante prende parola per raccontare un sogno recente: «Sono in montagna, con un gruppo sto facendo una passeggiata, siamo in cordata ma c'è una minaccia di slavina, vedo una fenditura nella montagna. Il capo cordata mi incoraggia a proseguire ed io, nonostante il pericolo imminente mi fido, so che mi posso fidare e sfidare il pericolo».

Dal racconto del sogno si snoda il processo associativo che porterà alla rappresentazione attraverso la messa in gioco del discorso di un'altra partecipante.

Le prime associazioni si annodano attorno al processo analitico, al suo inizio e alla sua conclusione, ai “risultati” e agli “inciampi” che comporta ... Si parla di una persona che iniziato e poi interrotto un'analisi a causa della scoperta di un tumore. «In questa situazione a che cosa è servita l'analisi?» è la domanda pressante che viene posta e trova risonanza in una giovane analista «pensavo all'analisi come intervento magico che può salvare dalla morte, dal dolore ... solo quando sono diventata analista ho visto il senso di questa relazione, che non ha niente di magico».

Dalla relazione analitica alla relazione d'amore il passo è breve e trascina al racconto di una discussione tra due fidanzati “fuori sede”. Lui, da lei (fidanzata - narratrice) definito “imponente, presuntuoso, coraggioso” comunica che ha deciso di trasferirsi, tornare nella sua città di origine .

L'animatrice propone di “giocare” questo momento.

Per rappresentare il fidanzato la narratrice sceglie una donna “per la serietà o severità della sua espressione”, sembra sfuggire alla consapevolezza di chi racconta che nel nome della donna scelta vi è un significato “lotta”. Il gioco riporta in scena il dolore della separazione originaria dalla città natale, il dispiacere per la separazione attuale, la domanda attorno all'amore che forse non è tanto forte da trattenere lui o far nascere altre scelte ...

L' intervento dell'animatrice «io torno da mia mamma» sembra indicare come il gioco sia lì a rappresentare la relazione tra il soggetto e la questione della mancanza, relazione che richiama la scena primaria dove si istituisce lo spazio dell'impossibile sapere sull'origine di “ogni uno”.

A conclusione del gioco, tornati ai propri posti nel cerchio dei partecipanti, coloro che hanno giocato e i testimoni del gioco parlano attorno a ciò che esso ha suscitato in ciascuno. Il discorso ruota attorno alle questioni dell'amore, del desiderio, delle aspettative dell'uno nei confronti dell'altro.

La conclusione dell'incontro è data dal rimando dei due osservatori rimasti silenziosi per tutta la

durata dell'incontro , osservazione tesa a cogliere la punteggiatura nascosta nell'articolazione del discorso del soggetto cioè significare a qualcuno che ha detto qualcosa che può dare luogo ad un procedere discorsivo ulteriore.

Osservazione

Cos'è lo psicodramma? Le parole dell'animatore lasciano intravedere una pratica analitica, pratica del frammento, un lavoro di taglio ed intaglio dove la complessa o complessiva storia di vita dell'interlocutore è trascurata, trans-curata o curata attraverso il prelievo di un frammento di linguaggio inconscio.

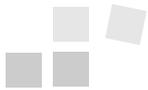
Attraverso la fenditura nella montagna il sogno indica dov'è il soggetto, è quella fenditura, quella linea di divisione .Nel pericolo imminente la cordata ha un capo che tiene, fa bordo al reale che slavina. Il capo cordata / padre è funzione che ,incarnandosi nell'essere umano fa traccia, apre una strada, consente il passo, i transiti. Analisi è questo fidarsi – affidarsi all'ospitalità della parola anche quando il tu – more insorge a testimonianza di un'anatomia altra, a rischio di frammentazione.

E il gioco nello psicodramma? Agisce nello scarto tra il racconto e l'attualizzazione /atto che apre l'interrogativo «Cosa vuole l' Altro da me? Cosa desidero io?».

L'imponenza del pre- sontuoso si incarna in un corpo femminile dal nome e dal tratto significante: car-lotta e se- verità. Lotta e verità del proprio desiderio. È gioco di transfert , gioco di transfert e di ferite per dire che non c'è mai altra cosa che sia leggibile, altra cosa che la traccia di una ferita. È così che il gioco scava, in chi ascolta, la presenza di assenza che contemporaneamente richiama la presenza nell'assenza.

Carmen Tagliaferri

Psicoanalista, psicodrammatista, membro Didatta S.I.Ps.A.



La rivista pubblica contributi originali. Gli articoli devono pervenire alla redazione centrale (c/o Nicoletta Brancaleoni, Via di Val Tellina 52, 00151 Roma, tel.333.4937192 e-mail [n.brancaleoni@alice.it](mailto:n.brancaleoni@alice.it)) corredati da una nota informativa dell'Autore/i contenente: dati anagrafici, titoli professionali, titoli scientifici, attività prevalente, appartenenza ad istituzioni, indirizzo e recapito telefonico e autorizzazione alla pubblicazione firmata dagli Autori. Ogni articolo conforme alle norme editoriali sarà valutato anonimamente da due referee. Gli originali, anche se non pubblicati, non si restituiscono. I lavori dovranno essere presentati al suddetto indirizzo di posta elettronica elaborati con Word per Windows.

Non è prevista la correzione di bozze da parte degli Autori. I testi devono, pertanto, essere pronti per la stampa.

I riferimenti bibliografici devono contenere, tra parentesi, il cognome dell'Autore, l'iniziale puntata del nome e l'anno di pubblicazione - es.: **Freud S. (1920)**, -. Nel caso di più opere dello stesso anno, l'anno è seguito da una lettera - es.: **Freud S. (1920 a)**,. Se ci si vuole riferire a un certo tratto del testo bisogna aggiungere l'indicazione di pagine - es.: **Freud S. (1920: 80-85)**,. Se gli autori sono più di due, si usi l'abbreviazione et al.

**N.b.: eventuali note vanno riportate alla fine dell'articolo, prima della bibliografia.**

**N.b.: eventuali note vanno riportate alla fine dell'articolo, prima della bibliografia.**

Croce E.B. (2002), *Fallo e matrice: vie della lettera in psicodramma analitico* in «Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma analitico» n. 1-2, ed. Anicia, Roma, 2002.

Ferenczi S. (1930), *Trauma e anelito alla guarigione*, trad. it. in *Opere*, vol. IV, Guaraldi, Firenze, 1974.

Freud S. (1901), *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*, trad. it. in *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1974.

- (1908), *Il romanzo familiare dei nevrotici*, trad. it. in *Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino, 1977.

