

A cura di
Maurizio Balsamo

MOMENTI PSICOTICI NELLA CURA

Scritti di D.A. Arce, P. Aulagnier, L. Balestriere,
M. Balsamo, L. Silva Bustamante, G. Civitaresse, F. Conrotto,
V. De Micco, A. Ferruta, F. Fiorelli, M.G. Fusacchia, B. Fussone,
R. Galiani, A. Gentile, E. Glassgold, P. Gutton, V. Kapsambelis,
N. Lini, J. Press, L. Schiappoli, S. Vecchio



Le vie della psicoanalisi / **La Psicosi / 1**

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



1950. Le vie della psicoanalisi
Collana diretta da Maurizio Balsamo

La psicoanalisi è al centro di profonde e complesse trasformazioni che, a dispetto delle pluriennali denunce di morte, ne attestano una persistenza, una sorta di irriducibilità nell'ambito del sapere umano.

E tuttavia è ben visibile un indebolimento progressivo dei suoi paradigmi, forse per mutazioni antropologiche non ancora elaborate, o per confusioni psicologiche, riduzioni tecnicistiche o, ancora, per semplificazioni insistenti. D'altra parte, questa pluralità di voci è anche l'espressione di una ricchezza e vitalità che appare, da sempre, peculiarità di questa disciplina.

La collana *Le vie della psicoanalisi* esprime nel suo progetto la necessità di ripensare questi mutamenti, evitando – contemporaneamente – di abbandonare la dimensione clinica all'impovertimento concettuale o alla sua reificazione. Rintracciare la possibilità di un dialogo fra queste differenti sensibilità, senza dover cadere in uno sterile ecumenismo o nella reciproca scomunica; interrogare i modi del suo operare quotidiano così come i suoi riferimenti teorici: questa è la sfida che la psicoanalisi lancia a se stessa.

La collana è suddivisa nelle seguenti sezioni:

1. Saggi. Opere teoriche o di storia della psicoanalisi.
2. Clinica. Ricerche su aspetti rilevanti della clinica psicoanalitica.
3. I concetti. Analisi teorica e storica dei principali concetti della psicoanalisi.
4. La psicosi. La riflessione psicoanalitica sulla clinica e la teoria degli stati psicotici.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

A cura di
Maurizio Balsamo

MOMENTI PSICOTICI NELLA CURA

Scritti di D.A. Arce, P. Aulagnier, L. Balestriere,
M. Balsamo, L. Silva Bustamante, G. Civitarese, F. Conrotto,
V. De Micco, A. Ferruta, F. Fiorelli, M.G. Fusacchia, B. Fussone,
R. Galiani, A. Gentile, E. Glassgold, P. Gutton, V. Kapsambelis,
N. Lini, J. Press, L. Schiappoli, S. Vecchio

FrancoAngeli

In copertina: Kazimir Malevič, Suprematismo (1915)

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della
licenza d'uso previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

Indice

Testi

| | | |
|--|------|----|
| Momenti psicotici nel trattamento di pazienti psicotici, <i>di Vassilis Kapsambelis</i> | pag. | 11 |
| Commento al testo di Vassilis Kapsambelis “Momenti psicotici nel trattamento di pazienti psicotici”, <i>di Riccardo Galiani</i> | » | 27 |
| Permeabilità dei confini, <i>di Fabio Fiorelli</i> | » | 34 |
| Commento al testo di Fabio Fiorelli “Permeabilità dei confini”, <i>di Nuna Lini</i> | » | 45 |
| Come una “zona sinistrata”, <i>di Piera Aulagnier</i> | » | 50 |
| Commento al testo di Piera Aulagnier “Come una ‘zona sinistrata’”, <i>di Philippe Gutton</i> | » | 62 |
| Commento al testo di Piera Aulagnier “Come una ‘zona sinistrata’”, <i>di Jacques Press</i> | » | 67 |
| Commento al testo di Piera Aulagnier “Come una ‘zona sinistrata’”. La Passione secondo Matteo: un caso di seduzione perversa, <i>di Eric Glassgold</i> | » | 73 |
| Intime e profondissime predilezioni. Episodi “psicotici”, posizione diagnostica e transfert contattuale, <i>di Lina Balestriere</i> | » | 82 |
| Commento al testo di Lina Balestriere “Intime e profondissime predilezioni”, <i>di Maurizio Balsamo</i> | » | 94 |

| | |
|---|-------|
| Un modo di confrontarsi con il dolore. Illustrazione clinica dell'incontro con il dolore tra il paziente e l'analista, <i>di Dario A. Arce</i> | » 102 |
| Commento al testo di Dario A. Arce “Un modo di confrontarsi con il dolore. Illustrazione clinica dell'incontro con il dolore tra il paziente e l'analista”, <i>di Barbara Fussone</i> | » 116 |
| Poesia del sogno e de-personalizzazione, <i>di Giuseppe Civitarese</i> | » 122 |
| Commento al testo di Giuseppe Civitarese “Poesia del sogno e de-personalizzazione”, <i>di Lucia Schiappoli</i> | » 139 |
| Psicosi fobie evitamenti, <i>di Anna Ferruta</i> | » 145 |
| Commento al testo di Anna Ferruta “Psicosi fobie evitamenti”, <i>di Virginia De Micco</i> | » 157 |
| Note sulla “potenzialità psicotizzante” in età evolutiva, <i>di Maria Grazia Fusacchia</i> | » 164 |
| Commento al testo di Maria Grazia Fusacchia “Note sulla ‘potenzialità psicotizzante’ in età evolutiva”, <i>di Francesco Conrotto</i> | » 180 |
| Pensare ai momenti psicotici in psicoanalisi, <i>di Lilian Silva Bustamante</i> | » 183 |
| Commento al testo di Lilian Silva Bustamante “Pensare ai momenti psicotici in psicoanalisi”, <i>di Aurora Gentile</i> | » 196 |
| Focus | |
| La “soluzione psicotica” nel pensiero di René Roussillon, <i>di Sisto Vecchio</i> | » 203 |
| <i>Psychologie Clinique</i> n. 29, 2010/1 “Moments psychotiques dans le travail clinique”, <i>di Aurora Gentile</i> | » 212 |
| Bibliografie, <i>a cura di Aurora Gentile e Angela Iannitelli</i> | » 217 |

Ringraziamenti

Si ringraziano Aurora Gentile, Angela Iannitelli e Gianluigi Monniello per il loro contributo redazionale nella realizzazione del presente volume.

Testi

*I testi qui presenti sono accompagnati
da scritti che li commentano
e che prolungano le piste di ricerca.*

Momenti psicotici nel trattamento di pazienti psicotici

di *Vassilis Kapsambelis*¹

Quando ci si occupa di “momenti psicotici” nel trattamento di un paziente, vengono subito in mente due situazioni cliniche che è il caso di richiamare rapidamente, poiché non è su di esse che poggerà l'essenziale di questo testo.

Due “momenti psicotici” che non necessariamente lo sono

La prima situazione clinica è quella dell'episodio psicotico acuto o subacuto, o ancora quella di un “passaggio” interpretativo più o meno delirante nel corso di un trattamento analitico; tale situazione può concernere tutti i pazienti, anche nell'ambito di un'analisi classica di pazienti con organizzazione psichica apparentemente nevrotica. Questo momento clinico appare bruscamente o a seguito di un breve periodo di “incubazione” ed è sempre in rapporto con la problematica con cui il paziente si sta confrontando in quel momento, nell'analisi o più in generale nella sua vita. Si assiste ad un debordare dell'angoscia e dell'insonnia, ad un certo allentamento dell'istanza super-egoica, ad una progressiva permeabilità o quanto meno ad una trasparenza dei limiti dei differenti quadri che ordinano l'esistenza del paziente (a partire dal quadro analitico), ad una oscillazione se non ad una trasformazione dei rapporti del paziente con gli altri e con il proprio ambiente. Il dominio dell'Io si espande: da una parte, un gran numero di manifestazioni del mondo esteriore sembra acquisire un senso che il paziente considera essergli specificamente destinato (il che include eventualmente interpretazioni deliranti quando non vere e proprie allucinazioni); dall'altra, i

¹ Traduzione di Riccardo Galiani.

limiti e la consistenza dell'Io inteso come istanza della seconda topica (in quanto proiezione sulla superficie di un'entità corporea) sembrano affetti da una certa porosità, incertezza, il che può comportare sia difficoltà nelle funzioni specifiche dell'Io (attenzione, giudizio di esistenza, processi secondari), sia fenomeni di derealizzazione e depersonalizzazione.

Attualmente si concorda nel considerare queste manifestazioni come psicotiche; d'altronde, la loro rapida riduzione a seguito della somministrazione di basse posologie di neurolettici sembrerebbe sostenere questa considerazione. In realtà, si tratta di quegli stati clinici che gli autori di un tempo qualificavano come "onirismo" e "bouffée delirante", autentici "deliri non psicotici" (Jeanneau, 1990) il cui prototipo si ritrova nell'analisi psicopatologica che Freud (1906) propose della novella di Jensen, *Gradiva*. Sono stati caratterizzati dall'ampiezza della regressione (con ciò che questo implica in termini di disorganizzazione della prima topica); da questa regressione discende una condizione caotica del sistema percezione-coscienza e dunque del rapporto con la realtà definita "esterna". Si potrebbe dire che in questi stati la passione per l'oggetto prevale sulla possibilità dell'oggetto (Kapsambelis, 2006), il che trasforma il mondo intero in una sorta di spazio analitico (o di spazio di sogno) popolato di personaggi vivaci ed agiti. Stabilire un'equazione tra delirio (o allucinazione) e psicosi è un errore della clinica contemporanea (che fa eco alla sinonimia "neurolettici-antipsicotici"); si manca così ciò che questi stati comportano di non psicotico, in particolare un riassetto certo brutale, a volte traumatico, ma che non di meno può essere salutare, di un'oggettualità insoddisfacente. Si potrebbero sviluppare considerazioni analoghe quando questo "episodio psicotico acuto" sopraggiunge durante il trattamento di un paziente psicotico e quando è ugualmente problematico rubricare questo tipo di manifestazioni sotto la voce, troppo restrittiva, di "ricaduta". In questo contesto, l'episodio psicotico acuto testimonia probabilmente di un tentativo analogo a quello attraverso il quale si tenta di sfuggire alle rigidità del funzionamento psicotico cronico, il che comporta uno sconvolgimento da cui potrebbero emergere anche nuovi tipi di funzionamento mentale.

La seconda situazione clinica, corrispondente a ciò che potrebbe essere definito come un "momento psicotico nel trattamento di pazienti psicotici", prende la forma dello sviluppo di idee deliranti concernenti il terapeuta stesso. Si tratta dunque di un aspetto di ciò che gli autori kleiniani hanno chiamato "transfert psicotico". Nella tradizione psicoanalitica francese, seguendo in particolare l'insegnamento sia di Racamier che di Kestemberg, abbiamo piuttosto la tendenza a riconsiderare questa terminologia e a considerare che i fenomeni clinici che vi corrispondono, più che costituirne un avanzamento elaborabile, danneggino il trattamento; senza dubbio su questa riconsiderazione convie-

ne essere più sfumati. Molti autori kleiniani o post-kleiniani hanno lavorato in condizioni che sono rimaste relativamente rare in Francia: sia in cliniche private, dove il paziente era ospedalizzato con il proprio consenso e in cui una équipe medico-psichiatrica assicurava un accompagnamento e un “contegno” che garantivano il buon svolgimento della cura analitica, sia nella cornice di una pratica privata con pazienti schizofrenici (nel senso esteso che è attribuito a questo termine nella letteratura anglosassone) coscienti della particolarità del proprio funzionamento mentale e chiaramente desiderosi di comprenderlo e cambiarlo. In questi due casi, struttura di ricovero o attività privata, il paziente copriva il costo, spesso elevato, del proprio trattamento, che comportava più sedute settimanali.

In queste condizioni, vale a dire in associazione da un lato con l’alta frequenza delle sedute e, dall’altro, con la particolare tecnica di lavoro degli autori kleiniani, che assicura un accompagnamento verbale interpretativo “in diretta e continuo” dei movimenti psichici del paziente (identificazioni proiettive comprese), è allora possibile che lo sviluppo di un “transfert psicotico” – ossia lo sviluppo di ciò che essi ci riferiscono dell’esperienza transferale psicotica e del suo scioglimento – conservi tutto il suo valore. Ma nelle condizioni della pratica francese (una o due sedute a settimana, spesso in un’istituzione, con tutto un apparato di cure di accompagnamento, comprese quelle mediche) queste manifestazioni appaiono non tanto come un “transfert” quanto piuttosto come una “sostituzione” (Kapsambelis, 2013): il paziente sostituisce il suo oggetto di delirio con un altro (il terapeuta), che esattamente come il precedente non può essere concepito come un oggetto che simbolizza una imago, foss’anche un’imago arcaica, utilizzabile dal paziente; la violenza del movimento completa così l’erosione del trattamento, a volte fino alla sua interruzione. In questo senso, e nonostante lo sconvolgimento che comporta – e soprattutto nonostante il rischio di interruzione del trattamento – un tale movimento non è affatto un *momento* psicotico all’interno del trattamento di questi pazienti, ma si iscrive nella continuità del lavoro psicotico, i cui oggetti (esterni) di delirio cambiano regolarmente – ce ne si accorge negli sviluppi sul lungo tempo – e il terapeuta del presente non è che il nuovo punto riferimento nell’ambito di un cammino destinato a preservare la ripetizione dell’identico. Così, la pratica francese del trattamento psicoanalitico dei pazienti psicotici privilegia la nozione di *investimento transferale* (Kestemberg, 1981), più che quella di transfert, dal momento che si ritiene che in questi casi sia difficile ritrovare alcune dimensioni essenziali alla definizione stessa del transfert: processi di simbolizzazione, scarto tra passato e presente, tra ricordo e percezione, tra gioco e realtà, tra effetti di ripetizione ed effetti di *après-coup*, il tutto in uno spazio limitato, condizionato da un quadro individuabile come tale.

Tendiamo così a considerare queste manifestazioni di “transfert psicotico” come accidenti che, connessi magari all’inesperienza dell’analista o ad una cattiva indicazione iniziale, possono nuocere al trattamento.

In questo testo propongo allora che, all’interno del trattamento di pazienti psicotici, i “momenti psicotici” siano ricercati altrove. Isolerò alcune figure cliniche di cui il terapeuta fa esperienza con una certa frequenza. I pazienti psicotici – che non sono psicotici in ogni momento e ovunque – possono entrare in trattamento e produrre anche un lavoro di qualità analitica; i “momenti psicotici” di cui ci occuperemo concernono una “microclinica”, appaiono cioè brevemente nel corso di una seduta o di un colloquio e sono relativamente specifici di queste condizioni. Possono passare inavvertiti – sebbene talvolta siano più spettacolari – e la loro gestione non è agevole, poiché essi hanno come effetto quello di produrre un’interruzione del lavoro associativo dell’analista: una sorta di taglio, di “bianco” da cui si esce il più delle volte con una ripresa del corso della seduta, senza alcun commento, senza elaborazione, e talvolta senza dedicare la minima attenzione a ciò che è successo.

Pensiero senza immagini

R. è una paziente di 46 anni affetta da schizofrenia dall’età di 24. Nubile, senza figli, ha perso i genitori quando era adolescente; solo un fratello vigila sulla sua situazione. Le prime ospedalizzazioni, tra i 24 e i 27 anni, hanno permesso di stabilire una relazione di fiducia, agevolata dalla continuità delle cure offerte dalla psichiatria territoriale, consolidando così la necessità dell’assunzione di medicinali, il che ha consentito un’evoluzione favorevole, isolando però una sindrome di automatismo mentale che, per quanto discreta, è continua e resistente ai farmaci, restando immutata da vent’anni. R. non è “particolarmente portata per la psicologia”, come lei stessa dice molto pudicamente; ancora oggi mostra una certa sorpresa mista a fastidio quando i colloqui virano verso questioni più intime o personali: per lei il terapeuta resta un “medico del cervello”. In compenso, R. ha dentro di sé il valore del lavoro, e coraggiosamente non ha mai smesso di cercare un impiego, di perderlo, prima di rassegnarsi ad un impiego protetto nell’ambito di un’iniziativa “ESAT”² in cui è impegnata ormai da alcuni anni. L’impiego che è durato di più è stato quando aveva 35 anni, in una brasserie di una certa Mme Dupont (nome fittizio); vi ha lavorato per più di due anni prima di perdere il posto a causa della sua lentezza.

² [ESAT: Établissement et service d’aide par le travail, istituzione di lavoro protetto].

Come sua abitudine, R. arriva al colloquio con un sorriso educato ma distante; parla subito dei farmaci, aspettando la sua prescrizione. Acconsente a rispondere ad alcune domande sui “sintomi del suo cervello”, cosa che accade specialmente quando questi le sembrano più accentuati rispetto al colloquio precedente. Il dialogo è laborioso, l’associatività pressoché inesistente; nessuna delle idee, riflessioni o ipotesi proposte sembrano poter rilanciare in lei un lavoro di pensiero. Ecco che, però, durante il colloquio, R. è preoccupata. Ci sono più sintomi del solito; c’è n’è uno in particolare: le torna in mente con una certa insistenza “*M.me Dupont*”. Ne sono sorpreso, per quanto a suo tempo, dieci anni fa, avessi notato come questa padrona aveva saputo mobilitare in R. una forma di investimento e come la perdita di quell’impiego avesse provocato uno scoppio di tristezza che sembrava non essere dovuto ad altro che al lavoro, o almeno così mi era parso allora. Tutto questo però ora è lontano; durante questi anni non ci siamo mai occupati di M.me Dupont. Ed ecco che riappare.

“Non sapevo”, dico con un tono incoraggiante, “che lei la pensasse sempre”. R. mi guarda veramente sorpresa: “*ma io non penso a lei!*”. Sono decisamente sconcertato e batto in ritirata dicendo qualcosa come: “ma se lei ha appena detto che le torna in mente...”; “*ah, sì, non lei però*”, risponde semplicemente R: “*solo il suo nome*”.

Mi ricordo di una vecchia storia che si presenta come una scommessa per il pensiero: un uomo sostiene che sia possibile vincere una bella somma di monete d’oro se, incontrando sul proprio cammino un asino, si riesce a pensare all’asino senza pensare alla sua coda. Attirata dall’idea del guadagno, tanta gente moltiplica le occasioni per cimentarsi nell’operazione mentale richiesta, senza alcun successo, ovviamente: la condizione posta, così come è formulata, non è affatto praticabile. Infatti, non appena si incontra l’asino, la rappresentazione-scopo delle monete d’oro attira irreversibilmente verso di sé il movimento associativo, al punto che è possibile evitare la coda solo attraverso la negazione (“ecco un asino; per ottenere le monete d’oro bisogna soprattutto non pensare alla sua coda”) che, come è noto, è un modo di pensarci. Tuttavia è proprio quello che il pensiero di alcuni pazienti schizofrenici sembra in grado di realizzare. “*Il nome, ma non la persona*” suona come un rifiuto, un’inammissibilità, a fronte di qualunque tentativo di spingere un po’ più avanti il pensiero: un rifiuto, ad esempio, di occuparsi dei ricordi legati a questa persona, o un rifiuto di chiedersi quali siano gli affetti che accompagnano il rievocarla. La parola che designa la persona non indica la persona; la sua rappresentazione di cosa, le immagini e le sensazioni ad essa associate, sono perdute per la rappresentazione di parola, la sola ad essere presente. Si tratta di una duplice dis-oggettualizzazione. La padrona non è più investita: la sua parlantina, il suo buon umore,

le sue sfuriate, la sua presenza al tempo stesso esigente, autoritaria e protettrice nei riguardi di R., tutto questo universo di oggettualità ricca e conflittuale non fa più parte del mondo interno della paziente. Al tempo stesso, si tratta anche di un ritiro da tutti gli scambi possibili, a partire da quello tra l'oggetto del ricordo e l'oggetto del presente: ho avuto con chiarezza il sentimento di "battere in ritirata" dopo la risposta di R; facevo prudentemente marcia indietro, avvertito come ero del fatto che la mia semplice considerazione diceva più di quanto la paziente potesse sopportare.

Talvolta ci si chiede se l'automatismo mentale descritto da de Clérambault, o il pitiatismo descritto da Cotard (1909), non siano manifestazioni di un "linguaggio d'organo" applicato a quel particolare organo dell'organismo che sarebbe il cervello (Kapsambelis, 2005). Ci si ricorda che Freud (1915) aveva descritto il linguaggio d'organo come una manifestazione particolare del disturbo del pensiero schizofrenico, derivante da un investimento delle rappresentazioni di parola che ha luogo quando ogni investimento d'oggetto, inteso anche come rappresentazioni di cosa, è perduto. L'ipocondria sarebbe allora la manifestazione clinica che fa da ponte tra la disoggettualizzazione e una saturazione narcisistica che l'Io non riesce a trattare, nemmeno attraverso l'elaborazione di un delirio di grandezza (Freud, 1914). È interessante notare come, sul piano dell'ipocondria, il nostro cervello sia particolarmente silenzioso: contrariamente alla maggior parte degli organi del corpo, non vi è nessuna sensazione, nessuna traccia sensibile del suo funzionamento che ne renda testimonianza per poter poi costituire il punto d'appoggio di un lamento ipocondriaco, a meno di non voler considerare proprio l'attività di pensiero come l'ultimo rifugio del "linguaggio d'organo". Al tempo stesso, però, sono questi stessi pazienti schizofrenici quelli che riescono a trascinarvi in discussioni infinite (e non necessariamente "astruse", come talvolta dicono i manuali di psichiatria), vertiginose, su concetti astratti di cui possono avere un'intuizione, un'intelligenza e una capacità di interrogarsi su di essi assolutamente eccezionali. Gribinski (1982) ricorda che il "parlare senza pensare" che definisce il pitiatismo di Cotard è di fatto un concetto introdotto da Leibnitz e che in questi rimanda a sua volta ad un pensiero puramente matematico, una "conversazione di simboli". Astrarre le parole da ogni sensazione, da ogni rappresentazione, poterle utilizzare in quanto tali ("l'impiego totalmente spoglio dei caratteri", scrive Leibnitz, citato da Gribinski) è anche una delle conseguenze del pensiero senza immagini e della strana attrazione che esso esercita sull'interlocutore "reso assente" da questo pensiero nel momento stesso in cui si espone all'interlocutore cercando, malgrado tutto, di far condividere anche a lui questa astrazione.

La comunità di pensiero

Denis, che ora ha 44 anni, ha beneficiato di un lavoro psicoterapico per una buona decina d'anni, mentre un altro collega gli garantiva un trattamento farmacologico attualmente riportato ad un dosaggio molto blando. Se non fosse per l'assenza di una qualunque presenza femminile nella sua vita – dopo una relazione tumultuosa conclusasi qualche anno fa – e per una regolare frequentazione di sua madre, con cui va sempre in vacanza (è figlio unico), non ci sarebbe nulla nella sua vita attuale a ricordare le lunghe ospedalizzazioni tra i 17 e i 28 anni, i tentativi di suicidio, la costante presenza di sentimenti persecutori, i momenti di terrificante disorganizzazione del suo pensiero e della sua vita. Per ragioni che sarebbe impossibile riassumere, il lavoro di ricostruzione durante il trattamento si è concentrato su di un ricordo cruciale, una scena chiave, vissuta all'età di 9 anni, quando sorprese sua madre tra le braccia di un altro uomo, che era parte di una coppia di amici dei genitori. Fece seguito un periodo di silenzio colpevole, poi delle condotte strane (tra i 12 e 14 anni in segreto si vestiva da ragazza), poi il divorzio conflittuale dei genitori, poi il perdere di vista il padre e la decisione (che non fu presa coscientemente come tale) di restare con sua madre *“costi quel che costi”*, come dice (e abbiamo analizzato a lungo il costo di questo *“costi”*). È così che, a partire dai 17 anni, è poi subentrata una profonda disorganizzazione, che ha impedito a questo bravo studente di conseguire la sua *“maturità”*, portandolo da una clinica per adolescenti ad un ospedale di zona, senza risultati significativi, immergendolo in una ricerca identitaria che non trascurerà nessuna pista, neanche quella della virilità degli estremismi politici, prima di giungere all'attuale tregua. È in questo contesto che Denis, come ogni anno, mi annuncia la sua prossima partenza per le vacanze in compagnia della madre. Lo vedo solo una volta al mese; ci si scambia impressioni su qualche vecchio film che Denis ha scoperto o rivisto, mi parla del suo lavoro. Non so se è il riferimento ai vecchi film rivisti o se sono io che, come sempre, gli chiedo dove vanno in vacanza lui e sua madre. Risponde: *“andiamo a X [città di un paese mediterraneo]”*; dopo una pausa aggiunge: *“ritorno sulla scena del crimine”*. Gli manifesto la mia incomprendione. *“Ma sì, dice, andiamo a X...”*. E allora? *“Non ci sono più tornato da quando avevo nove anni”*. Perché, c'era già stato? *“Ma sì, è là che ho visto mia madre baciare quel signore... eravamo tutti lì in vacanza, i miei genitori, loro...”*. Si rende conto del mio stupore: *“ah!, davvero non lo sapeva?”*. Gli dico che a tutti questi elementi (la città, le vacanze delle due coppie, eccetera) non era mai stato fatto riferimento durante tutti questi anni di lavoro comune. *“Ah sì?”*, dice un po' interdetto; *“Pensavo lo sapesse”*.

Vorrei attirare l'attenzione sulle espressioni utilizzate da Denis. Non è raro che il paziente in analisi o in psicoterapia scopra che un certo elemento biografico o attuale, che egli considera conosciuto, non sia mai stato comunicato all'analista. Le espressioni utilizzate sono allora pressappoco le stesse: "Ah, non glielo avevo detto? Sì, è vero, non l'avevo detto"; o ancora: "è incredibile, ero sicuro di averglielo detto"; o anche, su di una tonalità più proiettiva: "glielo ho detto, ne sono sicuro, ma lei lo ha dimenticato". Le espressioni di Denis, però, non fanno alcun riferimento al "detto", alla cosa detta, collocandosi subito sul piano del "sapere" ("non lo sapeva?") e su quello di una conoscenza (misteriosamente) condivisa ("pensavo lo sapesse").

È interessante constatare il paradosso di un'inversione di parole che il pensiero secondarizzato opera negli uni e negli altri. Anche i pazienti nevrotici pensano "lei lo sa"; tuttavia questo "lei lo sa", nella loro mente, si situa al livello dell'intimo, vale a dire che vi vedete attribuire una conoscenza dei loro meccanismi inconsci – e del loro senso – che sfugge a loro come sfugge a chiunque altro: è un sapere che solo voi possedete. Di conseguenza, la loro convinzione che "voi sapete" nomina male se stessa. In fondo, non è che "voi sapete": è che la vostra comprensione della loro intimità è tale che voi *indovinate*, che potete *indovinare*. Nello schizofrenico il pensiero è spesso "indovinato" nella sua clinica produttiva ("indovinare il pensiero..."); ma anche ciò che capita di definire "indovinare" nomina male se stesso, poiché si tratta del risultato di un'elaborazione, di un tentativo per porre di nuovo l'oggetto fuori di sé ("oggettivare") o per porre se stessi al di fuori dell'oggetto, vale a dire che si tratta in fin dei conti di un tentativo di ristabilire e rispettare una separazione-individuazione. E infatti, propriamente parlando, nell'esperienza della sindrome di influenzamento o di riferimento, i passanti in strada, gli sconosciuti negli appartamenti vicini non "indovinano" il pensiero del paziente, lo *condividono*. Il paziente li considera proprio come dei perfetti sconosciuti che, in quanto tali, non si vedono attribuire un particolare *sforzo* per "indovinare" il pensiero del paziente ("indovinare" comporta uno sforzo, un'azione); d'altronde il paziente lo dice: "non li conosco, non ho alcuna relazione con loro". Gli oggetti della sindrome di riferimento o di influenzamento non *indovinano*; *sanno* e basta.

Durante le supervisioni di psicoterapie con pazienti psicotici, i giovani colleghi sono sempre sorpresi dall'insistenza con cui li incito a porre domande; un analista, pensano, non pone domande, "lascia venire", ma non si può "lasciar venire" ciò che è *già là*. Questo sapere condiviso ha infatti come particolarità e conseguenza l'istaurare una sorta di atemporalità; questi pazienti schizofrenici sembrano parlarvi come se li conoscestes da sempre (dalle origini?), il che dà alle loro parole, anche le più banali, una colorazione molto particolare: riferimenti a luoghi o nomi ("l'altro giorno Fan-

nie mi diceva...”, ed è la prima volta che sentite parlare di questa Fannie, citata come se voi la conosceste da sempre), interpenetrazione³ del ricordo e dell’attuale attraverso un impiego estensivo del tempo presente più che del passato prossimo, etc. Penso che questi momenti, molto brevi ma molto frequenti nel trattamento di pazienti psicotici, corrispondano abbastanza bene a ciò che Searles (1979) aveva compreso come “transfert simbiotico” e come “simbiosi terapeutica”, indipendentemente dall’uso che ne fa e dalla teorizzazione che ne fa derivare.

Al tempo stesso, però, questo “lì da sempre” non può non richiamare un’esperienza che, accompagnando buona parte della nostra vita, ci è comune e di cui prendiamo coscienza solo attraverso lo smarrimento per la perdita dei genitori, quando tutta una memoria vivente di noi stessi – una memoria che è memoria prima ancora di essere la nostra – scompare. “Come si chiamava quella ragazza alla pari che ci guardava quando eravamo piccolini?”; “chi erano quei vostri amici con cui ci vedevamo qualche volta, quelli che avevano un grande giardino, con un fico enorme, pieno di fichi?”; “dov’era quel luogo di villeggiatura dove c’era un isolotto roccioso a qualche decina di metri dalla costa, quello che ci divertivamo a chiamare *L’isola del tesoro*?”. Domande che non troveranno più risposta, un intero brandello di noi stessi che scompare insieme ai genitori: in noi c’è sempre come una nostalgia di questo altro che “sa” la nostra vita, soprattutto quella di un’epoca in cui la vita stessa non ci ha lasciato che ricordi incerti ma che, “da sempre lì”, ci consente di appropriarci – dall’esterno – di ciò che il processo di soggettivazione non è riuscito ad integrare.

Interdirsi di pensare

Quando l’abbiamo conosciuto, una trentina d’anni fa, Li aveva appena 18 anni. Già malato, un’organizzazione umanitaria l’aveva portato via da un campo di profughi cambogiani di Hong Kong; era scappato con la sua famiglia dal genocidio in corso nel suo Paese. È arrivato in Francia con la madre; gli altri membri della famiglia sono dispersi tra Canada, Australia e Stati Uniti. Il suo trattamento è stato estremamente complesso e da più punti di vista deludente. Alla difficoltà di comprensione della lingua (che in questi trent’anni ha imparato molto parzialmente) si aggiungeva una certa resistenza ai trattamenti abituali, il che rendeva la disorganizzazione ideoverbale e le idee paranoide-persecutorie particolarmente tenaci. Due volte abbiamo temuto il peggio, dopo due seri tentativi di suicidio, di cui uno con

³ [Tèlescope].