



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata - FISPPA**

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Dal corpo alla parola: traumatismo precoce e temporalità
nella cura analitica**

From body to word: early trauma and temporally in psychoanalytic treatment

Relatore

Prof.ssa Cristina Marogna

Correlatrice

Dott.ssa Valentina Palvarini

Laureanda: Margheri Teresa

Matricola: 2052150

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione.....	V
Capitolo I: Il ruolo dello sviluppo psichico nel crollo.....	9
1.1 - Senso di continuità di esistere	9
1.1.1 - La formazione dell'Io: narcisismo primario e Io corporeo.....	10
1.1.2 - Tra Freud e Winnicott	15
1.1.2.1 - Confronto fra i concetti di narcisismo primario, stato di non integrazione e Io primitivo	17
1.1.2.2 - Psiche-soma e rispecchiamento.....	20
1.1.3 - L'ambiente facilitante e la rêverie	24
1.2 - Fallimento dell'ambiente: la paura del crollo	28
1.2.1 – Illusione e fenomeni transizionali	29
1.2.2 - Agonie impensabili	31
1.3 - Niente al Centro	34
1.3.1 - Sistema difensivo falso Sé.....	35
1.3.2 - Manifestazioni della dimensione difensiva patologica falso Sé	37
Capitolo II: Traumatismo e après-coup.....	43
2.1 - Trauma e temporalità	44
2.1.1 - Impotenza originaria	46
2.1.2 - I tempi dell'analisi.....	49
2.1.3 - Tra Freud e Winnicott: l'evento traumatico “dichiarato scomparso”	51
2.2 - Il fenomeno dell'après-coup.....	52
2.2.2 - Nachträglichkeit e après-coup	55
2.2.3- L'incontro traumatico.....	60
Capitolo III: Il corpo nell'esperienza analitica	67
3.1 - “Se e come sono cambiati i nostri pazienti”	68
3.1.2 - Agonie identitarie.....	71
3.1 - L'enigma iscritto nel corpo	76

3.2.1 - Corpo e Psiche sono estesi	78
3.2.2 - Lo stesso ma non identico	81
3.2.3 - Il linguaggio della psicoanalisi.....	86
3.2.3.1 - Il linguaggio incarnato e la “parola-evento”	88
3.2.3.2 - Identificazione proiettiva e fantasmi corporei.....	91
3.2.3.3 – Controtransfert somatico: il caso di Elise e “vita non vissuta”	93
3.2.4 - Esperienze pre-simboliche e dimensione onirica.....	96
3.2.4.1 - L’uso dell’interpretazione dei sogni.....	98
3.2.4.2 - Sogno, irrepresentabile e temporalità.....	100
3.2.4.3 - Il caso di Lina e il caso di M.	102
Conclusioni.....	107
Bibliografia.....	115
Sitografia	124

Introduzione

Le principali tematiche affrontate nel presente lavoro, come la traumaticità e il fallimento dell'ambiente, la temporalità complessa nel trauma, l'irrapresentabile, il corpo e il linguaggio nella cura, sono state sviluppate attorno a una questione centrale per la psicoanalisi odierna che apre a riflessioni sul piano teorico e clinico, cioè quella della cura analitica di pazienti che presentano carenze evolutive conseguenti a ferite narcisistiche precoci e che sono caratterizzati dall'impossibilità di accesso al simbolico. La teoria e la tecnica psicoanalitica si sono sviluppate e modificate nell'incontro con un progressivo aggravamento della psicopatologia: questa evoluzione conduce da una parte a riflettere sui pazienti di oggi e sull'impatto dei fattori dell'epoca contemporanea su questi ultimi, dall'altra a interrogarsi sul cambiamento della cura psicoanalitica, nei suoi aspetti teorici e clinici. I seguenti tre capitoli trattano tematiche inestricabilmente connesse tra loro: fallimento dell'ambiente e paura del crollo, traumatismo precoce e après-coup, corpo e linguaggio incarnato, che sono legati dal concetto di un vissuto traumatico precoce irrapresentabile destinato a ripetersi nel tempo. Questi temi sono presentati inizialmente da un punto di vista teorico per poi, attraverso la discussione di alcuni casi clinici, essere approfonditi nel modo in cui si intrecciano nella stanza d'analisi. Nel primo capitolo attraverso alcuni postulati teorici, come il narcisismo primario (Freud, 1914), lo stato di non integrazione primaria dell'infante (Winnicott, 1988) e la psiche infantile in stato di *Hilflosigkeit*, si approfondisce il punto di vista teorico di diversi autori rispetto all'esperienza originaria dell'infante nel suo ambiente, in relazione al suo vissuto di impotenza. Questo perché in analisi, soprattutto quando si ha a che fare con traumatismi precoci e fallimenti ambientali, si tenta di dare forma, e quindi parola, a qualcosa che non è mai stato rappresentato né significato, perché incontrato quando l'Io era in condizioni di immaturità (Winnicott, 1963). Il testo di Winnicott *La paura del crollo* (1963) è centrale nel primo capitolo e funge da testo di partenza per le riflessioni dei seguenti capitoli, in quanto presenta in sintesi ulteriori sviluppi teorici approfonditi successivamente. Attraverso questo testo è possibile riflettere su alcune questioni fondamentali sul piano metapsicologico e clinico, che riguardano tematiche centrali nel trattamento di pazienti cui l'accesso al simbolico è carente o precluso. Winnicott era consapevole del paradosso che lo psicoanalista incontra quando tenta di dire qualcosa sullo stato originario privo di parola e con il testo del 1963 ha cercato di immaginare qualcosa rispetto a ciò che è accaduto, o sarebbe dovuto accadere, nell'incontro tra un

individuo in condizione di immaturità e un ambiente facilitante (o meno). Winnicott indagava livelli della psiche che riguardano aree inaccessibili alla rappresentazione, dove gli affetti possono diventare agonie impensabili se non contenuti. Gli eventi accaduti nello stato di non integrazione sono impensabili, fanno parte dell'inconscio non rimosso e non sono recuperabili come rappresentazioni ma piuttosto come presentazioni nel transfert. Da qui la necessità di aprire nel secondo capitolo la questione del trauma e della temporalità. Il testo di Winnicott offre notevoli riflessioni sull'*après-coup*, inteso come un processo nel quale è possibile vivere nel presente, per la prima volta, la catastrofe avvenuta nell'ambiente primario nel passato. Il capitolo propone una riflessione sulla psicoanalisi dei livelli pre-edipici e pre-verbali, "sulla psicoanalisi della posteriorità e della complessità" (Russo, 2013), così definita in quanto ciò che non è mai stato rappresentato può essere costruito per la prima volta solo a posteriori, in *après-coup*. Tale complessità è data dal fatto che a questi livelli irrepresentabili della psiche, non abbiamo a che fare con il ritorno del rimosso, ma con il ritorno dello scisso, di esperienze traumatiche agoniche e di crolli dell'essere primordiale. Il lavoro psicoanalitico, davanti alle modalità coattive date dal radicamento di traumi precoci, le quali si muovono "in identico" (Balsamo, 2022) e giungono "fino alla glaciazione di ogni spinta vitale", può offrire una dimensione temporale trasformativa, una dimensione e un terreno in cui rivivere e forse elaborare per la prima volta - attraverso la *rêverie* dell'analista - ciò che era soggetto alla ripetizione senza tempo del trauma.

Il terzo capitolo riguarda il corpo nell'esperienza analitica. Riprendendo il pensiero di Winnicott vediamo che il modello della paura del crollo si propone di affrontare la questione del fallimento originario dell'ambiente, il quale impedisce di integrare corpo e psiche. Gli eventi traumatici precoci e le relazioni a stampo traumatico possono portare a uno "scollamento dell'unità psicosomatica" (De Toffoli, 2017) e a questo livello di funzionamento primitivo della mente diventano fondamentali i vissuti somatici di paziente e analista in seduta. Nello spettro psicopatologico attuale, quelle che Russo (2013) chiama "agonie identitarie" richiamano quel terrore dell'arrivo di qualcosa di catastrofico di cui parla Winnicott. Sono infatti sempre più presenti nelle stanze d'analisi pazienti apparentemente funzionanti ma che nascondono un vuoto psichico. Questo ci parla di una rottura nella continuità dell'esistenza che si è verificata quando l'Io non era ancora strutturato e di un dispiegamento conseguente di difese, funzionali nel tempo passato ma che poi hanno preso il posto dell'essere. Questi pazienti ricordano quelli di *Niente al centro* (Winnicott, 1959) dove si assiste alla costruzione attorno a un nulla

centrale, una fissità immobile e senza tempo, un sacrificio del Sé per adattarsi all'ambiente quando questo è insufficiente e inadeguato. Per poter dar voce all'impensabilità dei traumi precoci diventa centrale fare un pensiero sul linguaggio della psicoanalisi. Lo psicoanalista contemporaneo sente drammaticamente l'inadeguatezza del linguaggio simbolico laddove la parola gira a vuoto ed ha a che fare con moti pulsionali slegati. Nell'area dei fenomeni non simbolizzati le turbolenze emotive spesso si manifestano sul soma e conducono l'analista "a intercettare materiali psichici eterogenei al di là della rappresentazione di parola" (Bastianini, 2019) per poter utilizzare l'energia pulsionale in modo creativo. Rispetto a questo è centrale il contributo di Quinodoz (2004) sul "linguaggio che tocca" o "linguaggio incarnato". L'analista dovrà creare parole che siano in grado "di incarnarsi, di sentire nel corpo e di dare in qualche modo una forma all'irrepresentabile" (Russo, 2013). Come afferma Ferri (2022) "se l'analista sopravvive al caos e al senso di vuoto entrambi – analista e paziente - possono cominciare a esistere creativamente insieme". Oltre alle potenzialità del linguaggio, anche le possibilità ricostruttive e simbolopoietiche del sogno permettono di accedere e recuperare l'inconscio non rimosso in modo tale da rendere pensabili le esperienze pre-simboliche (Mancia, 2007). Per questi pazienti il lavoro analitico rende possibile la creazione di uno spazio onirico che, in passato, non si è costituito a causa del fallimento dell'ambiente e il mancato contenimento delle angosce impensabili. In questa prospettiva il sogno diventa uno spazio dove le esperienze traumatiche prive di parola trovano una possibilità di elaborazione, uno spazio potenziale in cui diventa possibile fare esperienza di sé.

Capitolo I: Il ruolo dello sviluppo psichico nel crollo

Nel testo *La paura del crollo* (1963) Winnicott indica al lettore l'importanza di riprendere i principali passaggi dello sviluppo infantile prima di esporre il tema centrale del crollo. Vedremo come il fallimento ambientale possa lasciare in preda ad angosce di non integrazione e come questo porti l'individuo, che vive nel terrore costante di subire un crollo, a costituire, al posto dell'Io, una modalità di organizzazione difensiva patologica per proteggersi dall'agonia sottostante. Come scrive Innes-Smith (2003) a proposito delle teorizzazioni di Winnicott: "Non possiamo fare riferimento al crollo psichico senza riflettere su ciò che egli considerava come normale processo di maturazione, la madre sufficientemente buona e l'ambiente facilitante" (p.15), mettendo in evidenza come per l'autore tali concezioni siano "inestricabilmente intrecciate" (*ibidem*). Già a partire da *Lo sviluppo emozionale primario* (1945) Winnicott mette in relazione lo studio dello sviluppo con forme di sofferenza pervasiva, chiedendosi in che modo il primo possa essere utile nell'analisi con pazienti gravi e l'ipotesi che sembra formulare è che dove vediamo tali forme di sofferenza abbiamo a che fare con qualcosa che è avvenuto nell'impensabile prima. Nelle sue teorizzazioni si crea dunque lo spazio per immaginare uno stato di non integrazione dell'*infans*, una dimensione fuori dal tempo, rispetto alla quale interrogarsi su cosa sia andato storto nel processo di costituzione dell'Io. Il termine *infans* deriva dal verbo latino *fari* e significa "che non parla". Winnicott si chiede quando è il momento più precoce nel quale avviene qualcosa di importante dal punto di vista psichico (*ivi*, p. 200) e come poter procedere nella clinica per lavorare su questo stato dell'essere che presenta un'organizzazione psichica non integrata. Winnicott è consapevole del paradosso che lo psicoanalista incontra quando tenta di dire qualcosa sullo stato originario di un essere che non può testimoniare ciò che in quello stato di non integrazione sarebbe avvenuto. Questo paradosso viene espresso apertamente in *Paura del crollo* (1963), dove l'autore cerca di immaginare qualcosa rispetto a ciò che è accaduto, o che sarebbe dovuto accadere, nell'incontro tra un individuo in condizione di impotenza e un ambiente facilitante (o meno).

1.1 - Senso di continuità di esistere

Winnicott parla della possibilità che l'individuo immaturo sia conosciuto, riconosciuto,

investito e integrato nella mente di un altro attraverso una serie di funzioni che esso mette a sua disposizione. Nel testo *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958) egli afferma come “la salute, nel primo sviluppo dell’individuo, implichi una *continuità dell’esistenza*. Lo sviluppo dello psiche-soma procede lungo una certa linea a condizione che *la sua continuità d’esistenza non sia disturbata*” (p. 296). Come sottolinea Antoncicchi (2014): “quando le cose vanno abbastanza bene si costruisce nell’infante la ‘continuità dell’essere’ che è il fondamento dell’Io che passerà da un iniziale stato non integrato ad un sentimento di unità nello spazio e nel tempo”. Nel pensiero di Winnicott la continuità dell’essere ha a che fare “con il potenziale di vivere una vita consapevole, una vita vera, in cui corpi e menti possono esistere in uno stato complementare entro tale consapevolezza e potrebbero vivere in un modo che successivamente descriverà usando la parola *creativo*” (Giannakoulas, Bertolini, 2016, p.31).

Per parlare di forme di sofferenza che riguardano un’alterazione o un’insufficiente costituzione dell’Io e che si manifestano tramite vissuti di confusione, insufficienza identitaria e vuoto, la trattazione si articola a partire da Freud, in quanto l’argomento chiama in causa il narcisismo primario. Narcisismo primario in Freud e stato di non integrazione primaria in Winnicott sono due concetti intesi spesso come lontani, ma che rimandano a elementi di base comuni e che aiutano a riflettere sulla dicotomia pulsione/oggetto. Attraverso il concetto di narcisismo primario in Freud, inteso come uno stato originario in cui lo sguardo e l’amore dell’altro sono condizioni necessarie per costituire la propria personalità su basi solide e per offrire una prima forma all’infante, sarà possibile evidenziare come la spinta pulsionale e le vicissitudini relazionali siano strettamente connesse. Come afferma Mangini (2003): “senza oggetto il processo di psichizzazione dell’esperienza oggettuale non è previsto, così come senza oggetto non è dato il costituirsi di un processo di soggettivazione: senza alterità non c’è soggettività” (p.614). L’altro chiama in causa la possibilità di rispecchiamento simbolico ed è tale funzione di rispecchiamento a gettare le fondamenta per quel movimento essenziale in cui l’altro, che non è visto come separato, deve riconoscere il bambino come individuo unico perché egli si possa successivamente auto-riconoscere.

1.1.1 - La formazione dell’Io: narcisismo primario e Io corporeo

Con la psicoanalisi il narcisismo diviene un concetto centrale e costitutivo della soggettività umana e viene considerato un’istanza psichica strettamente collegata con

l'identità del soggetto e con la formazione dell'Io (Contran, 2015). Musella (2017) afferma che “la presenza del narcisismo resta silenziosa ma costante fino alla fine dell'opera freudiana” e che “la traccia insatura lasciata da Freud ha portato molti autori ad approfondire lo studio del narcisismo” (p.327). Rispetto alla prima questione possiamo vedere come all'interno dell'opera freudiana il concetto di narcisismo abbia avuto vicissitudini complesse ben prima e ben oltre *Introduzione al Narcisismo* (Freud, 1914) e come sia centrale per la psicoanalisi per diversi motivi: Musella (2022) afferma che il narcisismo, essendo collocato al centro della produzione teorica di Freud, “lega la prima topica alla seconda e consente, pertanto, una chiave di lettura continuista della metapsicologia freudiana”. L'autore continua poi sottolineando la centralità del narcisismo dal punto di vista delle teorizzazioni psicoanalitiche postfreudiane in quanto essendo un concetto cardine “a partire da Freud, lega Balint, Winnicott, Kohut, Grunberger, Green e altri autori che hanno lavorato il concetto implicitamente o esplicitamente sotto angolazioni diverse” (*ibidem*). Freud utilizza per la prima volta il termine “narcisismo primario” in *Totem e tabù* (1912) per riferirsi a quello stadio intermedio dello sviluppo psicosessuale infantile che si colloca tra autoerotismo e amore oggettuale, tesi che riprenderà nel 1914 con il saggio *Introduzione al narcisismo*. In questa fase evolutiva intermedia, come afferma Mangini (2001), il bambino “assume sé stesso come oggetto d'amore” e “l'Io comincia a costituirsi come oggetto d'amore di sé stesso” (p.286); infatti, se nell'autoerotismo ogni pulsione cerca il proprio appagamento legato al funzionamento di un organo, nel narcisismo primario, come evidenzia Galimberti (2018), “l'appagamento è ancora di tipo autoerotico, ma con riferimento a un'immagine unificata del proprio corpo o a un primo abbozzo dell'Io” (p.795).

Nel saggio del 1914 Freud parla di un primario e normale narcisismo in ogni essere umano, indispensabile per le relazioni oggettuali successive (Mangini, 2001): “postuliamo che un narcisismo primario sia presente in ogni essere umano, narcisismo che può rivelarsi per alcuni l'elemento dominante della scelta oggettuale” (Freud, 1914, p.39). Molo (2015) evidenzia come il narcisismo non sia solo una condizione degli inizi della vita psichica ma “una modalità di pensiero normale, sana e essenziale per la vita stessa” (p.4). *Introduzione al narcisismo* è il vero punto di svolta della teorizzazione freudiana in quanto apre la strada sia ad altre vicissitudini dell'Io, essendo il narcisismo visto come un dato “strutturale” all'origine della formazione dell'Io stesso (Contran, 2015), sia, implicitamente, alle considerazioni teoriche e cliniche degli autori più moderni che, come afferma Nicolò (2003), “hanno enfatizzato l'importanza e il valore del

narcisismo per la salute psichica e anche fisica, per l'adattamento relazionale e per la realizzazione del sé". Come afferma Russo (2013) il sentimento di identità ha origine dalle fondamenta del narcisismo primario e le due componenti originarie del sentimento di sé, ovvero narcisismo infantile e Ideale dell'Io, "costituiscono il sentimento primario di *essere* un'identità. Un sentimento narcisistico che dà una prima forma all' essere informe del corpo pulsionale frammentato dell'infante; prima forma che Freud chiama Io" (p.133). Rispetto all'ultimo punto Mangini (2015) evidenzia come il narcisismo costituisca la "*prima modalità di fissazione della pulsione* attraverso l'investimento sull'Io (che per molti autori post-freudiani è diventato Sé) [...]. È evidente come l'assetto narcisistico abbia un ruolo fondamentale nel costituirsi di una struttura (telaio) somatopsichica" (p.109), in un primo momento tramite sensazioni corporee non ancora integrate e successivamente "nella costituzione di un Io- corporeo" (*ibidem*).

L'interpolazione del narcisismo primario tra autoerotismo e amore oggettuale rispecchia la necessità di Freud di conservare una prima fase anogettuale in quanto nella fase di narcisismo primario l'Io comincia a costituirsi come oggetto d'amore di sé stesso. La distinzione tra fase anogettuale autoerotica e narcisismo primario scomparirà con l'elaborazione della seconda topica e vediamo come nel testo *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17), con il termine narcisismo primario, si intenda uno stato di indifferenziazione psichica antecedente alla costituzione dell'Io, caratterizzato da una totale assenza di relazioni con l'ambiente (Mangini, 2001). Il narcisismo primario anogettuale è dunque caratterizzato, scrive Freud (1921), da una indifferenziazione tra Io ed Es e ha come modello la vita intrauterina, di cui il sonno rappresenta una riproduzione: "torniamo, durante il sonno, al precedente stato di assenza di stimoli e di elusione dell'oggetto" (p.317). Il narcisismo primario è deducibile teoricamente solo a posteriori in quanto legato a una prima fase dello sviluppo in cui l'infante vive in uno stato di indifferenziazione non essendo ancora in grado di distinguere tra sé e l'altro, tra l'interno e l'esterno (Contran, 2015) e, come afferma Semi (2007), si tratta di "una sorte di amore, che, più che di sé stesso, può essere definito con sé stesso". Come evidenziato nel *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno* (1915) Freud parlerà di narcisismo primitivo come di una condizione equiparabile al ritorno al grembo della madre, una condizione a carattere regressivo dominata dal disinvestimento e dalla ricerca di "riposo, calore e assenza di stimoli" (p. 96). Come afferma Musella (2017) "nel cadere nel sonno la psiche ambirà ritornare a quella condizione primitiva anogettuale e asessuale, priva di stimoli, che aveva caratterizzato la vita fetale".

Mangini (2001) sottolinea come l'idea di uno stadio anoggettuale sia stata rifiutata da molti autori come Melanie Klein e Balint ma come non sia discutibile, e vada quindi conservata, l'idea di un investimento sul primo abbozzo dell'Io "a cui va riservato il termine di narcisismo primario, dato che implica l'importanza dell'investimento primario sul Sé- che all'inizio è un Sé corporeo, o in termini freudiani un 'Io corporeo'- il quale evidentemente può essere investito solo grazie alle cure materne" (p.287). Il narcisismo primario è dunque ammissibile come concetto purché si riconosca l'importanza delle cure materne in quanto l'immagine del corpo non può che essere formata, e anche condizionata, dagli oggetti con cui esso viene in contatto (Mangini, 2003) e ciò supporta una stretta connessione tra spinta pulsionale e vicissitudini relazionali. Come afferma Freud (1922) "l'Io è anzitutto un'entità corporea, cioè l'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venir considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo" (p.488-9). Dunque, sia il narcisismo primario che l'autoerotismo, non vedono l'Io come entità in opposizione all'oggetto. Gli investimenti, i quali dapprima si dispongono autoeroticamente e poi sull'oggetto-corpo e sull'Io corporeo, come sostiene Mangini (2015), "avvengono grazie al contatto libidico-affettivo tra madre e bambino" e quindi si può pensare a un'organizzazione psichica che si manifesta senza il riconoscimento dell'oggetto in quanto tale, cioè separato. È dunque coerente definire l'autoerotismo come anoggettuale in quanto né si accorge della presenza dell'oggetto né lo ricerca e per questo motivo nessun oggetto è, al momento, rappresentabile o pensabile per il bambino. Nel narcisismo primario invece l'oggetto esiste ed è l'Io-corpo che è "risultato dell'immagine unificata del corpo stesso derivante dall'agglomerarsi delle zone autoerotiche in vista del costituirsi dell'Io. Da ciò si evince che il corpo nella sua interezza, o nelle sue parti, sarà per sempre un oggetto investito narcisisticamente" (*ivi*, p.113). Autoerotismo e narcisismo primario sono considerate da Freud fasi che precedono la relazione oggettuale ma soprattutto "funzionamenti" presenti anche nell'adulto (Mangini, 2015) che non possono prescindere dal contatto con l'oggetto primario che dà sia eccitamento sia contenimento di un'esperienza ancora non pensabile. Bollas (1989) evidenzia come l'oggetto può essere gradualmente "conosciuto" ma non ancora "pensato" ed è solo a partire da queste esperienze autoerotiche e narcisistiche che il bambino si potrà muovere verso la relazione con un oggetto che è altro-da-sé, attraverso il recupero allucinatorio dell'esperienza quando quest'ultimo viene a mancare (*ivi*). Gaddini propone un modello teorico che, sulla linea di Winnicott, evidenzia come il soggetto si costituisca tramite un

processo di costruzione di un senso di continuità del sé e come la relazione oggettuale, intesa come la possibilità che l'individuo entri in rapporto con un oggetto altro da sé, sia strettamente connessa con la dimensione pulsionale (Mervogliano, 2013).

Ogden (1989) individua tra le posizioni dello sviluppo, sincroniche e caratterizzate da un rapporto dialettico tra loro, la *posizione contiguo-autistica* che ha il compito di organizzare i dati sensoriali in modo da generare percezioni dotate di senso. L'autore ritiene che nello sviluppo fin dall'inizio siano fondamentali le esperienze di interazione tra individuo e superfici di contatto, soprattutto quelle di "ritmicità dell'esperienza sensoriale e di 'epidermicità': il senso di egoità iniziale non può che derivare da una continuità dell'esperienza epidermica" (*ivi*, p.346).

Freud intuisce l'importanza della funzione primaria della madre soccorritrice che dà sollievo all'impotenza infantile (*Hilflosigkeit*) fin dal *Progetto* (1895) quando parla della funzione di "intendersi", la quale getta le basi della possibilità di sviluppo di un apparato psichico e, in *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico* (1911), egli afferma come "una simile organizzazione, che è schiava del principio di piacere -ovvero il narcisismo- si può realizzare purché vi si includano le cure materne" (p. 454, nota 4). L'ambiente in cui avviene l'ontogenesi è dunque per Freud, fin dagli inizi, attinente al sistema relazionale e alla fine della sua vita Freud affermerà come il bambino esprima volentieri la relazione oggettuale mediante l'identificazione "Io sono l'oggetto" (Mangini, 2001). Il narcisismo infantile, come afferma Di Gregorio (2017), "funge da elemento costitutivo originario della soggettività umana" e, sottolinea Molo (2015), il bambino sarà in grado di riconoscere l'alterità soltanto se ha vissuto questa illusione di completezza: "di conseguenza, il mito di Narciso e quello di Edipo sono due momenti fondanti dell'organizzazione della personalità, senza la base solida del primo che costituisce le fondamenta, è impossibile sviluppare il secondo" (p.14). Mangini (2001) evidenzia come sia rischioso fare contrapposizioni troppo rigide: "perché mai si dovrebbe escludere una tendenza originaria dell'essere umano all'investimento sul proprio Io (dato che non potendo esistere alla nascita un oggetto differenziato è plausibile che il neonato prenda come oggetto il suo Io-corporeo, l'unico luogo in cui può 'sentire' qualcosa) e che ciò non escluda una tendenza parallela e progressiva all'investimento oggettuale di una figura materna che a poco a poco si differenzia?" (p. 288).

1.1.2 - Tra Freud e Winnicott

Abbiamo evidenziato come la dicotomia tra pulsione e oggetto non sia reale, in quanto il loro rapporto è, nel funzionamento psichico, non opposto ma dialettico, ma vedremo anche come, riferendosi alle concezioni di Freud e Winnicott, sia discutibile una netta ed esclusiva valorizzazione del pulsionale nel primo e del relazionale nel secondo. Winnicott è partito dal modello di Freud, ne riconosce l'importanza e sottolinea il suo debito verso la teoria psicoanalitica freudiana. Nonostante introduca il ruolo e le funzioni dell'ambiente nelle prime fasi dello sviluppo emozionale egli resta uno psicoanalista freudiano in quanto evidenzia come l'ambiente reale e l'infante sono osservabili sono nel transfert (Russo, 2015). Il modello di Winnicott sicuramente valorizza la funzione dell'ambiente ma quando parla del vero Sé evidenzia come il contatto con quest'ultimo sia consentito soltanto in un radicale isolamento: il vero Sé esiste quindi a patto che non sia mai messo in relazione con l'esterno. Winnicott rende esplicativo quello che è il narcisismo primario in Freud e rende possibile la comprensione dell'idea freudiana di Io-corporeo attraverso il suo pensiero, secondo il quale la prima idea che il neonato ha del proprio Io avviene attraverso il corpo manipolato dalla madre. Gaddini (1984) afferma come ormai sia possibile dare per acquisito, in seguito alle ricerche di Winnicott e altri psicoanalisti, che l'oggetto e il rapporto con quest'ultimo si formano gradualmente, in contemporanea con la formazione infantile del sé e che i processi che avvengono in questo periodo non richiedano ancora una struttura mentale. Winnicott (1958) negli anni del dopoguerra gradualmente scopriva e descriveva un'attività mentale primitiva che precede quella del funzionamento dell'Io e si riferiva a questa prima espressione della vita psichica con il termine "Sé". Pur non facendo esplicito ricorso al concetto di Sé, Freud ha sviluppato il suo pensiero in modo tale che emerga gradualmente una chiara differenziazione tra la funzione dell'Io come elemento organizzativo e integrativo, e l'esperienza soggettiva della propria esistenza. Questi aspetti, tuttavia, rimangono all'interno della sfera dell'Io, concetto ampio e dalle molteplici sfaccettature. Winnicott in *Sulla natura umana* (1988) sviluppa il proprio concetto di Io, definendolo come quella parte della personalità che tende, se le condizioni sono adeguate, a divenire integrata in un'unità (Thanopoulos, 2006) in quanto l'Io esiste allo stato potenziale sin dall'inizio ma la sua realizzazione dipende dalle condizioni ambientali ottimali e favorevoli (Russo, 2015). Infatti, se per Freud l'Io è un'istanza che prende origine dall'Es, per Winnicott (1965) l'Io, il quale nasce dall'ambiente, viene prima dell'Es e sarà dunque a partire dalla

relazione fusionale madre-bambino che l'Io potrà svilupparsi verso l'indipendenza: "l'Io è basato sull'Io corporeo, ma solamente quando tutto va bene la persona del bimbo comincia a legarsi al corpo e alle funzioni corporee, e la cute diventa la membrana limitante. Ho usato il termine personalizzazione per indicare questo processo" (p.61).

La ricerca psicoanalitica post-kleiniana è avvenuta ad opera dei singoli psicoanalisti, all'insaputa l'uno dell'altro e Gaddini (1984) afferma che tra le caratteristiche che accomunano i nuovi ricercatori troviamo che "la loro ricerca riguarda in modo focalizzato i primissimi tempi della vita, quando il problema mente-corpo è assolutamente dominante, e una struttura psichica non è ancora presente" (p.575). La nuova ricerca psicoanalitica, che si svolgeva soprattutto sulla psicosi infantile e sui pazienti adulti borderline e narcisistici, si è trovata a confermare ampiamente ciò che Freud (1914) aveva supposto come necessario: "siamo costretti a supporre che non esista nell'individuo sin dall'inizio un'unità paragonabile all'Io; l'Io deve ancora evolversi".

Freud e Winnicott, ciascuno con il proprio linguaggio, hanno sottolineato come la psiche sia innanzitutto la psiche infantile in stato di *Hilflosigkeit* e per entrambi gli autori il linguaggio adatto a conoscere l'anima dell'uomo non può che essere mitopoietico. L'immagine dell'infante in uno stato di dipendenza assoluta dalla madre è utile in analisi dove si cerca di toccare e cogliere qualche cosa dell'essere originario e delle esperienze precoci che hanno a che fare con un vissuto di impotenza. In analisi si tenta di dare forma a qualcosa che non è mai stato rappresentato e che rischia di inficiare la potenzialità psichica del paziente nel presente e, attraverso un lavoro di costruzione, si fanno quindi delle ipotesi rispetto al trauma scomparso. Per far questo il tentativo è quello di usare un pensiero congetturale, immaginifico e metaforico per dare parola a ciò che l'individuo immaturo ha incontrato quando l'Io era in condizioni di immaturità tali per cui non è riuscito a rappresentare né a dare significato all'esperienza. Tutta la concettualizzazione teorica presuppone una quota di pensiero congetturale in quanto, a partire da un livello descrittivo, gli autori hanno immaginato dei modelli e formulato delle interpretazioni speculative. La metodologia speculativa e immaginifica di Winnicott permette non solo di rappresentare quelle fasi della vita psichica in cui non c'è ancora una sufficiente costituzione dell'Io ma anche di poter dire qualcosa su quelle forme di sofferenza che chiamano in causa proprio la sua mancata o alterata costituzione.

Vedremo come il narcisismo primario di Freud e lo stato di non integrazione primaria di Winnicott sono da intendersi come postulati teorici che presentano elementi comuni, stati mentali fuori dal tempo nei quali l'infante può fare un'esperienza psichica di non

differenziazione, caratterizzati da quiete e da totale assenza di contatto e interesse per il mondo.

1.1.2.1 - Confronto fra i concetti di narcisismo primario, stato di non integrazione e Io primitivo

Nel 1945 Winnicott pubblicò *Lo sviluppo emozionale primario*, scritto che, come afferma Johns (2016), “costituisce le fondamenta per il suo enorme contributo successivo. In questo lavoro esamina i fondamenti più precoci e osservabili per il sé. Inizia con l’assunzione che all’inizio lo stato infantile comprende alcune se non tutte le fasi della non-integrazione, differenziandosi dalla Klein e da Fairbairn, che vedevano nel bambino una sorta di Io definibile può o meno sin dalla nascita” (p.35).

Accesi dibattiti si sono susseguiti sull’esistenza del narcisismo primario e in particolar modo sull’autoerotismo come fase anoggettuale dello sviluppo libidico, da quando Malanie Klein e Fairbairn hanno sostenuto come il neonato ricerchi da subito l’oggetto (Mangini, 2015). Il dibattito riguarda la domanda se esista un narcisismo primario che precede la formazione dell’Io e le relazioni oggettuali e dunque se esista uno stato in qualche modo indifferenziato e privo di oggetto ovvero, come affermano molti altri psicoanalisti e prima di tutti Klein (1952), se “amore e odio, fantasia, angoscia e difese [...] sono indivisibilmente connessi *ab initio* a relazioni oggettuali”. Se Freud ipotizzava l’esistenza di uno stadio antecedente alle relazioni oggettuali, un originario investimento sul primo abbozzo di Io, Klein giunse a sostenere che la percezione dell’oggetto è presente nell’*infans* fin dalla nascita, anche se parziale (seno materno). Occorre però evidenziare, sottolinea Contran (2015), come la posizione teorica dell’autrice nasca da dati osservativo-esperienziali e non da una costruzione metapsicologica, la quale “costituisce un ‘sapere congetturale’ e non la conoscenza di qualcosa che esiste in quanto tale”. Freud nell’opera *Analisi terminabile e interminabile* (1937) scrive: “non si può avanzare di un passo se non speculando, teorizzando – stavo per dire fantasticando – in termini metapsicologici” (p.508). Per Klein, così come per Balint e Rosenfeld, il narcisismo primario assoluto, ovvero quella condizione psichica originaria anoggettuale che per alcuni autori ha come modello la vita prenatale, non esiste in quanto l’essere umano fin dalla nascita è in relazione con l’oggetto primario (Musella, 2017) e il narcisismo come relazione con la propria immagine non può essere pensato all’interno di un contesto del

tutto privo di relazioni (Galimberti, 2018). Gli psicoanalisti kleiniani hanno posto l'origine del rapporto con l'oggetto al momento della nascita, il seno è per il neonato immediatamente oggetto ed è investito fin dall'inizio di cariche istintuali e ciò presuppone un Io, anche se primordiale. Se per Freud l'oggetto è soprattutto meta della pulsione, per la Klein l'oggetto è anche meta delle emozioni e delle fantasie del lattante (Contran, 2015) in quanto il bambino, dominato da fantasie inconsce, ricerca molto precocemente l'oggetto e dunque vi è una consapevolezza inconscia circa l'esistenza di quest'ultimo. Come evidenzia Johns (2016) "Winnicott, come Freud, vedeva il bambino come piccolo essere all'inizio indifferenziato da quello che un osservatore esterno potrebbe chiamare ambiente, senza alcuna consapevolezza diretta di sé o dell'altro, dell'interno e dell'esterno, di fantasia e realtà, sebbene riconoscesse che tale consapevolezza iniziasse a svilupparsi molto presto" (p.35). Winnicott essendo interessato a comprendere lo sviluppo maturativo, che inizia prima che il bambino conosca se stesso come la persona intera che egli è, postula teoricamente la "non integrazione primaria" (1988, p. 180), che è da intendersi non come stadio di sviluppo, bensì come uno stato dell'essere immaturo ancora privo di organizzazione psichica.

Narcisismo primario e stato di non integrazione primaria dell'infante sono dunque postulati teorici che permettono di immaginare uno stato fuori dal tempo e di arrivare a dire qualcosa su forme di sofferenza che parlano di un'alterazione o di un'insufficiente costituzione dell'Io. Si tratta di forme di sofferenza che chiamano in causa il narcisismo primario e che portano a domandarsi se c'è un Io, quanto si è costituito e se ci sono o meno dei confini. Il narcisismo primario di Freud e lo stato di non integrazione primaria dell'infante di Winnicott sono due concetti intesi spesso come diversi ma che rimandano a elementi di base comuni. Winnicott riconosce l'importanza dello studio della psicologia dello sviluppo: era un pediatra e aveva una vasta esperienza di bambini ma la teoria che ha poi sviluppato non è solo empirica, è anche congetturale. Egli, infatti, si chiede quando è il momento più precoce nel quale avviene qualcosa di importante dal punto di vista psichico e come poter procedere nella clinica per lavorare su questo stato dell'essere ancora privo di un'organizzazione psichica in grado di sperimentare pensieri e affetti. Dalle lettere a Ezriel (1952) e Fordham (1955) traspare la sua difficoltà nel tradurre le proprie intuizioni cliniche sugli stati originari dello psichismo in concetti e teorie e si dimostra consapevole del paradosso, che viene espresso efficacemente in *Paura del crollo* (1963), che lo psicoanalista incontra quando tenta di dire qualcosa sullo stato originario di un essere che non può testimoniare ciò che in quello stato di non integrazione sarebbe

accaduto. Come afferma Russo (2015) Winnicott, avvalendosi di uno sguardo metapsicologico, si interessa a fatti “accaduti in un ‘non luogo’, in un vuoto di rappresentazione, in mancanza di un soggetto che li abbia sperimentati” (p.198). Numerose correnti del pensiero psicoanalitico, soprattutto anglosassone, hanno abbandonato qualsiasi riferimento alla metapsicologia a favore del relazionalismo intersoggettivista o della ricerca empirica ma, come afferma Conrotto (2013), “dobbiamo tuttavia segnalare che tutti i differenti modelli psicoanalitici postfreudiani hanno creato, esplicitamente o implicitamente, una loro metapsicologia. Basti pensare, ad esempio, ai concetti di ‘invidia primaria’ e di ‘identificazione proiettiva’ formulati dalla Klein e a quello di ‘fenomeno transizionale’ di Winnicott. Essi rappresentano ipotesi teoriche di fondo utilizzate per illustrare e spiegare dei fenomeni clinici”. Possiamo dunque immaginare il narcisismo primario e lo stato di non integrazione primaria come stati fuori dal tempo e dal linguaggio, stati di quiete e solitudine fondamentale che possono esistere solo in condizioni di massima dipendenza. La solitudine è intesa in un’accezione positiva, ovvero si tratta di non dover rispondere all’altro, di non sentire troppo le pressioni dei bisogni e delle pulsioni, di poter fare un’esperienza psichica di non differenziazione senza che l’infante ne sia consapevole. Mangini (2003) evidenzia come la solitudine fondamentale implichi un paradosso in quanto può esistere solo in condizione di dipendenza assoluta e “come Bollas ha detto, l’idioma di ciascuno di noi, che caratterizza il nostro vero Sé [...] si sviluppa nella condizione di solitudine essenziale e di dipendenza totale” (p.366). Soltanto un radicale isolamento consente il contatto con il vero Sé e, come afferma Russo (2015): “da una solitudine fondamentale, senza tempo e non rappresentabile, emerge l’essere, che entra nel divenire storico” (p.201). Narcisismo primario e stato di non integrazione sono dunque stati ipotetici da cui emerge l’essere umano e dai quali egli, entrando nel divenire storico, potrà cominciare ad avere una storia, integrarsi e organizzare un Io in grado di elaborare una serie di eventi, anche traumatici. Winnicott (1963) afferma come sia “necessario ricordare che, nel periodo della dipendenza assoluta, quando la madre assolve alla funzione di io-ausiliario, l’infante non ha ancora separato il ‘non-me’ dal ‘me’; questo non può avvenire indipendentemente dalla costituzione del ‘me’” (p. 10). Come sottolineano Rosi e Trinci, Winnicott ripropone le concettualizzazioni relative alla maturazione dell’infante “alle prese con i primi processi di differenziazione tra il ‘non me’ e il ‘me’ per il raggiungimento dello ‘stato di unità’, con una membrana limitante, un dentro e un fuori e una realtà psichica” (*ivi*, p.3). Klein, afferma Russo (2013), “non fa alcun riferimento a quello stato in cui l’infante esiste

solo per merito delle cure materne” (p.200), non presuppone una non organizzazione totale come Winnicott né un narcisismo primario come intendeva Freud bensì parte da un'altra ipotesi speculativa: fin dall'inizio esiste nell'infante un bagliore di Io, un'unità organizzativa e dunque l'infante dispiega meccanismi difensivi primitivi fin da subito. Nonostante Winnicott e Klein partano da due modelli differenti entrambi pongono l'accento sul fatto che, quando siamo davanti a disturbi gravi, entriamo in contatto con delle qualità dell'angoscia che rimandano a stati primitivi della mente che l'infante incontra in condizione di immaturità (Mangini, 2003). Johns (2016) evidenzia che nello stato di non integrazione l'infante “non può sapere niente delle differenze, niente di ciò che diventerà un sé dotato di corpo e di un mondo interno [...]. ‘Io e non-Io’, dentro e fuori, non sono differenziati [...]. Questo stato di non integrazione è una condizione dinamica, uno stato all'interno e all'esterno del quale il bambino viaggia, forse molte volte al giorno” (p.35). Accanto e in contemporanea a tale processo, Winnicott postula quello di personalizzazione ovvero di “localizzazione del sé nel corpo” e sottolinea come “questi processi sono anche accompagnati dalla realizzazione, dalla consapevolezza del tempo, dello spazio e dell'alterità (*otherness*, l'essere dell'altro)” (*ibidem*).

1.1.2.2 - Psiche-soma e rispecchiamento

Nel suo articolo del 1949, *L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma*, Winnicott descrive per la prima volta la sua teoria della mente e evidenzia, come afferma Johns (2016), che “se tutto va bene nelle prime fasi della vita, ovvero se l'ambiente è adeguato e capace di adattarsi ai bisogni del bambino, la ‘mente’ sarebbe semplicemente ‘un caso particolare del normale funzionamento dello psiche-soma’, e non una sopravvalutata funzione intellettualizzante, che opera in sostituzione di un ambiente inadeguato” (p.76). Nel suo lavoro Winnicott descrive la graduale interrelazione della psiche con il soma “così come essi emergono dallo stato non integrato – ovvero - come una collusione psicosomatica” e sottolinea come nello stato di salute il corpo venga vissuto come contenente il sé (*ivi*, p. 77), individuando così nella corporeità il punto di partenza e di sviluppo dell'Io. Come evidenzia Mangini (2015) il corpo viene inteso da Winnicott “come psiche-soma originario, dal quale si differenziano progressivamente funzioni mentali che prendono il posto delle cure materne [...]. Il corpo, come oggetto psichico della psicoanalisi è un corpo ‘pulsionale’ del tutto diverso dal corpo anatomico della

medicina [...] e dal cervello delle neuroscienze” (p. 151). Verrà approfondito questo aspetto nell’ultimo capitolo dove, a partire dall’enunciato di Freud (1938) “la psiche è estesa, di questo non sa nulla”, sarà possibile esplorare come la psiche abbia le proprie radici nel corpo assente (Russo, 2013), ovvero quell’esperienza monistica dell’Io inchiodato al proprio corpo, precedente all’esperienza con l’altro. Corpo e psiche non designano due entità ontologicamente distinte bensì, come afferma Damasio (2000), “processi paralleli e mutualmente correlati che si mimano l’un l’altro [...] come due facce dello stesso oggetto [...] per rappresentare nella mente gli eventi del corpo” (p.260). A questo punto della discussione basti sottolineare che “dobbiamo riferirci a un’idea di ‘psichico’ che contiene integrati in sé sia gli elementi corporei sia quelli mentali” (*ivi*) e che per Winnicott, come afferma Pola (2017), “gradualmente arriviamo a vivere noi stessi come abitanti dei nostri corpi ed esiste una sola unità ‘psiche-soma’ [...]. Quando la mente è legata al corpo, attraverso l’‘holding materno’ si sviluppa il vero Sé. Isolata dal corpo, si potrà soltanto sviluppare il falso Sé”. Come evidenzia Innes-Smith (2003) Winnicott, riprendendo il concetto di Freud secondo cui l’Io è innanzitutto un Io corporeo, “considerò lo sviluppo di un senso di sé come originantesi attraverso l’interazione tra psiche e soma. Egli definì la psiche come elaborazione immaginativa di parti somatiche, sentimenti e funzioni che portano a una situazione in cui ‘il corpo vivente, con i suoi limiti e con un interno e un esterno, viene sentito dall’individuo come costituente il nucleo del sé immaginativo” (p.15). Tale riconoscimento dell’esistenza psicosomatica dell’infante definita nei termini di insediamento della psiche nel soma e, come vedremo nel paragrafo successivo, il riconoscimento dei legami con l’ambiente facilitante, conferiscono “alle sue teorie la loro originalità” (*ivi*, p.16). Winnicott (1970) evidenzia come “il termine *Io* può servire ad indicare quella parte della personalità umana in accrescimento che tende, in condizioni adatte, ad integrarsi in un’unità” (p.63) e prosegue, nell’ambito dello sviluppo dell’Io, con le seguenti parole: “L’Io è basato su un Io corporeo, ma solamente quando tutto va bene la persona del bimbo comincia a legarsi al corpo e alle funzioni corporee, e la cute diventa una membrana delimitante. Ho usato il termine *personalizzazione* per indicare questo processo”. Se l’ambiente mette in atto le sue funzioni, “la pelle diventa il confine fra il me e il non-me [...]; la psiche è venuta a vivere nel soma ed una vita psicosomatica individuale ha avuto inizio” (*ivi*, p.69). Dunque, una volta poste le basi per un senso di continuità di sé, il bambino inizia ad organizzare gli oggetti al di qua e al di là delle superfici di confine, facendo di questa membrana delimitante ciò che divide il mondo interno da quello esterno (Winnicott, 1962). Grazie

alle cure materne l'infante inizia a "costruirsi quella che si può chiamare *una continuità dell'essere*". Se tuttavia queste non sono abbastanza buone, costui non comincia ad esistere realmente, "giacché non v'è una continuità dell'essere; la sua personalità si struttura invece sulla base delle reazioni agli urti dell'ambiente" (p.60). Winnicott (1970) afferma che "il Sé, che non è l'Io, è la persona che sono io, che è solo me e che ha una totalità basata sull'operare del processo maturativo [...]. Il Sé si trova naturalmente collocato nel corpo, ma in certe circostanze può dissociarsi dal corpo o il corpo da esso. Il Sé riconosce se stesso negli occhi o nell'espressione del viso della madre e nello specchio, che può arrivare a rappresentare il viso della madre" (p. 294). Masina, Rossi e Ruggiero (2022) sottolineano come in tempi recenti abbia preso ampio spazio la ricerca nell'ambito delle neuroscienze "finalizzata a individuare la matrice neurobiologica del Sé, che nella sua forma originaria e minimale è radicata e inserita (*embodied e embedded*) nel corpo, nelle attività sensomotorie, collocate nelle aree corticali, sensoriali e motorie, e nei nuclei sottocorticali, che la collegano all'ambiente (Damasio, 2010; Northoff *et al.*, 2014)". Kohut, ispiratore della corrente della psicologia del Sé, ha fatto del narcisismo l'asse portante del suo pensiero teorico e ha postulato l'esistenza di due linee di sviluppo della libido, quella oggettuale e quella narcisistica, non più strettamente collegate tra loro ma indipendenti l'una dall'altra (Migone, 1993). Come evidenzia Contran (2015), è interessante questa operazione fatta da Kohut nel suo libro del 1971, in quanto sembra che proponga un ritorno alla prima fase della teoria delle pulsioni di Freud, quella che proponeva una dualità di pulsioni sessuali e di autoconservazione (o dell'Io). Ma Kohut, nei suoi contributi successivi tra cui *La guarigione del Sé* (1977) e *La cura psicoanalitica* (1984), modificò le sue concezioni affermando che esiste una sola libido, quella narcisistica, che grazie a rapporti empatici con le figure genitoriali definiti "oggetti-Sé" (Kohut, 1984, p.265) trasformerebbe il Sé in forme meno arcaiche. Secondo l'autore esiste uno stadio infantile, successivo al narcisismo primario, in cui si stabilisce il Sé grandioso del bambino, da ritenersi non patologico ma adattivo e, afferma Contran (2015), "in questa fase svolge una funzione fondamentale una presenza genitoriale capace di empatia e tenerezza rispecchianti (*Mirroring*) assicurando il consolidamento di questo arcaico Sé grandioso". Kohut (1971) parla di un "sano narcisismo" che può costituirsi soltanto grazie all'intervento dell'oggetto/altro per cui, come evidenzia Mangini (2015), "ha grande importanza la qualità libidico-affettiva con l'oggetto primario" (p.109). La funzione di rispecchiamento getta le fondamenta per quel movimento essenziale per cui prima l'altro, che non è visto come separato, deve riconoscere il bambino come individuo

unico perché egli possa poi auto-riconoscersi: l'altro chiama in causa la possibilità di un rispecchiamento simbolico. Lacan ha valorizzato il concetto di narcisismo e ha sottolineato, afferma Mangini (2001), la sua "importanza come primo momento fondante la formazione dell'Io attraverso l'esperienza narcisistica fondamentale che è lo 'stadio dello specchio' dove l'Io comincia col definirsi proprio a partire da un'identificazione con l'immagine dell'altro, segnalando dunque, anche in questo narcisismo primario, la presenza di una relazione, per quanto immaginaria" (p.296). Per Lacan la funzione dello specchio è quella di produrre uno sdoppiamento nel soggetto per cui egli può oggettivarsi nell'immagine speculare dell'altro da sé così da potersi riconoscere in un'alterità che lo identifica, in un'esteriorità che lo riflette (Contran, 2015) e l'Io, dunque, si struttura subito come "altro-da-sé". Lacan a partire dallo scritto *Lo stadio dello specchio come formatore delle funzioni dell'Io* (1966) introduce l'immaginario nella formazione dell'Io, concezione incompatibile con l'idea di mente come sede di immagini in quanto per l'autore è la mente immaginativa a produrre queste ultime (Russo, 2013). Inoltre, l'esperienza di cui parla Lacan non considera il relazionale nel senso affettivo del termine ed è per questo lontana da quel *sentimento di esistere* di cui parla Winnicott e che deriva dall'*holding* materna, intesa come funzione complessa. Winnicott, come Lacan, sottolinea l'importanza dell'onnipotenza infantile ma, afferma Mangini (2015), "individua l'elemento unificante dell'immagine corporea e dell'Io nello sguardo materno, mentre per Lacan l'illusione di essere 'Io' rimane confinata al registro dell'immaginario e quindi è destinata all'alienazione" (p. 116). Winnicott sostiene che il precursore dello specchio è il volto della madre nel quale il lattante si vede ed è da questo sguardo che l'*infans* riceve il primo riconoscimento del suo "essere" (Contran, 2015). Lo "psichico" emerge dunque dalle sensazioni corporee restando sempre in un rapporto di continuità con la matrice corporea originaria e quindi "possiamo pensare che, a partire dall'Io-corporeo, lo psichico possa assumere le funzioni di 'apparato', con uno spazio, confini e limiti, in grado di integrare le diverse funzioni [...]. Questa integrazione favorisce una significativa esperienza di sé (egoità), che dà un senso di 'unità' rispetto al funzionamento anarchico e frammentato della sessualità che caratterizza l'autoerotismo" (Mangini, 2015, p. 116). Il corpo di cui parliamo è dunque "un corpo-psichico, il corpo della psicoanalisi, un corpo che fin dall'inizio è un corpo sessuale che 'parla', anche se necessita di un ascolto per essere compreso" (*ivi*, p.149). Winnicott (1971) afferma che "il Sé si trova naturalmente posto nel corpo ma, in certe circostanze, può dissociarsi dal corpo nello sguardo e nell'espressione della madre e nello specchio che può giungere a rappresentare

il viso della madre [...]. Infine, il Sé arriva a un rapporto significativo tra il bambino e la somma di identificazioni che (dopo una sufficiente incorporazione ed introiezione di rappresentazioni mentali) si organizzano nella forma di una viva realtà psichica interna” (p. 56). La relazione tra la madre e il bambino diviene dunque fondante per lo sviluppo dell’identità e del senso di sé vitale e, come evidenzia Giustino (2013), è attraverso il rapporto reciprocamente creativo con la madre che “il bambino ri-conosce le sue doti innate e sperimenta il suo senso di esistere come persona”. Per quanto riguarda le funzioni corporee nello sviluppo dell’Io, Anzieu ha formulato il concetto di Io-pelle (1985), ovvero una rappresentazione mentale che si costituisce gradualmente nella mente del bambino, che è connessa al corpo biologico e grazie alla quale il bambino “riesce a sentire il proprio Io come capace di contenere materiale psichico, partendo dalla consapevolezza della propria superficie corporea, che gli fornisce la possibilità di differenziare lo spazio interno da quello esterno” (Inghilleri, 2022). L’Io-pelle, come afferma Anzieu (1977), “è basato su un’esperienza unificante e stimolante dell’epidermide come delimitazione, come difesa dall’eccitazione e come filtro per gli scambi mutui tra interno ed esterno” (p.8) e permette l’istaurazione di un involucro narcisistico grazie al quale possa svilupparsi l’apparato psichico e dunque operare investimenti sugli oggetti. Questo movimento è possibile solo dal momento in cui l’Io viene vissuto dall’infante come qualcosa che mantiene al proprio interno i contenuti psichici, allo stesso modo in cui la pelle mantiene all’interno i contenuti corporei.

1.1.3 - L'ambiente facilitante e la rêverie

Winnicott approfondisce lo studio dell’ambiente rispetto ai processi di sviluppo e di integrazione della persona sottolineando le funzioni che esso mette in atto e la sua complessità, dal momento che può promuovere o meno i processi di sviluppo e dovrebbe possedere la capacità di modificarsi in base ai bisogni dell’*infans* (Winnicott, 1963). Le cure ambientali hanno la funzione di rispondere ai bisogni fisiologici del bambino, proteggendolo dalle pressioni del mondo esterno e garantendo un “isolamento protettivo” che gli permetterà di crescere, rafforzarsi e affrontare gli urti della realtà in modo graduale. Quando le cose vanno bene “il processo dello sviluppo raggiunge uno stadio che permette all’individuo di passare dalla dipendenza all’indipendenza. È questa un’epoca dello sviluppo estremamente pericolosa, ed è principalmente quando la si

attraversa con successo che la salute mentale si stabilisce rispetto alla psicosi” (Winnicott, 1953, p. 298). In questo quadro, la capacità della madre di tenere in braccio il bambino (*holding*) e di manipolarlo (*handling*) permettono l’elaborazione immaginativa delle esperienze sensoriali e motorie che andranno a costituire il raggiungimento della coesione psiche-soma. Ferruta (2017) evidenzia come il concetto di *holding* sia “un’esperienza fornita dalla madre nei primi tempi di vita e dall’analista in certe fasi dell’analisi tramite la capacità di tenere insieme aspetti non integrati, di rendere possibili esperienze emotive dissociate, di attraversare il non conosciuto del timore del crollo potendo fruire della tenuta di qualcuno che tiene insieme con le braccia della mente e permette di fare esperienze di sé in relazione con l’altro mantenendo la continuità dell’essere nel tempo”. Come afferma Johns (2016) l’*holding* presenta un elemento temporale, in quanto essa deve essere “sufficientemente coerente e attendibile in modo che il bambino non sperimenti lo shock di una paura o di una tensione improvvisa” che viene esperita come un’interferenza “nello stadio in cui l’Io non integrato non può ancora riempire il vuoto immaginativamente. Tale shock produce un’ansia che Winnicott chiama *agonia primitiva*” (p.37). Quando invece l’ambiente è in grado di sostenere l’Io, il bambino, perdendo il senso di realtà senza però esserne sopraffatto, potrà fluttuare dentro e fuori l’integrazione ed essere protetto dall’agonia primitiva; in tal modo “il processo di sviluppo potrà proseguire ininterrotto così che gradualmente si stabiliscono le basi della mente nel corpo” (*ivi*). *Holding e Handling* sono due termini che riguardano non solo il corpo ma anche lo psichico e rispetto a questo Joyce (2016) evidenzia che Winnicott si rese conto della necessità, nei primi mesi di vita, di un lavoro per “poter rendere il bambino capace di raggiungere una qualche unità psicosomatica: il senso di essere nel suo corpo. Così le cure materne vengono concepite come una cura unificata di corpo, mente e psiche” (p.288) avviando e sostenendo lo sviluppo corporeo, cognitivo ed emotivo. Come evidenzia Goldstein (2003) “secondo Bion (1962), la predisposizione materna di uno stato di reverie pelle-a-pelle aiuta la matrice psicosomatica essenziale al sostegno del neonato prematuro (Bolk, 1926), nato al limite dello smembramento e in un vissuto impregnato della qualità dell’agonia, che Winnicott descrisse come angosce impensabili (Winnicott, 1962). Sono proprio queste angosce che vengono sostenute in uno stato speciale che Winnicott ha chiamato *holding*, dove il bambino è corpo-a-corpo con il corpo e la mente della ‘madre sufficientemente buona’” (p.131). Bollas (1987) afferma che “*la madre è più significativamente identificabile con un processo che con un oggetto*, processo che viene identificato con trasformazioni cumulative interne ed

esterne” (p.4). Questo autore a differenza di Winnicott pensa che la madre possa essere vissuta dal bambino come un processo che consente una serie di trasformazioni di parti di Sé e come il bambino abbia a che fare non con un oggetto rappresentabile “ma con una continua esperienza dell’essere, una sorta di conoscenza esistenziale [...]; con il suo stile di prendersi cura, la madre trasmette la sua estetica, e il suo modo, se sufficientemente buono, permetterà che il bambino introietti il contenimento e la continuità dell’essere [...]. Piano piano l’estetica della madre, il suo modo di prendersi fisicamente cura del bambino, si trasformano in estetica del linguaggio” (Mangini, 2003, p.358). La madre parla al bambino come se fosse un tutt’uno, un’unità psicosomatica, quando ancora quell’infante inerme non si sente tale, non avendo strutturato un senso di sé all’insegna di una continuità dell’esistenza. L’individuo immaturo non ha la possibilità di dare un significato alle proprie esperienze, agli stati del corpo e a quelli agonici, ma la madre “presta” le sue funzioni psichiche e mette in parola tali vissuti cosicché il bambino potrà costituirsi come individuo e come persona; questo può avvenire anche grazie al fatto che il bambino è stato a contatto con una mente pensante, con una mente che lo ha pensato, immaginato e desiderato ancora prima che egli si costituisse come soggetto. Giustino (2013) evidenzia come vi siano alcune analogie tra il concetto di “holding” di Winnicott e il concetto di “madre contenitore” di Bion: quest’ultimo “autore sviluppa, infatti, l’idea che l’identificazione proiettiva del bambino possa ricevere un primo grado di significato dalla madre tramite la capacità di quest’ultima di rendere ‘pensabili’ e ‘nominabili’ le angosce senza nome del bambino”. Partendo dallo scritto di Freud *Sui due principi dell’accadere psichico* (1911), Bion in *Apprendere dall’esperienza* (1962) amplia l’ipotesi di Freud e ritiene che il corpo sia il punto di avvio per i fenomeni di pensiero. Secondo l’autore la mente si sviluppa tramite un continuo processo di apprendimento dall’esperienza emotiva ed è in continua trasformazione, attraverso un processo dinamico. Secondo il pensiero di Bion, come evidenzia Pola (2017), “la capacità di contenimento ed elaborazione delle emozioni è alla base del fare esperienza e del poter utilizzare la funzione della mente, che viene esperita dal bambino sin dalla nascita ‘attraverso la *reverie* materna””. Bertolini (2015) sottolinea che “i pensieri beta, nel loro livello sensorio e motorio, permangono indigeriti, rimangono eventi non esperienza di sé, perché diventino esperienza occorre che si trovino a essere contenuti da un contenitore e che siano alfabetizzati in esperienza” (p.24). Bion (1970) scrive: “se vuole capire quello di cui ha bisogno il bambino la madre non può limitarsi a considerare il suo pianto semplicemente con la presenza di lei [...] ma dovrebbe prenderlo in grembo e accogliere

la paura che ha dentro di Sé, la paura di morire, perché è questa che il bambino non è in grado di tenersi dentro [...]. Una madre comprensiva è in grado di sperimentare questa angoscia che il figlio tenta di introdurre in lei attraverso l'identificazione proiettiva e di mantenere un sufficiente equilibrio" (p.159). Bion (1959, 1962) sarà il primo ad introdurre una differenziazione tra una forma di identificazione proiettiva normale ed una patologica e rispetto a questo Zuccarino (2015) evidenzia che "Bion, accanto alla primitiva funzione evacuativa descritta inizialmente da Klein, valorizza la dimensione interpersonale, comunicativa, che l'identificazione proiettiva contiene. Con Bion, l'identificazione proiettiva 'normale' diventa un'importante modalità di comunicazione non verbale, attraverso la quale l'organismo immaturo riesce a trasmettere sentimenti ed emozioni non ancora nominabili ad un oggetto recettivo. L'effetto che essa produce sull'oggetto che riceve la proiezione, ed il ruolo che esso ha nell'accoglierla e nel modificarla diventano parte fondamentale del fenomeno descritto, ponendo le basi della sua teoria del pensiero". Ferro (2002) sottolinea come Bion descriva "in maniera mirabile quell'accendersi iniziale della mente umana [...] nell'incontro tra la proiezione di angosce primitive e una mente capace di accogliere e trasformarle (*rêverie*)" (p.17). Quest'ultima non trasmette all'infante solo il prodotto di tale elaborazione ma anche "e direi soprattutto 'il metodo per compiere tali trasformazioni' (Bion, 1962,1963,1965)". La madre accoglie, attraverso l'identificazione proiettiva del neonato, esperienze sensoriali, emozioni, disagi fisici inelaborabili, e li restituisce arricchiti di senso, attraverso quella che Bion definisce "funzione alfa", ovvero la capacità della mamma di elaborare l'esperienza emotiva per trasformarla in elementi utilizzabili per il pensiero ed il sogno (elementi alfa). Zuccarino (2015) evidenzia che ciò che il neonato reintroietta "non sarà solo la propria originaria esperienza 'digerita' dalla mente materna, ma l'esperienza della relazione amorevole creativa con un oggetto recettivo, e capace di elaborazione emotiva: è identificandosi in questa esperienza interpersonale creativa che il neonato apprende, a propria volta, a pensare (Bion, 1962)". Bion e Winnicott, come afferma Giustino (2013), sebbene tramite differenti intuizioni e con riferimento a modelli teorici diversi, sembrano concordare su un punto fondamentale: "le madri che non possono accogliere, comprendere e rendere tollerabili (restituendole trasformate) le angosce primitive dei propri figli, fanno mancare loro una struttura psichica di base di cui hanno bisogno per costituire un senso di sé vitale. La cura analitica si configura allora come un'opportunità di contenimento e trasformazione di intollerabili angosce di morte

ed annientamento del Sé (che possono diventare pensabili) e può fornire un ambiente adeguato, uno spazio potenziale dove è possibile il cambiamento”.

Russo (2015) afferma: “ciò che Freud fa con il narcisismo primario, dal vertice di un’indagine metapsicologica sulla struttura e sul funzionamento della psiche umana, Winnicott lo fa con lo sviluppo primario, dal vertice di una relazione di cura infante-madre” (p.201). Inoltre, quest’ultimo approfondisce lo studio dell’ambiente rispetto ai processi di sviluppo e di integrazione della persona ed estende la teoria freudiana dei processi primari e del narcisismo assoluto alle influenze ambientali, inserendo “il ruolo dell’ambiente e dell’infanzia reale nell’infantile analitico freudiano” (*ivi*, p.202). Se, come afferma Mangini (*ivi*), le esperienze con l’oggetto primario sono negative, ovvero i bisogni non vengono prontamente soddisfatti e non c’è esperienza di rispecchiamento che consolidi un sano narcisismo, “verrà a mancare questo contenimento protettivo e gli eccitamenti autoerotici rimarranno scissi” (p. 114). Antoncicchi (2014) sottolinea che “se la funzione di protezione non è svolta adeguatamente si determinerà una frammentazione del senso di esistenza personale che può generare una minaccia di annichilimento (angoscia di disintegrazione)”. Giustino (2013) evidenzia come, secondo Winnicott, l’ambiente può esercitare un’influenza tale da distruggere la ‘continuità dell’essere del bambino’: “se la madre non conferma l’ipotesi del bambino di essere in grado di soddisfare anche da sé i propri bisogni, cioè non sostiene e facilita il senso di ‘onnipotenza’ infantile, allora l’infante soffre dell’esperienza della ‘pressione ambientale’ e sperimenta la sensazione di annichilimento. Questo causa gravi interferenze nello sviluppo della personalità con la costituzione difensiva di un falso Sé”.

1.2 - Fallimento dell'ambiente: la paura del crollo

L’ambiente facilitante offre la possibilità al bambino di vivere un’esperienza di onnipotenza e di sostare in uno stato transitorio dove egli possa sperimentare l’illusione di essere lui a creare l’oggetto. Questa sfera di illusione (Winnicott, 1948) consente al bambino di non entrare troppo prematuramente a contatto con l’urto di realtà, la quale verrà incontrata attraverso un progressivo venir meno dell’accomodamento. Il termine illusione assume un valore nuovo nell’opera di Winnicott, in quanto non è più sinonimo di errore, bensì fondamento ontologico del soggetto. Se la funzione di protezione non è svolta adeguatamente, l’individuo va incontro a “un’esperienza in cui vi sia mancanza di

un adattamento attivo sufficientemente buono” e a “distorsioni psicotiche individuo-ambiente” (Winnicott, 1953, p. 300), che portano alla perdita del senso di Sé. Il fallimento dell’ambiente può lasciare il soggetto in preda ad angosce agoniche e di non integrazione e produrre quegli effetti che troviamo descritti nella *Paura del crollo* (1963).

1.2.1 – Illusione e fenomeni transizionali

Winnicott ha sempre evidenziato nella matrice relazionale all’origine della vita psichica l’elemento del divenire e, come afferma Ferruta (2017), “l’uso dei verbi (come ‘sentire qualcosa’, ‘arrivare a conoscere i sogni’) sembra indicare il fatto che egli si sta occupando di processi di trasformazione, di lavoro psichico, di un percorso che transita tra la realtà interna e la realtà esterna, per produrre fenomeni transizionali come espressione della creatività personale del soggetto, sempre mantenendo la continuità dell’essere nel tempo”. Winnicott parla della possibilità che l’individuo immaturo sia conosciuto, riconosciuto, investito e integrato nella mente di un altro attraverso una serie di funzioni che esso mette a sua disposizione. L’individuo comincerà poi a dispiegare le sue potenzialità per andare verso un’integrazione che riguarda anche la possibilità di poter iniziare ad articolare una relazione tra mondo interno ed esterno. Questo ha a che fare con la possibilità di istituire quell’area intermedia che Winnicott (1953) chiama l’area dei fenomeni transizionali, uno spazio di illusione che consente al bambino di non entrare troppo prematuramente a contatto con l’urto di realtà. Questo è uno spazio, afferma Russo (2015), “dove avviene un primo abbozzo di separazione, ma manca il linguaggio e la parola [...]; un punto-momento nel quale la relazione tra me e non me non è stabilmente differenziata, perché l’Io non è ancora strutturato [...], uno spazio dove si entra e si esce. È lo spazio di transizione, che prepara la separazione tra il Sé e l’oggetto e la formazione di una identità soggettiva privata” (p. 138). Come evidenzia Ferruta (2017) “i processi di soggettivazione nell’accezione di Winnicott comportano la valorizzazione degli oggetti incontrati per la costruzione di sé, ma al tempo stesso anche del lavoro psichico operato dal soggetto [...]. L’oggetto è importante, in quest’area, per le sue caratteristiche percettive e il soggetto per il suo lavoro trasformativo di sé come creatore dell’esperienza”. Quando Winnicott parla di oggetto transizionale si riferisce soprattutto al lavoro psichico che il soggetto riesce a fare attraverso l’oggetto. Come afferma Uselli (2013): “immaginiamo quest’area all’inizio come un’impercettibile fessura: mamma e

bambino costituiscono un'unità, le cure materne si adeguano ai bisogni del bambino in modo tale da creare in lui un'illusione di completezza, di onnipotenza magica". Quest'area non è completamente soggettiva né completamente oggettiva e l'individuo non la cancella mai del tutto in quanto è conservata dall'adulto, ad esempio nell'arte e nella vita immaginativa (Giustino, 2015). È importante che il *caregiver*, dal momento che occupa una posizione di asimmetria, non chieda mai all'individuo in divenire chi abbia creato l'oggetto in quanto andrebbe a istituire un limite troppo prematuramente; rispetto a questo Winnicott (1951) afferma come l'oggetto transizionale sia "un accordo tra noi e il bambino sul fatto che non gli chiederemo mai: 'sei tu che l'hai creato o ti è stato presentato dall'esterno?'. L'importante è non aspettarsi nessuna risposta su questo punto. Non è una domanda da formularsi" (p.288). La madre sufficientemente buona è in grado di fornire al bambino un'esperienza di onnipotenza che poi gli consentirà di accettare la realtà attraverso un progressivo venir meno dell'accomodamento e grazie alla presentazione del mondo a piccole dosi così da indurre il principio di realtà. Riflettendo sul ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo e quindi come essa sia alla base della creatività, vediamo come Lanza e Bovet (2016) sostengono che "l'illusione, che è l'illusione di creare l'oggetto, che è però già lì *disponibile per essere creato*, fornisce al bambino la possibilità di godere dell'*illusione* della creazione [...] per poi giungere gradualmente a riconoscere l'elemento illusorio, presente nel gioco e nell'immaginazione" (p.147). Questa è la base per il simbolo, il quale, afferma Winnicott (1970), è "dapprima *sia* la spontaneità o allucinazione del bambino *sia anche* l'oggetto esterno creato e infine investito libidicamente" (p. 163). Come evidenzia Joyce (2016) "non vi è nulla di mistico in questo *sufficientemente buono*, ma si basa sulle esperienze di vita della madre come queste: ella è stata una volta un bambino; inconsciamente ha memorie di essere stata un bambino; di essere stata oggetto di cure [...], a livello inconscio ella conosce estremamente bene ciò di cui il suo bambino ha bisogno" (p.287). La madre dovrebbe essere sufficientemente buona e non perfetta. È necessario, infatti, che non interferisca eccessivamente con i processi fisiologici. Come scrive Pontalis (1988): "ciò che è in causa non è più l'incorporazione di un oggetto, nella sua *troppa presenza*, positiva e negativa, bensì la costituzione progressiva dell'*assenza*. La madre assente fa il nostro interno e il nostro 'vero Sè' è la relazione, mantenuta viva, con questa assenza, senza di che il sentimento di essere e di vivere verrebbe a mancare" (p. 184). Uselli (2013) afferma infatti come "le inevitabili imperfezioni delle cure materne, fatte di ritardi, di inadeguatezza, di distrazioni, confluiscono nell'esperienza della separazione

e provocano in lui una graduale percezione dei propri limiti, dei propri confini. Quest'evoluzione può avvenire in modo non traumatico, quando l'impercettibile fessura dell'inizio si allarga, diventando uno spazio sempre più vasto, popolato di oggetti transizionali, rappresentanti simbolici dell'unità primitiva, intermediari tra io e non io". Le delusioni inevitabili e i vissuti di frustrazione e impotenza introducono il soggetto nella dimensione del limite e nella realtà della propria finitezza. Winnicott giungerà a esprimere in maniera definitiva il concetto di illusione nel saggio *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali* (1951): "un approccio del soggetto al mondo esterno non sufficientemente sostenuto dall'illusione, produrrebbe un'incapacità di dare un senso all'esperienza" (Usuelli, 2013). Russo (2013) sottolinea che se lo spazio potenziale non si costituisce per il fallimento dell'ambiente "non c'è neanche la funzione-specchio della madre. Il soggetto rimane in balia di angosce di non integrazione [...] e la parola è vuota [...]. Per descrivere gli affetti che caratterizzano gli stati di 'non senso di sé', di mancanza dell'identità primaria, Winnicott propone il modello de 'La paura del crollo'" (p. 139). Qui Winnicott parla di un fatto clinico che l'analista incontra con certi pazienti, che vivono nel terrore costante di subire un crollo e che hanno una modalità di organizzazione nella quale, al posto dell'Io, c'è un sistema difensivo che cerca di proteggere dall'agonia sottostante. Come scrive Green (2016): "in accordo con Winnicott, il crollo è la conseguenza di un fallimento o di un collasso nell'organizzazione delle difese. C'è un crollo del sé unitario" (p. 202). Il sistema difensivo non permette di esplorare il vero Sé e, funzionando all'insegna di un falso Sé, il paziente finisce per vivere tutta l'esistenza in attesa di un crollo che immagina arrivare.

1.2.2 - Agonie impensabili

Winnicott già a partire da *Lo sviluppo emozionale primario* (1945) cerca di gettare un ponte tra lo studio di tale sviluppo e lo studio dei pazienti gravi chiedendosi in che modo il primo possa essere utile in analisi; l'ipotesi che formula è che, laddove vediamo forme pervasive di sofferenza, abbiamo a che fare con qualcosa che è avvenuto nell'impensabile prima. Egli cerca di capire come nella clinica possano prendere forma dei fenomeni che ci aiutano a immaginare qualcosa rispetto a ciò che è accaduto, o che sarebbe dovuto accadere, nell'incontro tra un individuo in una condizione d'impotenza e un ambiente (facilitante o meno) di cui quell'individuo immaturo può aver fatto esperienza pur non

potendo, a quel tempo, dare significato ed elaborare potenziali urti traumatici. Rosi e Trinci (1989) affermano come “l’ambiente facilitante, ma ancora prima l’ambiente ‘interno’ – che precede il termine di madre introiettata – l’*holding*, la dipendenza assoluta, i processi di insediamento della psiche nel soma (personalizzazione), sino all’instaurarsi di una relazione d’oggetto sono dunque, assieme al postulato di una non integrazione primaria, le argomentazioni teoriche utilizzate da Winnicott nella disamina, attraverso l’esperienza clinica, della paura del crollo” (p.3). In *La paura del crollo* (1963) Winnicott parla di un fatto clinico che l’analista incontra con certi pazienti essendo “la paura del crollo una caratteristica rilevante in alcuni pazienti, ma non in altri. Da questa osservazione, supponendo che sia esatta, è possibile trarre la conclusione che la paura del crollo si origini in relazione alla passata esperienza del singolo individuo e a varianti ambientali” (p.7). Gli individui di cui parla vivono nel terrore costante di subire un crollo ed hanno una modalità di organizzazione nella quale, al posto dell’Io, c’è un sistema difensivo che ha occupato l’individuo dall’interno e non permette di esplorare il vero Sé cosicché, funzionando all’insegna di un falso Sé, la persona finisce per vivere tutta l’esistenza in attesa di un crollo che fantastica essere dietro l’angolo. Russo (2015) afferma come “questi soggetti hanno il terrore di un crollo identitario, che è già avvenuto nel passato, ma di cui non si può parlare perché non è entrato nella rappresentazione dell’Io [...]. Nei casi di paura del crollo è in questione il fallimento originario dell’ambiente e dell’oggetto responsivo” (p.139), fallimento che impedisce all’Io di integrare corpo e psiche e di formare un primario senso di sé. La madre sufficientemente buona fornisce al bambino un’esperienza di onnipotenza che poi retrocede gradualmente facendo sì che il crollo dell’illusione onnipotente non sia né troppo intenso né troppo precoce; l’urto non va evitato ma è qualcosa che va incontrato in quantità giuste e al tempo giusto dal momento che il quantum dell’urto va sempre messo in relazione con il grado di maturità dell’Io. Winnicott (1963) evidenzia come il trauma implichi una rottura nella continuità dell’esistenza del bambino, un crollo della fiducia e un dispiegamento di difese primitive per difendersi da un’angoscia impensabile. Ogden (2005) sostiene come l’*holding* voglia dire essere nel tempo del bambino: se l’oggetto non è presente nel tempo del bambino quest’ultimo rischia la perdita della sua rappresentazione e quindi, come afferma Green nel suo lavoro sul negativo del 1983, rischia un vuoto di rappresentazione, un’assenza di memoria e la temporalità cessa di esistere in quanto il tempo viene spogliato del presente (Mangini, 2003). Winnicott, a differenza di Freud, indaga su livelli della psiche mancanti di inconscio rimosso, dove gli affetti sono agonie impensabili, le quali

riguardano la psiche in uno stato di dipendenza assoluta e che non hanno sede nell'Io, essendo quest'ultimo immaturo e non integrato (Russo, 2015). Nello stato di non integrazione il soggetto immaturo, non ancora individuo, è sempre sull'orlo di una "impensabile angoscia" (Winnicott, 1962) e su tale soglia agonica, fra esistenza e non esistenza, vi sono eventi accaduti ma non sperimentati di cui il soggetto non conserva memoria ma che si ripetono nel transfert della cura. Si tratta di eventi minacciosi, come il ritorno ad uno stato di non integrazione, l'andare in pezzi, il cadere sempre, la mancanza di relazione con il corpo, la perdita del senso di realtà (Winnicott, 1970). Questi non hanno a che fare con un trauma tradizionalmente inteso bensì con un urto che, in mancanza di una struttura difensiva adeguata, non ha trovato luogo psichico in grado di contenerlo (Winnicott, 1962). Per questo motivo non possono che ripetersi a posteriori (*après-coup*), nel presente. Orofino (2010) evidenzia come l'infante proietti nella madre (in stato di *rêverie*) gli stati emozionali che non è ancora in grado di elaborare e "l'importanza del lavoro psicologico inconscio realizzato dalla madre e necessario al bambino per poter vivere senza angoscia le prime esperienze affettive. Le paure del bambino, proiettate su una madre incapace di *rêverie*, gli vengono restituite come *terrore senza nome* (Bion, 1962)". La paura del crollo riguarda in particolare individui che funzionano secondo quello che Winnicott chiama falso Sé ma, in un altro modo e con un'altra intensità, è ciò che tutti quanti conosciamo. Il timore del crollo comprende vari tipi di esperienze, lo si può incontrare in alcune forme di funzionamento nevrotico ad analisi avanzata e più spesso nei trattamenti dei pazienti cosiddetti gravi (psicotici o stati extra-nevrotici) nonché in alcuni momenti di tutte le analisi quando si apre un crocevia di cambiamento. Nei momenti di passaggio ci può essere un vissuto di crollo. Winnicott invita a riflettere su come nelle analisi si possa aiutare il paziente a vivere un'esperienza bizzarra in quanto, afferma Russo (2015), "la verità che il paziente deve accettare sarebbe che quanto non è stato ancora sperimentato è, pur tuttavia, avvenuto nel passato [...], è un fatto di cui il soggetto non può conservare memoria in quanto non era là, ma che si ripete nel transfert [...]. A questo livello la teoria non è empirica ma congetturale, perché il fatto è accaduto in un 'non luogo', in un vuoto di rappresentazione, in mancanza di un soggetto che lo abbia sperimentato" (p.198). Per Winnicott (1963) la costante paura del crollo, della catastrofe, è quella "*che è già stata sperimentata*, la paura dell'agonia originale che ha determinato quell'organizzazione difensiva che il paziente ora mostra come malattia" (p. 108). Negli stati di grave crisi identitaria non c'è l'angoscia di castrazione in quanto l'oggetto non è né fantasmatico né pulsionale, dunque, non entra

nel mondo della rappresentazione essendo l'oggetto della dipendenza assoluta. L'angoscia di castrazione è infatti, come evidenzia Russo (2013), "uno stato affettivo evoluto, di cui l'essere umano dispone per dare retrospettivamente forma di pensiero e di parola a stati angosciosi arcaici, altrimenti impensabili [...]. L'Io nevrotico non sente il vuoto [...], è un Io troppo impegnato nella conservazione del rimosso nell'inconscio" (p.130). Nelle nevrosi l'Io sperimenta quel sentimento elementare che è il senso di sé che, come sottolinea Russo (2009), "si forma nella relazione dell'infante con la funzione-specchio della madre" (p.55). Green utilizza la definizione di psicosi bianca per descrivere quei quadri, psicotici e borderline, in cui il vuoto e il disinvestimento radicale nascono dall'esistenza di una duplice angoscia: di separazione da una parte e d'intrusione dall'altra (Mangini, 2003). In entrambi i casi l'assenza non può essere rappresentata in quanto l'oggetto intrusivamente presente, poiché non è mai assente, non può essere pensato, portando alla paralisi del pensiero (Green, 1990). Russo (2015) afferma come Winnicott contrapponga "all'angoscia di castrazione la paura che nel futuro avvenga il crollo dell'unità del Sé, che in realtà è già avvenuto nel passato, ma che l'Io immaturo non è stato in grado né di sperimentare, né di rappresentare" (p.140). Una paura che è rimasta in attesa di essere ripresa nel presente ma che all'epoca del crollo ha generato gravi deformazioni dell'organizzazione psichica. Alle agonie primitive legate al crollo elencate da Winnicott, Russo (*ivi*) aggiunge la paura di perdere il senso di sé "che si manifesta con il terrore di una morte psichica annunciata, perché già avvenuto nel passato" (p. 140). Continua l'autore: "È quella che chiamo agonia identitaria. Sto cercando di descrivere soggetti che vivono la loro vita quotidiana [...] sotto il segno del terrore di minacce future [...], persone falsamente integrate che non conoscono quel sentimento di interiorità dato dall'identificazione primaria con l'altro" (*ibidem*). Molti degli individui che vivono tale agonia non sono stati né sostenuti da uno sguardo materno né rispecchiati: sono individui fragili che non conoscono il sentimento di interiorità.

1.3 - Niente al Centro

Come abbiamo visto se la funzione di protezione non è svolta adeguatamente, l'individuo va incontro a distorsioni psicotiche che conducono alla perdita del senso di sé. Il fallimento ambientale può lasciare dunque l'individuo in preda ad angosce agoniche e il sistema difensivo patologico che va a costituirsi protegge dall'agonia primitiva

sottostante. Come afferma Winnicott (1963) “la paura del crollo è *la paura di un crollo che è già stato sperimentato*: la paura dell’agonia originale che ha determinato quell’organizzazione difensiva che il paziente ora mostra come malattia” (p.108). Il sistema difensivo non permette di esplorare il vero Sé e, funzionando all’insegna di un falso Sé, il paziente finisce per vivere tutta l’esistenza in attesa di un crollo che immagina arrivare. Come sostiene Guyomard (2009) per il falso Sé la vita è ridotta “alla sottomissione, all’adattamento, alla menzogna e alla perdita di Sé”. Anche Winnicott in *Niente al Centro* (1959) descrive questo processo, presentando il caso di pazienti che hanno costruito un falso Sé in reazione all’ambiente, un adattamento che porta alla perdita della propria parte spontanea, una rinuncia alla creatività, quindi al vero Sé. Kahn (1963) sostiene che per Winnicott “tutti i parziali insuccessi e l’insufficienza, nella prima infanzia, dell’ambiente di sostegno (il ruolo materno di scudo protettivo) sollecitano nel fanciullo e nell’adulto la coazione a correggere gli squilibri e le dissociazioni intervenute nell’interazione dell’Io” (p. 50).

1.3.1 - Sistema difensivo falso Sé

Inizialmente una “madre sufficientemente buona” (Winnicott, 1970, p.163), consentendo l’onnipotenza infantile, permette lo sviluppo successivo della capacità di simbolizzazione. Winnicott collega il concetto di un vero Sé con il gesto spontaneo ed evidenzia che “la fonte del gesto è il vero Sé ed il gesto indica l’esistenza di un vero Sé potenziale” (*ivi*, p. 162). Il vero sé è conseguenza del ripetuto successo della madre nel rispondere e andare incontro al gesto spontaneo o all’allucinazione sensoriale del bambino. Con i fallimenti graduali delle risposte della madre, l’esperienza di onnipotenza viene piano piano abbandonata e, come afferma Johns (2015), “diventa possibile il riconoscimento della realtà insieme alla spontaneità e all’autenticità: il ‘vero sé’” (p. 39). L’adattamento relativamente buono della madre ai gesti del bambino e ai suoi bisogni non urta con la sua onnipotenza e l’infante, afferma Winnicott (1970), può iniziare a “godere l’*illusione* della creazione e del controllo onnipotente per poi giungere gradualmente a riconoscere l’elemento illusorio, il fatto di giocare e di immaginare” (p.163). L’esperienza di *illusione*, come abbiamo evidenziato nel sotto-capitolo dedicato, è alla base del processo maturativo in quanto, evidenzia Bove (2016), “fornisce l’origine del senso dell’esperienza del proprio Sé, della consapevolezza di sé e del fatto di essere vivi”

(p.147). Winnicott definisce il vero Sé come la parte più autentica dell'individuo, “la parte che crea il senso della vitalità, l'idioma della nostra personalità, per dirlo con le parole di Bollas” (Mangini, 2003, p.361). Bollas (1989) concorda quando Winnicott sostiene che il vero Sé è una disposizione ereditaria, “una potenzialità ereditata di sentire la continuità dell'esistenza e di acquisire a modo proprio con un proprio ritmo una realtà psichica e uno schema corporeo personali” (Winnicott, 1960, p.53)

La “madre non sufficientemente buona”, afferma Winnicott (1970), fallisce ripetutamente nel rispondere al gesto dell'infante e “vi sostituisce il proprio gesto chiedendo al figlio di dare ad esso un senso tramite la propria condiscendenza. Questa condiscendenza è lo stadio primario precoce del falso Sé” (*ivi*, p.163). Tale madre non risponde al bambino con sensibilità ed empatia e quest'ultimo finisce per non avere altra possibilità che rispondere alle richieste dell'ambiente nascondendo la propria parte spontanea, ovvero il vero Sé. I gesti della madre alieni alle richieste del bambino diventano invasivi e non tollerabili, lo costringono ad un falso sé che “è dunque una difesa contro l'annichilimento spaventoso del vero sé” e lo rendono incapace di usare simboli (Johns, 2016, p.39). L'individuo sano invece, nonostante mostri aspetti di compiacenza del Sé, presenta la capacità di usare simboli e dunque, afferma Winnicott (1970), “la salute qui è strettamente legata alla capacità dell'individuo a vivere in un campo intermedio fra sogno e realtà [...] al contrario, gli individui in cui esiste un alto grado di scissione tra il vero Sé e il falso Sé che lo nasconde, presentano una scarsa capacità di usare simboli ed una vita culturale carente” (p.168). Un'interruzione della continuità nei primissimi tempi di vita, quando il bambino è ancora impegnato nella costituzione del *me*, può generare una grave rottura nel processo di maturazione e questo fa sì che, come evidenziano Lanza e Bovet (2016), “la struttura del Sé crolli precocemente. Il bambino rimane così solo a gestire dosi intollerabili di angoscia, non disponendo di un'adeguata organizzazione difensiva dell'Io” (p.145). Ci troviamo di fronte a un ambiente che si configura “quale elemento invasore dello spazio vitale soggettivo del bambino [...] determinando uno stato che potremmo definire di soffocamento, di compressione, fino all'annientamento delle potenzialità del Sé. Il Sé nucleare si trova così circondato e coartato [...], si barricherà dietro difese massicce”. (*ibidem*). Questo trauma precoce diviene una minaccia per il Sé nucleare e quest'ultimo svilupperà difese primitive non secondo una relazione causa-effetto ma in relazione al trauma (Winnicott, 1962). L'esperienza di un ambiente non sufficientemente facilitante ha spinto quell'individuo immaturo ad organizzare una sua struttura difensiva che è andata a occupare il posto dell'essere: questa struttura, che era

strettamente necessaria e funzionale nel tempo passato, impedisce la possibilità di sviluppare un sé creativo e autentico. Le *personalità falso sé*, come sottolinea Johns (2016) “possono essere di successo, in superficie, ma vuote” (p.39), l’assenza di malattia mentale può essere sanità, ma non è vita (Winnicott, 1963). Come afferma Guyomard (2009) “il vero sé è il sé creativo, la capacità d’iniziativa, di enunciazione, di creazione di pensiero [...]. Presuppone che essere vivi, vivere la propria vita in modo vitale non sia mai separabile dal senso che può avere la vita. Per il ‘falso sé’, il senso della vita è ridotto alla sottomissione, all’adattamento, alla menzogna e alla perdita di sé” (p.5).

Winnicott (1970) evidenzia come il concetto di falso Sé sia importante per il lavoro psicoanalitico e come sia “più utile riconoscere la non-esistenza del paziente che non svolgere un lungo lavoro con lui sulla base dei meccanismi di difesa dell’Io” (p. 170). Nel caso di un paziente Winnicott afferma che il lavoro ha avuto inizio solo quando “gli feci chiaramente comprendere che mi rendevo conto della sua non-esistenza [...] egli si sentì riconosciuto per la prima volta [...] questo riconoscimento aprì la strada alla comunicazione con il vero Sé” (*ibidem*).

1.3.2 - Manifestazioni della dimensione difensiva patologica falso Sé

I pazienti descritti da Winnicott in *Niente al Centro* (1959) hanno costruito un falso Sé in reazione all’ambiente, un adattamento che porta alla perdita della propria parte spontanea, una rinuncia alla creatività, quindi al vero Sé. Nel testo di Winnicott sono riportati due casi emblematici nei quali i pazienti avevano una vita apparentemente soddisfacente, anche ricca di successi professionali e familiari. La prima paziente è una giovane attrice, attraente e vitale, “che piaceva molto alla gente. Posso dire anzi che questo è un esempio della principale difesa di questa paziente” (Winnicott, 1959, p.63). Il secondo caso riguarda un medico che, padre di famiglia e professionista affermato, aveva dovuto scoprire, come anche la prima paziente, “in se stesso un nulla centrale” (*ivi*, p. 65). Come scrive Guyomard (2009) “l’una aveva per molto tempo ‘sguazzato’ nella depressione, e se ne proteggeva attraverso delle difese maniacali; l’altro, in difficoltà nella sua vita e nel suo godimento sessuale, ‘sguazzava’, nell’analisi. L’uno e l’altra ritrovano la vita e la vivacità, ‘quando non c’era più niente a cui reagire’. Il falso sé è costruito attraverso reazioni all’ambiente senza illusioni di crearlo: non ha fatto che adattarsi, perdendo così l’iniziativa e la spontaneità che sono il segno del vero sé. Quando la reazione non è più

appropriata, quando avviene ciò? ‘In questo particolare paziente fu di importanza vitale che io potessi riconoscere che al centro non c’era nulla ’” (p.21). Entrambi i pazienti hanno dovuto scoprire in se stessi un nulla centrale proprio quando, afferma Winnicott (1959), “a un certo punto eliminammo gradualmente tutti gli stimoli e quando non ebbe più nulla a cui reagire divenne una cosa nello spazio, inconsapevole del tempo e del luogo in cui si trovava” (p. 65). Nel caso della paziente vediamo come durante una seduta in cui “era nella sua posizione abituale di difesa maniacale, nella quale tutto andava bene e tutti l’amavano” (*ivi*, p.64) osservò come la sua felicità era data dal fatto che stavano succedendo alcune cose nella sua vita ma come lei “sotto sotto rimaneva la stessa. Io interpretai che se non accadeva nulla a cui potesse reagire, c’era il rischio che arrivasse al centro di se stessa, dove sapeva che non c’era niente. Dissi che quel nulla al centro era la sua terribile fame: il buco nel mezzo” (*ibidem*). Paziente e analista avevano così trovato “una definizione soddisfacente del suo vero Sé e, allo stesso tempo, del suo appetito” (*ivi*, p.65). L’analista non ha colluso con la difesa maniacale della paziente, difesa che si è costituita come reazione all’investimento e all’intrusività dell’altro, ma ha riconosciuto qualcosa di reale in lei, ovvero il suo vuoto centrale.

Già da questi esempi si mostra come potente possa essere l’organizzazione difensiva del falso sé. I pazienti sembrano svolgere una vita apparentemente soddisfacente ma riescono ad evolvere dal loro malessere solo nel momento in cui possono, attraverso l’analisi, riconoscere il loro vuoto centrale e questo potrà essere un punto di partenza per ricostruire il vero sé. In realtà la manifestazione del falso sé è quantomai multiforme e, come evidenzia Quinodoz (2004) parlando dei *pazienti eterogenei*, “da un lato, essi sono in grado di simbolizzare e utilizzare meccanismi psichici secondari, dell’ordine della nevrosi. Dall’altro, pur non essendo psicotici, fanno ricorso a meccanismi più arcaici dell’ordine della psicosi, come il diniego, la proiezione, l’identificazione proiettiva massiccia e diverse forme di scissione. L’entità di tali meccanismi può ostacolare il funzionamento della capacità simbolica, che peraltro questi pazienti mostrano in determinate circostanze” (p. 23).

Vediamo il caso del paziente descritto da Balsamo (2013) in *Movimenti dell’identico nella relazione analitica* che è dominato da una fissità senza speranze e che si presenta all’analista con queste parole: “può un’analista cambiare il passato? Mia madre era psicotica, mio padre alcolista, mia sorella è stata assassinata dal marito perché voleva separarsi da lui, e questi, dopo dieci anni di manicomio, tornato nella casa in cui aveva ucciso mia sorella, si è impiccato: ora, mi dica lei che può fare ... forse può darmi qualche

interpretazione, ma i fatti restano. Si ricorda di quel detto? *Historia magistra vitae?* Quando qualcosa accade, accade per sempre” (p. 621). Questo inizio privo di speranze, caratterizzato dall’ “identico”, ovvero una specie di fissità immobile e senza tempo, con l’analisi inizia a trasformarsi in “stesso, a una ripetizione con trasformazioni seppur minimali” (*ivi*, p.622). Un nucleo identitario nel quale “comunque finiamo per riconoscersi e che ne garantisce la consistenza simbolica, è dato dal patto originario stabilito con il genitore che si è fatto garante della *permanenza* di un *quid* riconosciuto all’*infans*” (*ivi*, p.624). Questo patto originario determina quel nucleo nel quale ci permettiamo di riconoscere nonostante i cambiamenti, i processi identificatori e l’evolvere del tempo. Questo “tema” centrale assume caratteristiche diverse e lo si può collocare lungo uno spettro che va “da una forma proposta, un organizzatore primario, a un’iscrizione destinale in cui nessuna diversificazione appare pensabile e in cui il ritorno dell’identico sovrasta la scena storico-relazionale” (*ibidem*). Questo patto originario può non essersi verificato oppure si è verificato al prezzo del sacrificio di sé. In tal caso è necessaria una solidificazione in modo “che nulla cambi” e possono essere diversi i motivi per i quali si è costituita questa fissità: il proteggersi dall’altro sentito come troppo potente e da eventi sentiti come nefasti o come difesa “dall’impossibilità di elaborare il lutto di oggetti da cui non è possibile assentarsi sia perché inconsistenti (e il lutto ne segnerebbe la definitiva scomparsa), sia perché troppo presenti e risulterebbe impossibile fuoriuscire dalla colonizzazione” (*ibidem*). Quest’ultimo aspetto, relativo alla colonizzazione e intrusività dell’altro, ci riporta a *Niente al centro* (1959) di Winnicott dove il vuoto, la costruzione attorno ad un nulla centrale e l’aspetto di nullificazione è dato da un tentativo dell’individuo di difesa da oggetti intrusivi e colonizzatori, cosicché deprivandosi del suo centro gli assediatori non possano trovare nutrimento. Come evidenzia Balsamo (2013): il “*nulla al centro* è il sogno di un luogo interamente sottratto al potere dell’altro, alla violenza dell’incontro” (p.630). L’autore sottolinea poi che “l’esperienza analitica è evidentemente il luogo di eccezione per osservare i movimenti attraverso cui l’identico si propone: dalla fluttuazione identitaria, che si mostra nei fenomeni di depersonalizzazione, al diniego angoscioso di ogni soggettività, pena il rischio di una separazione dagli oggetti primari, o alla fissità mortifera di certe modalità caratteropatiche o psicotiche. Il campo fenomenico è in sostanza praticamente infinito e la frequenza di situazioni cliniche in cui questo tema sembra emergere con maggiore forza mi appare sicuramente in aumento” (*ivi*, p. 623). Questo aspetto che riguarda l’approfondimento della psicopatologia, il suo

aspetto contemporaneo di pervasività e le sfide che offre alla moderna psicoanalisi saranno trattate in questo elaborato successivamente.

Quando si verifica un'interruzione precoce del procedere verso una vita psichica, l'individuo evolve verso una non vita o verso il crollo della sua fragile vita psichica. Il crollo che si realizza, come sottolineano Lanza e Bovet (2016), “è già avvenuto ed è relegato in quell' 'inconscio' particolare, caratterizzato da un'insufficiente integrazione dell'Io [...]. Il paziente, come continua Winnicott, ha bisogno di 'ricordare tutto ciò, ma non è possibile ricordare una cosa che non è ancora accaduta [...] perché il paziente non era là quando accadeva” (p.148). L'unico modo per ricordare è sperimentare nel presente, cioè nel transfert della cura, per la prima volta “l'evento passato, appunto il vissuto di crollo” (*ivi*, p.149). Gli autori riportano un caso clinico che rende esplicito questo processo. Si tratta del caso di Alessandra, una giovane di 19 anni che dopo una prima fase della vita soddisfacente dal punto di vista scolastico e sportivo diviene, come descrive il padre, “svogliata, a tal punto da aver smesso un'attività sportiva [...] non si prepara per gli esami [...] si sente bloccata” (*ibidem*). Già dal primo incontro nonostante l'aspetto piacevole della ragazza, l'analista avverte nel controtransfert un sentimento angoscioso di non vita e non esistenza che non corrisponde a quanto lei racconta di sé. I ricordi che la paziente riporta, eventi ricordati e traumatici (la separazione dei genitori e l'intervento chirurgico della madre), sono espressi con modalità anaffettiva e “le emozioni denegate suscitano nella psicoterapeuta intense angosce di separazione e di morte, che fanno pensare ad una frattura molto più precoce, in cui esperienze di perdita e di rottura della primaria unità bambina-ambiente non possono essere ricordate” (*ibidem*). La ragazza parla inoltre di una forte unione con i genitori e soprattutto con la madre, unione caratterizzata da un rapporto fortemente imitativo, ma quello che sembra emergere è diverso da questa rappresentazione. La paziente soffre di gravi sintomi somatici e psichici, periodi di crisi di angoscia e durante sette anni di analisi i genitori non hanno mai “interferito nel setting [...] il rispetto del setting in questo caso assumeva la qualità di un abbandono”. La madre, che ha sempre seguito nei compiti la figlia o meglio la sostituiva, non sosteneva l'Io della paziente ma si trattava di una “soddisfazione narcisistica per entrambi i genitori, che hanno così sostenuto nella figlia, con le loro aspettative la struttura di un Falso Sé” (*ivi*, p. 150). Nel corso dell'analisi Alessandra passerà attraverso momenti di crisi in cui “la ragazza sembrava non potersi affrancare dall'idea della minaccia del crollo, nell'accezione di Winnicott. Crollo già avvenuto, ma del quale non vi era a memoria cosciente né pensabilità: era però presente nel suo stare

realmente male sia a livello somatico che psichico e nei vissuti di angoscia percepiti dall'analista nel controtransfert" (*ibidem*). Sarà possibile, attraverso un sogno del terzo anno di analisi, rappresentare nel transfert *l'agonia primaria* (Winnicott, 1963). Alessandra nel sogno in questione vomita una specie di corda color arancio, molliccia e repellente, vomito che le provoca angoscia e rabbia. Alla fine del sogno compare la figura dell'analista che le comunica la fine di una seduta. Il sogno mostra come, attraverso la familiarità con l'analista, sia possibile "rivivere l'angoscia e la rabbia connesse con l'esperienza di una precoce interruzione della continuità", rappresentata dalla fine della seduta (*ibidem*). Attraverso il sogno Alessandra si appropria di emozioni di odio-amore fino a quel momento non pensabili. Qualche mese dopo la paziente sogna di partorire una bambina ma prendendola in braccio sente di non volerla. Dopo aver parlato del sogno alla madre, questa le rivela che "ciò era veramente successo a lei al momento della sua nascita" (*ivi*, p. 151). Da questo momento inizia un'evoluzione proficua dell'analisi dopo che la paziente "ha potuto, nel transfert, ritrovare il crollo sperimentato proprio all'origine della vita [...] l'esperienza dell'illusione transferale, le ha permesso di vivere quell'unità duale mai prima sperimentata, di poter quindi creare l'oggetto e di potersene poi separare, riappropriandosi così delle proprie potenzialità e acquistando fiducia nella personale creatività" (*ibidem*).

Come si può da questo nulla al centro, da questa desertificazione e fissità, non vita e deanimazione, trovare un passaggio verso un cambiamento possibile capace di far ripartire la storia e il tempo? Non potendo utilizzare la parola che evoca pensieri, in quanto abbiamo a che fare con qualcosa che è impensabile essendo accaduto ma mai sperimentato dal soggetto, sarà possibile, proprio grazie a un "impatto emotivo" dello scambio tra analista e paziente, immaginare un nuovo assetto. Dalla desertificazione si può passare, come evidenzia Balsamo (2013), a uno "spazio vuoto dove può *apparire* il moto pulsionale, un abbozzo di storicità" (p.630). Come evidenzia Guyomard (2009) "Niente al centro, dunque? Per niente affatto. Per un analista, c'è sempre l'altro. Il niente, senza dubbio, ma qual è, chi è, l'altro di questo niente?" (p.88). Balsamo scrive: "dobbiamo pensare che il primo *altro* che il *niente* incontra, in alcuni casi, è l'analista stesso [...] potremmo definirlo come il primo *après-coup*, da intendere non solo come prima traduzione, ma anche come un processo di costruzione/ritrovamento [...] che per il soggetto finiscono per assumere il ruolo di un *prima* del codice, della lingua, del senso e che ne attestano, in tal modo, la *sua* verità" (p.630).

Bonaminio (2004) sottolinea come Winnicott sembra dirci che rispettare questa area di non tradotto o intraducibile significa essere capaci “di far sperimentare questa *illusione*, che cioè non ci sia differenza fra l’oggetto creato e quello ‘fatto trovare’” (p.270). Essendosi il falso sé costruito attraverso reazioni all'ambiente senza illusioni di crearlo, non avendo fatto che adattarsi, perdendo così l'iniziativa e la spontaneità che sono segni del vero sé, è possibile che si disveli nella cura l’illusione di “un tempo fuori dal tempo, di un punto zero, di un *prima del prima* [...] spazio/tempo perduto, luogo di esistenza assentato di senso, idioma (Bollas, 1989), che alcuni pazienti cercano, nella nostalgia folle di scoprire chi erano prima di incontrare l’altro, di ritrovare nel percorso di cura” (Balsamo, 2013, p.631).

Capitolo II: Traumatismo e *après-coup*

Il pensiero di Winnicott aiuta a comprendere in che modo forme di sofferenza che riguardano una non sufficiente costituzione dell'Io possono essere collegate a forme di traumatismo precoce di cui il soggetto non riesce a parlare direttamente in analisi, in quanto sfuggono alla possibilità di essere ricordate, rappresentate e messe in parola. Il vissuto di crollo è legato al traumatico, ovvero a quelle “terre di nessuno” (Russo, 2015) che vanno al di là della possibilità rappresentativa del soggetto.

Attraverso il lavoro analitico è possibile ricostruire il trauma scomparso e poter dare una rappresentazione di parola a esperienze che l'individuo ha incontrato quando ancora non c'era un Io sufficientemente maturo per poter dar loro un significato. Tale significato può essere dato soltanto a posteriori, *après-coup*. In *Dizionario freudiano* (Le Guen, 2013) l'*après-coup* è definita come quel “processo mediante il quale il ricordo di un evento, di un'impressione, assume senso in occasione del verificarsi di un nuovo evento che scatena un'angoscia; tutto avviene come se quest'ultimo, in un secondo tempo e come operando per effetto di una coazione, facesse esistere il primo significandolo” (p.161).

Il concetto di *après-coup* è stato oggetto di molteplici letture e fraintendimenti nel tempo e all'interno di questo quadro complesso sarà possibile vedere come il punto sostanziale da prendere in considerazione sia l'assunto freudiano assolutamente rilevante della necessità del ritorno nella scena psichica nella dimensione del presente. Freud (1895) afferma che “troviamo sempre che viene rimosso un ricordo, il quale è diventato un trauma solamente più tardi”. Il secondo avvenimento, che determina il carattere patogeno del primo, è un fenomeno che Freud chiama *Nachträglichkeit*. Questo termine denota uno dei concetti più complessi e non lineari creati da Freud e rappresenta la forma più originale di temporalità istituita dalla psicoanalisi. Vedremo come al suo interno vi si intreccino teorie cliniche e metapsicologiche sulla temporalità, memoria, sessualità e trauma (IPA, 2023, p. 308) e come sia stato tradotto e interpretato in diverso modo. L'introduzione di questo concetto inizia a mettere in discussione l'unicità della dimensione economica del trauma. Quest'ultimo non si costituisce come un mero fatto oggettivabile, bensì come un processo. Per Freud ogni scena è sempre un'altra scena e in questa definizione possiamo ritrovare non soltanto la questione del riferimento all'inconscio (all'altra scena dell'inconscio) ma anche al fatto che ogni scena possiede già dietro di sé una sua storia e che la psiche comunque tenti necessariamente di ritornare

sui propri passi e di giungere a una sintesi possibile. La questione è che questo lavoro necessario di reintegrazione mostra una sua particolare problematica laddove il ritorno sulla scena psichica sia attraversato da una dimensione traumatica. In questo caso l'individuo è confrontato con una categoria del ritorno molto diversa e l'esperienza clinica ci mostra che non abbiamo soltanto il ritorno del rimosso ma anche il ritorno dello scisso, di esperienze traumatiche e agoniche, crolli dell'essere primordiale. Abbiamo a che fare con il ritorno di tutto ciò che non è appropriabile dal soggetto e questo apre a enormi conseguenze nella cura analitica (Balsamo, 2009): risulta fondamentale la necessità di conservare, nell'ambito dell'*après-coup*, il tema del colpo e dell'evento che irrompe. La problematica principale riguarda come dare forma a qualcosa che forma non ha mai avuto, che non è mai stata rappresentata e che rischia di inficiare le possibilità espressive e la piena potenzialità psichica del paziente nel presente.

Il dispositivo analitico può essere usato come crocevia per rimettere in moto i tempi e creare uno spazio in cui possa avvenire ciò che non ha mai avuto luogo per manifestarsi. L'esperienza analitica apre alla possibilità di ricollocare il passato nel suo prima e il tempo nei solchi che esso ha lasciato nel corpo, in modo da potersi riappropriare, nel presente, dello spazio in cui immaginare il futuro.

2.1 - Trauma e temporalità

In campo psicoanalitico l'evento trauma come categoria assoluta non esiste, non è oggettivabile in quanto è sempre in relazione al sistema psichico in cui avviene. L'evento traumatico non è mai unico: esistono esperienze che hanno una potenzialità traumatica molto alta ma, uscendo da una logica lineare, occorre comprendere come l'evento si inserisce nella catena di traumi cumulativi e come viene ad essere soggettivato. Russo (2013) sottolinea come, nella visione psicoanalitica basata sull'inconscio, "il trauma non si identifica con l'evento reale riconosciuto e ricordato dalla coscienza [...] non è l'evento e l'incidente reale, ma è l'effetto che la psiche vive e sperimenta nel tempo della posteriorità allorché vien sollecitato da un incontro traumatico" (p.111). Incontro traumatico che ha a che fare con l'urto tra un evento e un apparato psichico non in grado di metabolizzarlo e incorporarlo. Non è dunque possibile individuare a priori qualcosa che è funzionale o disfunzionale, in quanto ciò dipende dal complesso intreccio esistente tra temporalità e grado di maturità del sistema psichico. Come afferma Mangini (2015)

“qualsiasi ‘fatto’ può riattivare, in *après coup*, un trauma narcisistico di cui non si ha alcuna traccia se non nel corpo o nello psichico pre-rappresentativo” (p.59).

In ambito psicoanalitico quando si parla di trauma inevitabilmente chiamiamo in causa la temporalità, che non è lineare bensì complessa. Il dispositivo analitico è funzionale affinché tale intreccio di tempi possa realizzarsi e fa sì che, ad analisi avanzata, ci si possa avvicinare a qualcosa di incistato e inelaborato, di cui altrimenti non sapremo nulla. Questo avvicinamento è possibile perché nel trattamento accade qualcosa che, anche se deformato, possiede elementi in comune con i vissuti di quel passato non rappresentabile: non rappresentabile non perché rimosso, ma perché non è mai stato oggetto di rappresentazione. Come vedremo nel paragrafo successivo, in analisi, insieme al tempo infinito, che non sappiamo quanto durerà dal momento che il sapere ridurrebbe a un’impossibilità, si fa esperienza della rottura di questa illusione. Qualcosa dalla portata traumatica può tornare sulla scena nel presente e nella relazione di cura: si tratta di una quota che non passa attraverso il ricordo ma che si fa viva, si attualizza, accade nel presente.

Il concetto di trauma si presta bene ad uno sguardo metapsicologico in quanto, dal momento che ognuno si confronta a suo modo con il vissuto traumatico, in analisi si tenta di immaginare come il supposto evento abbia impattato su quello specifico apparato psichico. Una sana traumaticità è funzionale e permette lo strutturarsi dello psichismo (Mangini, 2015): le delusioni inevitabili e i vissuti di frustrazione e impotenza introducono il soggetto nella dimensione del limite ma, perché questo avvenga, sono necessarie delle condizioni. Tutti noi siamo stati in quella condizione di impotenza originaria (Freud, 1925) e di dipendenza assoluta dall’altro, e siamo rimasti in vita grazie a qualcuno che ha messo in atto delle specifiche funzioni. Freud e Winnicott, ciascuno con il proprio linguaggio, hanno sottolineato come la psiche sia innanzitutto la psiche infantile in stato di *Hilflosigkeit* e per entrambi gli autori il linguaggio adatto a conoscere l’anima dell’uomo non può che essere mitopoietico. Come sottolinea Khan (1963), bene che vada in analisi si tocca l’essere dell’infante che non parla, così da poter dare significazione all’esperienza originaria.

2.1.1 - Impotenza originaria

La psiche infantile in uno stato di *Hilflosigkeit*, in cui l'infante è inerme ed in una condizione di dipendenza psico-fisica assoluta dalla madre, non è un esempio concreto bensì una metafora. Richiamare in senso metaforico questa immagine ci è utile in quanto in analisi, in una relazione di cura nell'asimmetria e nell'alterità, si cerca di cogliere e avvicinare qualcosa delle esperienze precoci che hanno a che fare con la condizione originaria di impotenza. Tramite il confronto con l'analista il paziente può riconoscersi come Io, costituendo così un senso di sé ma, parallelamente a questo, il confronto con l'alterità conduce al fatto che "io sono relativo" e che "io e l'altro non saremo mai del tutto insieme". Questo genera una quota di frustrazione ottimale, concetto che riprenderemo relativamente alla questione dei tempi dell'analisi: la frustrazione permette di fare esperienza del limite, di generare un'attesa funzionale all'attivazione dello psichismo e di incarnare qualcosa dei moti pulsionali infantili nella comunicazione. Il paziente, dunque, cerca e vive qualcosa del suo essere originario nel presente e nel transfert della cura e, attraverso quest'ultima, si cerca di dare una significazione all'esperienza originaria e a quei traumi che hanno avuto a che fare con una disillusione. L'apporto più innovativo alla teoria traumatica, contenuto in *Inibizione sintomo e angoscia* (Freud, 1925), è rappresentato dall'importanza data al ruolo che la mancanza, la perdita e la condizione di impotenza originaria (*Hilflosigkeit*) hanno nella genesi della situazione traumatica. Tale condizione di assenza si contrappone a quella di presenza intrusiva e violenta che finora aveva caratterizzato lo scenario traumatico (Kluzer, 2014). Il nostro apparato psichico è necessariamente traumatofilico, la sensazione di dipendere in maniera assoluta dall'altro per la sopravvivenza è l'impronta digitale della nostra specie e di ogni trauma (Fraire, 2020). Il trauma cosiddetto originario fa riferimento all'impotenza originaria e dunque non è possibile non averlo vissuto ma non è detto che l'individuo sarà in grado di incontrarlo di nuovo e di rappresentarlo nel corso della vita. Come evidenzia Kluzer (2014): "Winnicott, Masud Khan, Bion, Aulagnier, Green, Bollas, sono alcuni fra gli autori più rappresentativi che hanno ripreso, con sfumature personali diverse, il tema di carenze assistenziali, non necessariamente vissute immediatamente come drammatiche, ma che si ripetono e si prolungano nel tempo, con effetti traumatici. Questa modalità traumatica 'strisciante' (vedi concetto di traumi cumulativi di M. Khan) passa per lo più inosservata ed è trascurata sia dal soggetto colpito sia dall'ambiente che lo circonda". Il trauma ha a che fare con l'impossibilità di dare un

senso a qualcosa che sta accadendo e ogni esperienza traumatica mette l'individuo in una situazione di impotenza che richiama il traumatismo originario. Fraire (2020) afferma come quella di Winnicott sia una teoria moderna del trauma e come il *caregiver* svolga una funzione specifica che permette al bambino di sopravvivere, ovvero il linguaggio: “la madre parla al bambino, del bambino e sul bambino [...] l'Altro non è soltanto colui che ci nutre ma colui che ci mette nel mondo della parola [...] in ogni caso il trauma è un trauma di linguaggio, è qualcosa che accade e non trova parola per esprimersi”. Come scrive Pontalis (1988): “la madre, fin dai primi giorni, è altra cosa da un seno che nutre, che si dà o si rifiuta, è un bagno di parole, sono sguardi, sorrisi, contatti, braccia che tengono - quello che, in mancanza di meglio, chiamiamo l'ambiente” (p. 183). L'assenza troppo prolungata della madre, le attese tra la sua scomparsa e ricomparsa sono definite da Winnicott (1971) “agonie”, ancora più destrutturanti e pervasive dell'angoscia, sono in grado di rompere la capacità del bambino di simbolizzare l'unione con la madre stessa. Per Winnicott (1971): “trauma significa che il bambino ha vissuto una rottura nella continuità della sua esistenza. Rottura, frattura, crollo della fiducia. Significa semplicemente il disfacimento di qualunque cosa esistente al tempo in cui vigeva una continuità personale di vita” (p. 168). Winnicott (1971) spiega dettagliatamente questo concetto: “la sensazione dell'esistenza della madre dura x minuti, se la madre si assenta per più di x minuti la sua immagine si annebbia e contemporaneamente cessa la capacità del bambino di simbolizzare la loro unione. Il bambino è angosciato ma questa angoscia viene presto guarita perché la madre ritorna in x+y minuti. In x+y minuti il bambino non subisce alterazione ma in x+y+z minuti il piccolo viene traumatizzato. In x+y+z minuti il ritorno della madre non riesce a ripristinare lo stato del bambino” (p.168).

Tutti abbiamo alle spalle esperienze con vissuti di impotenza e siamo rimasti in vita perché qualcuno ha messo in moto delle funzioni che ci hanno permesso di andare oltre l'impotenza organica. Una madre sufficientemente buona inserisce il bambino nel mondo della parola attraverso il linguaggio, anticipando e descrivendo quello che ritiene il bambino pensi e senta e, offrendo un significato a delle esperienze, fa sì che le frustrazioni siano ottimali, accettabili ed elaborabili. Rosi e Trinci (1989) affermano come “la paura del crollo, della catastrofe, del collasso, diviene allora la paura di quelle terribili e minacciose agonie primitive che, filogenesi e ontogenesi, originarono – per l'assenza di una barriera, di ‘uno scudo che protegge dagli stimoli’, del, vale a dire, *holding* materno – la struttura difensiva patologica del bambino” (p.5).

Insieme a Winnicott, Khan (1963) ha ripreso la tematica delle carenze assistenziali e, arricchendo il concetto freudiano di membrana protettiva, introduce il tema del trauma cumulativo. Per Khan tale trauma è “il risultato delle breccie” nella barriera protettiva che si verificano nel corso dello sviluppo. “Il trauma cumulativo deriva così dalle tensioni e dalle pressioni che il bambino piccolissimo sperimenta nel contesto della dipendenza del suo Io dalla madre in quanto scudo protettivo e Io ausiliario” (*ivi*, p. 45). È la madre, nella visione winnicottina dell’unità duale madre/infante e in quella bioniana di contenitore-contenuto, che si costituisce come barriera contro un eccesso di stimoli ed il trauma cumulativo consegue alla mancanza della funzione materna di contenimento. Come afferma De Masi (2014): “Khan indica alcune delle possibili distorsioni derivanti dalla mancata funzione di membrana protettiva come, ad esempio, un precoce e selettivo sviluppo dell’io in linea con una collusiva risposta alla madre, false identificazioni con l’oggetto primario e distorsioni nella percezione dell’io-corporeo”.

Laddove si lavora su forme di traumatismi precoci, che il paziente non è in grado di ricordare, si possono incontrare nel presente della seduta quelle esperienze avvenute su una soglia agonica, dove non c’era un Io a vivere quell’esperienza. Le agonie di cui parla Winnicott sono impensabili e quanto accade in analisi non è una pura ripetizione di ciò che è accaduto nel passato. In analisi ciò che è senza memoria storica accade dentro la relazione terapeutica e l’accadimento può diventare un evento psichico soggettivato. Dal momento che il trauma esiste solo quando diventa un evento psichico, e dunque l’Io deve registrarlo come tale, il crollo di cui parla Winnicott può essere realmente accaduta ma, finché non viene registrata dall’apparato psichico, di quell’evento non sapremo mai nulla. Come afferma Winnicott (1963) “se il paziente è pronto ad accettare in qualche modo questo strano tipo di verità - che una cosa non ancora sperimentata nondimeno è accaduta nel passato - la via è aperta per poter sperimentare l’agonia nel transfert” (p.109). Prosegue poi affermando come il paziente senta la necessità di “ricordare” il crollo ma come “questa cosa del passato non è ancora accaduta perché il paziente non era là dove potesse accadergli. In questo caso, l’unico modo di ricordare per il paziente è quello di sperimentare questa cosa appartenente al passato per la prima volta nella situazione attuale, vale a dire, nel transfert” (*ibidem*). Ripetere nel transfert il crollo temuto e mai sperimentato diviene per questi pazienti in un’ottica terapeutica l’equivalente del ricordare per i pazienti psiconevrotici. Ciò che si ripete, che insiste, è ciò che non ha avuto il suo luogo e, non essendo riuscito ad accadere, non è esistito come evento psichico e

dunque si ripeterà “come un teatro [...] ma nell’assenza, nel vuoto di un testo” (Pontalis, 1992).

2.1.2 - I tempi dell’analisi

In psicoanalisi il concetto di temporalità non è lineare. Non abbiamo a che fare con uno scorrimento cronologico del tempo o con ipotetiche fasi di sviluppo che vanno verso una progressione, bensì parliamo sempre di una temporalità complessa. Questa complessità presuppone un intreccio di tempi, dove nel nostro presente si rintraccia qualcosa che riguarda il passato e si trova in giacenza qualcosa che riguarda il futuro. Il dispositivo analitico è fatto in modo tale da consentire di fare un’esperienza in cui si articolano più tempi e di toccare e fare emergere degli elementi sommersi, proprio perché è costruito in maniera tale da materializzare questa complessità temporale, imparentata con il traumatico. Freud, per procedere nell’analisi del passato irraggiungibile della sessualità infantile, inventa un dispositivo temporale che si dispiega oltre i limiti della temporalità definita. Nel corso della cura analitica la persona fa esperienza di un tempo istituito, cronologico e determinato (i giorni e gli orari delle sedute sono fissi, così come le pause settimanali e quelle sul calendario annuale) e, insieme a questo, di un tempo continuativo che non è determinato né circoscrivibile ad un tempo cronologico. Fachinelli (1983) ha definito la temporalità analitica freudiana come un’articolazione tra il tempo determinato della seduta e il tempo indeterminato della durata del trattamento (p. 29). L’articolazione di questi due tempi crea le condizioni idonee che possono consentire di poter arrivare a dare rappresentazione di parola a tutto ciò che parola non ha mai avuto, compresi quei moti pulsionali infantili sempre presenti sulla scena ma in un fuori tempo. Il paradosso è che durante l’analisi misuriamo il tempo delle sedute, fissiamo l’ora e il giorno in maniera minuziosa e tuttavia quello che cerchiamo di far accadere è il fuori tempo, che riguarda l’infantile inteso come modo di funzionare psichico. Khan (1969) evidenzia come bene che vada, ad un certo punto dell’analisi, incontreremo l’*essere* dell’infante che non parla, per poter dare a posteriori una significazione dell’esperienza originaria. Come sottolinea Russo (2013) “poiché l’incontro con l’*essere* del paziente è inevitabile, l’analista deve prepararsi a partecipare e dare a questo un senso presente dell’essere originario” (p.97). Freud in *Inizio del trattamento* (1913) afferma che un tempo continuo è necessario perché il paziente possa mettere l’essere originario nel presente, l’essere inerme in uno stato di

Hilflosigkeit. Russo (2013) ritiene che la cura dei livelli irrepresentabili della psiche sia affidata alla capacità dell'analista di tenere insieme questi due tempi: una durata indeterminata e il tempo determinato. L'autore prosegue specificando che "l'indeterminatezza del trattamento, vissuta come tempo continuo, garantisce la possibilità da parte dei suoi protagonisti di sperimentare moti pulsionali irrepresentabili, di inventare parole che li tocchino e di trasformarli in pensieri, attraverso la regressione al presente e nel transfert" (p. 97). Questo aspetto relativo ad un linguaggio che tocca verrà approfondito nell'ultimo capitolo grazie al contributo di Quinodoz (2005): si tratta di "un *linguaggio incarnato* che non si limita a comunicare verbalmente soltanto pensieri, ma anche sentimenti e sensazioni che accompagnano questi sentimenti" e che permette di "suscitare o risuscitare fantasmi corporei di questi pazienti" (p.43). Questo permetterà ai pazienti di "trovare un senso emotivo di esperienze sensoriali o corporee dimenticate, e queste potranno così diventare un punto di partenza per il lavoro del pensiero e della simbolizzazione" (*ibidem*).

In analisi insieme al tempo infinito si fa esperienza della discontinuità, della rottura dell'illusione: gli elementi temporali determinati inducono frustrazione e permettono di fare esperienza del limite. Come afferma Russo (2013), "la modulazione regolata delle separazioni settimanali è necessaria al trattamento perché istituisce nella relazione analitica quella frustrazione accettabile, che dovrebbe incanalare, attraverso il differimento e la ripresa, il fluire dell'energia pulsionale in una comunicazione" (p. 96). Questa frustrazione offre la possibilità di generare un'attesa, di incarnare qualcosa dei moti pulsionali infantili e dell'energia pulsionale: l'individuo trova infatti un limite che, pur essendo frustrante, porta la possibilità di differimento, così da fare i conti con l'attesa ma anche con la ripresa, con l'assenza e la presenza, con il soddisfacimento e il non soddisfacimento. Ciò consente che vi sia un sufficiente accumulo di energia e movimento che, se non vi è scarica, può prendere la via della simbolizzazione, come accade per il desiderio infantile rimosso che fornisce energia ai pensieri onirici latenti i quali poi producono il sogno. Senza assenza non ci potrebbe essere pensabilità, si pensi al fenomeno dell'allucinazione primaria, che è il primo pensiero dell'essere umano e che nasce dall'assenza (Mangini, 2015). Gli inizi e la fine di una seduta, le pause e i silenzi, i periodi di separazione, generano microdelusioni. Russo (2013) afferma che l'esperienza infantile che non parla, e che viene ripetuta nel transfert, "porta con sé delusioni precoci, le discontinuità catastrofiche, le interruzioni brusche delle illusioni di continuità. Ciò vuol dire che è sempre presente nel transfert, anche in quello indifferenziato, l'evento

traumatico in attesa di essere rappresentato (p. 98). Il dispositivo temporale complesso creato da Freud genera, attraverso la durata indeterminata, l'illusione di un tempo continuo che consente l'articolazione del presente con il passato e l'*après-coup*. L'interpretazione della rottura dell'illusione non può che avvenire, come afferma Russo (2013), "in ritardo rispetto all'evento traumatico muto presente nel passato, dichiarato assente nel tempo presente. Si tratta di portare il paziente a percepire poco alla volta i microtraumi presenti nell'illusione, per poi condurlo a percepire con le parole per la prima volta la catastrofe già avvenuta nel passato. Questo è il concetto freudiano di *après-coup*" (*ibidem*).

2.1.3 - Tra Freud e Winnicott: l'evento traumatico "dichiarato scomparso"

Come sostiene Russo (2015), Winnicott postula il ruolo dell'esperienza reale e dell'ambiente nell'infantile analitico freudiano ma "rimane uno psicoanalista freudiano, allorché precisa che l'infante e l'ambiente reali esistono e possono essere osservati solo nel transfert" (p.202). Freud e Winnicott, nonostante le notevoli differenze teoriche, condividono un'impostazione metodologica basata sul transfert e sulla regressione nella ricostruzione dell'evento traumatico dichiarato scomparso. I due autori condividono l'idea che l'evento traumatico "sia dotato di un 'doppio *status*': esistente nel passato, ma 'dichiarato scomparso', non esistente nel presente" (*ivi*, p.118). Tale impostazione promuove l'assunto clinico secondo cui l'evento traumatico passato e scomparso lascia delle impronte dalle quali, *a posteriori*, si può ricostruire il trauma: l'evento traumatico perduto può essere così integrato "nel divenire storico del soggetto" ed "evitare che esso si cristallizzi in una deformazione difensiva anacronistica, senza alcuno sbocco evolutivo" (*ibidem*). In Winnicott è il trauma ambientale ad avere una prevalenza assoluta e sarà l'impronta di questo fallimento ambientale a tornare sulla scena e a ripetersi nelle relazioni tra l'Io e l'oggetto. In Freud è l'impronta psicosessuale, essendo nel suo pensiero prevalenti gli schemi libidico-fantasmatici e i traumi sessuali infantili, che si ripeterà a posteriori nelle relazioni pulsionali con l'oggetto (Cupelloni, 2008).

2.2 - Il fenomeno dell'*après-coup*

Freud (1895) afferma come “troviamo sempre che viene rimosso un ricordo, il quale è diventato un trauma solamente più tardi”. Con l’elaborazione del concetto di *Nachträglichkeit* viene messa in discussione l’unicità della dimensione economica del trauma: quest’ultimo non si costituisce come un mero fatto oggettivabile, bensì come un processo. L’accento della dinamica traumatica si sposta dalla fattualità esterna alla risonanza intrapsichica che essa può suscitare nella persona. In *Costruzioni nell’analisi* (1937) Freud afferma come la memoria del passato infantile, che si osserva in analisi, si costruisce nel *transfert* piuttosto che essere una fedele ricostruzione del passato. L’*après-coup* è una progettualità, è il momento successivo al colpo che fa sì che il colpo esista per la prima volta come evento psichico, diventando evento soggettivato e non più accadimento. Se il sistema difensivo del paziente viene ad essere messo un po’ di lato andando così incontro a un parziale cambiamento, per la prima volta ci può essere a disposizione uno spazio di lavoro da costruire, che permette di dar voce a quel vero Sé potenziale (Winnicott, 1960), che non era mai stato incontrato prima. Come scrive André (2009), il testo di Winnicott *La paura del crollo* (1963) offre notevoli riflessioni sull’*après-coup*: “ricordare quello che non è accaduto, vivere al presente per la prima volta la cosa accaduta nel passato, ripetere ciò che non è accaduto (che non ha trovato il suo luogo psichico commenta giustamente Pontalis) [...] questi paradossi indicano la presenza analogica dell’*après-coup*. Soprattutto, essi aprono la clinica dei traumi precoci e delle ferite narcisistiche alla speranza della sterilizzazione, la speranza di un tempo 1, *breakdown* che apre il tempo” (p. 72). Russo (2013) afferma che la psicoanalisi degli stati limite, dei livelli pre-edipici e pre-verbali, è “la psicoanalisi della posteriorità e della complessità” (p.209), dove l’analista “non può e non deve raggiungere direttamente lo stadio primitivo ma può e deve ricostruirlo nel *transfert*” (*ibidem*). Si tratta di una neo-costruzione e non di una ricostruzione fedele, dal momento che abbiamo a che fare con qualcosa che è avvenuta al tempo in cui l’essere era privo di linguaggio e rappresentazione. Se la madre che scompare e ricompare può essere per l’infante un’agonia subita che genera interruzioni nella continuità dell’essere, in analisi si può suggerire al paziente come dare un senso a ciò che accade. Un senso che va cercato nel presente, nella relazione attuale, dove i vissuti traumatici soggettivi vengono risignificati all’interno della relazione terapeutica. Ogden (1991) afferma come in analisi sia possibile

dare alle parti non esperite uno spazio e un luogo all'interno del rapporto terapeutico e considerarle come parti non ancora nate.

2.2.1 - Un passato senza tempo

Come afferma Marion (2011) “la *Nachträglichkeit* rappresenta la forma più originale di temporalità istituita dalla psicoanalisi, quella che non solo inverte la freccia del tempo, ma anche coglie il carattere specifico della condizione umana, il ritardo del nostro sviluppo sessuale e il nostro essere, sin dalle origini, in relazione con l'altro. Essa ha a che fare con il trauma e la sessualità infantile che si presentano sulla scena analitica”. Nelle teorie freudiane il tempo è centrale. I concetti quali “rimozione”, “fantasmi originari”, “*après-coup*”, “fissazione”, “periodo di latenza”, tentano di delineare la strutturazione dell'esperienza soggettiva e, sottolinea Russo (2013), “la percezione presente delle immagini nel transfert, nei sogni, nelle allucinazioni, fanno ritornare la memoria inconscia e i tempi sepolti” (p.103). Il tempo sepolto non mantiene immutata la sua forma originaria, va ripreso solo nella posteriorità e le tracce mnestiche inscritte nella memoria inconscia non si ricordano, ma si ripetono. La contaminazione originaria tra il passato che non parla, i resti dei periodi passati e la posteriorità “consentono ai due soggetti dell'analisi di creare parole per dare forma di espressione a eventi psichici sepolti” (*ivi*, p.104). Far ritornare alla coscienza, attraverso l'analisi, i tempi sepolti del passato, che continuano a lavorare e ad agire sottotraccia, e che sono “viventi nel presente, significa restituire al paziente il senso del suo carattere, i significati delle sue esperienze, e liberarlo dal vincolo di un destino assoluto” (p. 105). In *Al di là del principio di piacere* (1920) Freud scrive che il paziente “non può ricordare tutto ciò che lui ha rimosso, forse non ricorda proprio l'essenziale [...], egli è piuttosto indotto a ripetere il contenuto rimosso nella forma di un'esperienza attuale” (p. 204). Già a partire dal *Progetto di una psicologia scientifica* (1895) Freud intuisce, dal punto di vista economico, che il processo di significazione dell'esperienza avviene nella relazione con l'antecedente. Il sistema Inconscio conserva le tracce e nel lavoro analitico è possibile rintracciare gli arcaismi solo a posteriori, retrospettivamente. Come afferma Green (1990): “leggiamo l'arcaico *a posteriori*, il che del resto è la sola maniera di parlarne, perché solo così possiamo indovinarlo o dedurlo, dietro e sotto i bastioni che si sono eretti contro la sua minacciosa potenza” (p.201). Secondo il modello della posteriorità, sottolinea Russo (2013), “è possibile restituire al soggetto il tempo originario del trauma infantile, in quanto trauma

pulsante, vivente, appartenente a quella individualità, solo attraverso l'osservazione delle difese arcaiche presenti nell'Io e nelle altre forme evolute dell'apparato psichico" (p.107). Si tratta di una questione di tempi, di un passato senza tempo che, in modo discontinuo, si ripete nel presente "in alcuni momenti cruciali [...], un tempo che cerca corpi, affetti e immagini per battere i suoi colpi e uscire fuori dal silenzio" (*ivi*, p.108). La traumaticità originaria, uno spazio di traumi diffusi e continui, si cristallizza nella psiche quando incontra eventi traumatici attuali. Il soggetto sperimenta così una sensazione di mancanza senza riuscire a cogliere di quale perdita si tratti, perché, come sottolinea Freud in *Lutto e Melanconia* (1917), la perdita è assente. Rispetto a questo è emblematico il commento di Russo (2013) sul testo teatrale *La vita che ti diedi* (1924) di Pirandello. Donn'Anna è una donna vedova che ha subito la morte del suo unico figlio. Si tratta di una perdita reale, attuale, un dolore dinanzi al quale chiunque resta pietrificato: "la madre in lutto del proprio, unico, figlio rischia di diventare agli occhi degli altri come il volto della Medusa, che non può essere guardato" (p.120). Un'immagine che blocca il pensiero e la parola. Il trauma della morte dell'unico figlio può cristallizzare nella madre meccanismi difensivi arcaici, tracce di traumi infantili antichi. Nel dialogo straziante tra Donn'Anna, la sorella e Don Giorgio è possibile vedere il doppio *status* del trauma: esistente nel passato dimenticato ma non esistente, "dichiarato scomparso", nel presente. Donn'Anna, rivolgendosi al parroco, afferma: "Mio figlio, voi credete che mi sia morto ora, è vero? Non mi è morto ora. Io piansi, invece, di nascosto, quando me lo vidi arrivare, [...] quando mi vidi ritornare un altro che non aveva nulla, più nulla di mio figlio. Ma lo sa che mio figlio, quello che mi partì, non è più ritornato?" (Pirandello, 1917, p. 17). Quando Donn'Anna incontra la morte del figlio, è già una donna traumatizzata, predisposta all'uso di un pensiero delirante e all'allucinazione; la sorella Donna Fiorina afferma infatti: "Sempre così è stata" (*ivi*, p.12). La traumaticità originaria, che non è mai comparsa sulla scena, non è stato possibile né definirla né rappresentarla e si incista nell'incontro/scontro con eventi traumatici reali. L'idea delirante della madre, secondo la quale la perdita del figlio sarebbe già avvenuta nel momento in cui avrebbe lasciato la casa sette anni prima, la sostiene dal "crollo e dal vuoto di una perdita abissale" (*ivi*, p.124). La prima perdita aveva cristallizzato la psiche delirante della protagonista e, con l'evento traumatico attuale della morte del figlio, Donn'Anna riattiva il delirio, espressione di ferita narcisistica, per proteggersi dal lutto. Per Donn'Anna accettare la perdita del figlio, la prima e la seconda, sarebbe "rivivere il crollo narcisistico che si è conservato intatto, cristallizzato nel suo apparato psichico. Significa entrare nell'agonia della mente" (*ivi*,

p.125). La verità “dichiarata scomparsa” è l’illusione che la sua vita sia la stessa vita del figlio e dunque finché ella vivrà, lui vivrà. Il trauma assoluto, che non può essere simbolizzato, diventa eco di traumatismi antichi precoci e ferite narcisistiche. La teoria e il metodo psicoanalitici permettono la traduzione del trauma in codici simbolici, solo se l’analista non si pietrifica davanti al dolore assoluto. Il trauma assoluto risuona nell’umano attraverso la simbolizzazione, come per esempio nell’arte. Simbolizzare significa che l’evento impensabile può diventare un trauma umano e dunque memoria “che si estende nel tempo e traduce l’evento unico e casuale in un elemento della comunità umana, che si ripete dal tempo primordiale delle origini (ivi, p.126).

2.2.2 - *Nachträglichkeit e après-coup*

Il testo a cura di Balsamo *Forme dell’après-coup* (2009) raccoglie gli scritti di André, Balsamo, Conrotto, Ferraro e Garella ed offre un quadro ampio del fenomeno. Come sottolinea l’autore “non si tratta tanto di fare il punto ‘completo’ su di un concetto, ma di mostrare da una parte la ricchezza teorica e il ruolo clinico dell’après-coup, dall’altra la diversità di interpretazioni che la comunità analitica sviluppa” (p.7) sulla questione, per esempio, della rilevanza data al *coup*, al colpo e dunque al trauma. Un aspetto rilevante riguarda la traduzione del termine *Nachträglichkeit* che, afferma Balsamo (2009), “viene reso con ‘après-coup’ in francese, ma utilizzato egualmente in italiano, sia da solo che assieme a *posteriorità*, o *a posteriori*, non trascurando alcuna azione differita, sebbene si sia fatta sempre più strada la convinzione dell’inadeguatezza della traduzione della *Nachträglichkeit* con *deferred action* per indicare la retroattività” (p.8). Per quanto riguarda quest’ultimo aspetto relativo alla traduzione, André (2009) afferma: “la scoperta dell’après-coup è una riscoperta. Il tempo della teoria è a immagine della nozione stessa, quello di una costruzione in due episodi. È nel 1953, circa 60 anni dopo le prime riflessioni freudiane, che Lacan riprende quel che nel frattempo era stato sepolto, dimenticato, perduto... o passato inosservato”, ovvero la costruzione del trauma su due tempi. Thomä e Cheshire (1991) evidenziano come in inglese non ci sia più il termine *après-coup*. Strachey ha infatti tradotto il termine *Nachträglichkeit* con *deferred action*. Tra i due termini corrono differenze teoriche e teorico-cliniche. L’idea dell’azione differita è quella di una latenza, di un ritardo: “un evento inscritto nell’infanzia esercita la sua azione effettiva soltanto più tardi, secondo il modello della ‘bomba a scoppio

ritardato' - l'immagine è di Jean Laplanche" (André, 2009, p.33). L'azione differita di Strachey la si può immaginare come freccia che dal passato va verso il presente e che "rispetta il senso comune, l'idea di un tempo che *passa* [...]. Quando la *Nachträglichkeit* mette il tempo sottosopra, condensa in un paradosso due movimenti che la logica esclude: la simultaneità, la solidarietà, la confusione di un passato verso un presente e di un presente verso un passato. L'effetto d'après-coup ignora la contraddizione" (*ibidem*). Sondré (1997) propose un'equiparazione tra après-coup e insight. L'autore afferma: "un cambiamento dell'interpretazione di un evento nel passato consecutivo a un movimento verso uno stadio di sviluppo più avanzato. Sono d'accordo con Thom e Cheshire quando dicono che non c'è bisogno di un concetto di causalità retrospettiva per comprendere il fenomeno" (p. 256). Balsamo (2009) sottolinea come si tratti di un "misunderstanding" in quanto in questa lettura viene sottovalutata la discontinuità tra i due momenti dell'après-coup, "il che induce l'autore a sottolineare esclusivamente l'aspetto *progredivente* dell'après-coup, non trovando posto, in questa messa in rapporto coll'insight, la possibilità per l'après-coup di causare il trauma e, con esso, il suo aspetto disorganizzante, né la spinta regressiva che il *coup* induce" (p. 10)

Le diverse interpretazioni che si sono susseguite sulla *Nachträglichkeit* hanno a che fare sia con l'evoluzione della concezione di temporalità sia con l'evoluzione del binomio trauma-sessualità. Marion (2011) sottolinea come l'intreccio tra trauma e sessualità sia costitutivo della *Nachträglichkeit* e come tale intreccio abbia due immediate conseguenze: permette sia di restituire specificità al termine, sottraendolo così dalla concezione riduzionistica di risignificazione, sia di recuperare il significato della sessualità nello psichismo. Quest'ultima ha che fare sia con il trauma che con la doppia temporalità. Laplanche (2006) si oppone a una lettura del fenomeno di *Nachträglichkeit* nei termini di "risignificazione" retrospettiva dal momento che "essa risulta, più che riduttiva, fuorviante, non tenendo conto che il 'colpo', ciò che 'scardina' (e che letteralmente è reso dalla traduzione francese di après-coup) è di natura traumatica e psichica e ha a che fare con 'un'integrazione incompleta o parziale' (Philipps, 1998), la quale si riproduce nella situazione di transfert. La significazione dell'evento consiste dunque in un complesso lavoro associativo, di elaborazione e integrazione dell'esperienza che al momento dell'accadere era rimasta 'muta', 'in sonno', lavoro messo in moto da un accadimento successivo, come ad esempio il transfert" (Marion, 2011). Il modello della sessualità inteso come sessualità infantile nella sua valenza traumatica e di resto elaborato è un pilastro centrale del fenomeno della *Nachträglichkeit*. La psicoanalisi concepisce

due forme di passato: un passato che appartiene alla sessualità infantile, “che non passa e che non può essere ricordato, che non fa parte del tempo storico” e un passato che viene dopo il superamento del complesso edipico, che “appartiene al linguaggio, alla rappresentazione e alla memoria” (Russo, 2013, p.98). La prima forma di passato “è un passato privo del tempo cronologico, che si ripete nel sogno, nel transfert, nelle allucinazioni, e non si ricorda come passato storico” (*ibidem*). Come afferma Pontalis (1999), “l’infantile è il sessuale indifferenziato dove possono coesistere tenerezza e sensualità, maschile e femminile, attivo e passivo; [...] esso ignora totalmente il principio di realtà [...]. Questo infantile è senz’età: non corrisponde a nessun luogo, ad alcun tempo assegnabile. Questo tempo non è dietro di noi. Esso è una fonte nel presente; fonte viva, mai inaridita” (p. 32). Il trauma si ripresenta nel tempo del transfert in cerca di un interprete e di un ascolto per potersi aprire a trasformazioni possibili. Come afferma Marion (2011): “il lavoro psicoanalitico è sempre un lavoro nella *Nachträglichkeit*, in quanto essa offre la dimensione temporale trasformativa, che differenzia la cura dalla ripetizione coattiva dell’esperienza, e permette al paziente l’integrazione di ciò che era rimasto dissociato. In questo senso la concezione dell’après-coup non può limitarsi a una semplice risignificazione trascrittiva del passato in termini di presente, ma investe la ripetizione e l’elaborazione del trauma nel 2° tempo della relazione transferale, il quale batte ripetutamente il suo ‘colpo’ sul controtransfert dell’analista per aprirsi un varco verso la ‘comprensione’, svincolarsi dal legame con il passato, aprirsi al movimento immaginativo rivolto al futuro (l’*avant-coup* o *Vortraeglichkeit* di cui parla Parsons, 2009)”. Il successo della traduzione della parola *Nachträglichkeit* nel francese *après-coup* è dato dalla rilevanza del “colpo”, piuttosto che al “dopo” dal momento che i colpi, i momenti traumatici sono necessari. André (2011) evidenzia come l’*après-coup* sia una nozione complessa in quanto riunisce due dimensioni eterogenee e non semplici da associare. Una riguarda un aspetto familiare del fenomeno, l’altra il suo aspetto più originale. Nella prima accezione l’*après-coup* permette una significazione, una simbolizzazione che interviene in un secondo tempo, dopo (*après*) che l’evento si è prodotto ma “l’originalità della nozione è di tenere insieme questa apertura di senso con un momento traumatico, un colpo (*coup*)” (*ivi*, p.45). La questione essenziale è conservare il tema dell’evento che irrompe, che lascia una traccia da cui potranno partire una serie di operazioni complessive che, nel ritornare sul colpo, generano il colpo medesimo. La nozione di trauma è pre-psicoanalitica, il contributo originale di Freud è stato concepire il trauma psichico in due tempi: ci vogliono due colpi per elicitarlo.

L'après-coup, come evidenzia Balsamo (2009), “*costruisce un colpo nel tentativo di legare le discontinuità*” (p.11) e di trasformare un accadimento in evento psichico soggettivato, così da costituirlo come oggetto di investimenti, “fossero pure quelli derivanti da una dimensione traumatica” (*ibidem*). Il processo di après-coup necessita di una rappresentazione, di una messa in scena nel tempo della posteriorità, dal momento che non può svilupparsi come processualità intra-psichica. La seconda scena è “*simile ma non identica alla prima*” e se è vero che nel tempo della seconda scena “la prima è finalmente traducibile, dando al soggetto ‘la chiave’ di ciò che era accaduto”, questa traduzione si impone come trauma laddove il *colpo* anziché diventare elemento che partecipa alla dinamica psichica, si caratterizza per la sua immobilità trascrittiva” (*ibidem*). Come possiamo vedere nel celebre scritto *Dalla storia di una nevrosi infantile, caso clinico dell'uomo dei lupi* (1914) in cui si parla del sogno dell'uomo dei lupi che funge contemporaneamente da seduzione traumatica e da trasformazione, a posteriori, del primo trauma irrepresentato. Risulta opportuno differenziare processi in après-coup che utilizzano il dispiegamento rappresentativo da altri processi impossibilitati in questo movimento, i quali “ruotano’ intorno alla questione della ripetizione, cioè della necessità di rappresentarsi nel reale per permettere un legame possibile di ciò che era rimasto in giacenza” (*ivi*, p.12). Come affermano Danon e Boileau (2006), "accanto alle rappresentazioni inconse che possono seguire la via classica del divenire cosciente mediante il ricorso al sovrainvestimento delle rappresentazioni di parole, ve ne sono altre, più traumatiche, che, come se fossero già situate in parte al di là del principio di piacere, non possono divenire coscienti e investite che tramite la mediazione di una seconda scena e la messa in opera del processo di après-coup" (p. 64). La formulazione freudiana secondo cui il ricordo diviene trauma in après-coup implica che, tramite la seconda scena, ciò che era rimasto silente e irrepresentato, condannato alla ripetizione, possa essere ripreso nella posteriorità, divenendo “finalmente parlante al soggetto e ai suoi interlocutori (è nel secondo tempo che appaiono i sintomi)” (*ivi*, p.83). Freud (1914) parla esplicitamente del lavoro psichico che avviene nel processo di après-coup per trasformare le impressioni in tracce e poi queste ultime in qualcosa di appropriabile dal soggetto, quando afferma: “a un anno e mezzo il bambino riceve un'impressione a cui non può reagire adeguatamente; solo a quattro anni, rianimando questa impressione, l'intende e ne è colpito; e solo due decenni dopo, nel corso dell'analisi, riesce a comprendere appieno, grazie a un processo mentale cosciente, quel che allora era avvenuto in lui" (p. 521). André (2011) si domanda in quale maniera la cura analitica possa produrre i colpi, far

accadere degli eventi da un certo valore traumatico e generativo. Egli afferma che “questa risposta non è separabile dalle configurazioni cliniche individuali” e che “la domanda più originale, più interessante concerne evidentemente i pazienti per i quali la psicoanalisi non è stata inventata e che costituiscono una sfida per il metodo”. Nel paziente nevrotico, nel quale l’inconscio è pressappoco identico al rimosso, “lo scopo della cura è di riprodurre e non di crearne il movimento, al fine che, di après-coup in après-coup, la rimozione sia superata”. L’evento potenzialmente traumatico viene registrato dalla psiche senza essere trattato e un secondo evento successivo risveglia la traccia conferendogli la portata traumatica e le conseguenze nevrotiche (si pensi al sogno d’angoscia dell’Uomo dei lupi bambino). Quando i primi colpi non sono oggetto di rimozione, questi primi impatti traumatici restano incistati, privi di significato e allo stato di rimosso originario. Siamo davanti a quei movimenti “in identico” di cui parla Balsamo (2013): se la necessità di incontrare il già dato esprime una tendenza naturale dello psichico “tuttavia questo funzionamento assume in svariati contesti psicopatologici, specie quelli traumatici, una sorta di autonomia dei processi di regolazione e finisce per essere una modalità coattiva, [...] fino alla glaciazione di ogni spinta vitale” (p. 631). André (2011) afferma: “quale speranza di trasformazione après-coup la psicanalisi potrà nutrire quando ciò di cui soffre il paziente è radicato nei traumi precoci?”. Le forme cliniche in cui regna la discontinuità si può supporre che siano caratterizzate da un “disfunzionamento degli après-coup a cascata dei processi trascrittivi e che questi o non avvengano, determinando l’apparizione di fenomeni ripetitivi, o che cerchino di realizzarsi prendendo a prestito proprio gli scenari di ripetizione che diventano, in tal modo, forme attenuate delle prime iscrizioni, modulazioni parziali che si ripropongono al soggetto, nel tentativo di domarne la forza e di metabolizzarne la portata effrattiva” (p.92). Mangini (2013) sottolinea come nelle psicosi e negli “stati-limite” il pensiero simbolico non arriva ad arginare “la componente traumatica dell’esistenza [...] e non vi è traccia di rimozione originaria come ‘rete protettiva e separante’” (p.278). Senza rimozione originaria non c’è après-coup, “cioè funzione di posteriorità, quindi temporalità, grazia alla quale ciò che è stato respinto possa trovare successive differenti modalità di trascrizione e di riscrittura fino a una rielaborazione. Senza rimozione originaria non si danno nuovi pensieri, libere associazioni e attenzione fluttuante, come una parte dei nostri pazienti ci fa costantemente notare. Ma questa è anche la scommessa di un possibile cambiamento psichico che avvenga attraverso l’analisi” (*ivi*, p.288)

L'accento posto da Winnicott sullo sviluppo e sulla maturazione ha potuto lasciar pensare che la problematica dell'*après-coup* sia stata poco valorizzata. Ma, come afferma André (2009), non è affatto così: “la parola manca, ma la cosa c'è, il Londinese la nomina, scegliendo un termine che indica una battuta violenta: *breakdown*, crollo” (p. 72). L'articolo *La paura del crollo* (1963) offre notevoli riflessioni sul fenomeno dell'*après-coup* e, come abbiamo sottolineato nel capitolo dedicato, il crollo che è avvenuto nel passato non può essere ricordato, non essendo mai accaduto. L'unico modo per ricordare è sperimentare l'evento nel presente, per la prima volta. I paradossi presenti nello scritto di Winnicott “aprono la clinica dei traumi precoci e delle ferite narcisistiche nella speranza della storicizzazione, la speranza di un tempo 1, *breakdown* che apre il tempo” (*ivi*, p.73). Dal momento che è sempre un adulto che “*prematuro*” un bambino, non c'è trauma primitivo “che non sia la cristallizzazione di una situazione interumana e non ne conservi la traccia. ‘Un bambino non esiste’, dirà Winnicott, sottolineando provocatoriamente la complessità, la mistura psichica degli inizi della vita. La problematica propriamente psicoanalitica viene da sé: ciò che è posto, bucato, colpito al momento dell'infanzia, un altro incontro intersichico, quello del transfert, può riaprirlo, e non semplicemente ripeterlo?” (*ivi*, p. 66).

2.2.3- L'incontro traumatico

Immaginando l'*après-coup* come fenomeno universale della mente possiamo pensare come la paura del crollo si inserisca in questo fenomeno e ci possiamo chiedere, insieme a Winnicott, per quali pazienti possa avvenire il crollo. Attraverso l'esplorazione delle primissime fasi di sviluppo dell'individuo, immaginato in uno stato di immersione e legame totale con il suo ambiente, è possibile pensare, grazie e insieme a Winnicott, come questo passato remoto sia vivo nel presente del traumatico incontro con l'analisi e come vada a costituire un pericoloso blocco del tempo futuro. Come afferma André (2011) “la lacerazione traumatica consiste nello scarto tra ciò che succede e ciò che può essere compreso e integrato, in ciò che si costituisce come ‘rumore di fondo’, ma che trova solo a posteriori, nell'ascolto di un terzo e dopo aver attraversato il tempo di latenza, la condizione per trasformarsi in suono”. Balsamo (2009) evidenzia come l'*après-coup* sia un trauma e non una semplice ripetizione “perché contiene elementi di significazione che aprono, a condizione d'incontrare un ascolto e un'interpretazione, su una trasformazione

del passato. A condizione di incontrare... un altro” (p.40). Come abbiamo sottolineato nel primo capitolo relativamente a *Niente al centro* l’analista in alcuni casi è il primo *après-coup*, da intendersi come processo di trasformazione e costruzione, e non solo come prima traduzione di eventi traumatici silenti. Frisch e Ylander (2013) in una discussione a un lavoro di *Kuenstlicher sull’uso del concetto di Nachträglichkeit* e l’idea di trasformazione, evidenziano che questo fenomeno non si limita ad esprimere una doppia direzione temporale che dal presente va al passato e viceversa, ma “riguarda l’operare del trauma stesso. Le parole dell’analista sbloccano la situazione traumatica per la quale la paziente non aveva mai avuto parole e aprono la strada all’elaborazione”. Nella situazione transferale il trauma si ripete nel presente della cura per essere accolto: in questi momenti è la mente dell’analista al lavoro che si costituisce come posteriorità e attraverso l’ascolto recupera il significato profondo della vicenda traumatica. La *Nachträglichkeit*, come afferma Marion (2011), “rappresenta la postura caratteristica della mente dell’analista al lavoro, che si costituisce come posteriorità, e differenzia il movimento transferale da una semplice ripetizione coattiva di antiche relazioni oggettuali interiorizzate e da uno sviluppo progressivo. Transfert e seduta analitica implicano sempre ‘un’altra scena, un altro tempo e un altro oggetto’”. Se da una parte questo fenomeno rappresenta la possibilità della messa in parole e della elaborazione del trauma in un secondo tempo, dall’altra costituisce il tempo in cui la vicenda traumatica si lega ad un terzo, ovvero l’analista, uscendo così dalla relazione primitiva. In questo modo è possibile un’apertura a movimenti e possibili trasformazioni. Come sottolinea Balsamo (2009), “il processo della cura può essere pensato come la costruzione di una seconda o di un *n* scena che rimette in movimento i processi trascrittivi e di simbolizzazione bloccati, attraverso la diminuzione della forza traumatica e la riattualizzazione delle tracce” (p.16).

Andrè (2009) attraverso il caso di Aurora ci parla della messa in atto nel transfert del trauma precoce, i suoi *après-coup* e la nascita in vivo, nel qui e ora della cura, del tempo o, meglio, dei tempi. L’autore evidenzia come se il primo colloquio di un’analisi permette le condizioni quasi certe di un fenomeno d’*après-coup*, nel doppio registro del trauma e dell’apertura, nell’evoluzione della cura questo è molto meno garantito dal momento che “la congiunzione feconda di un momento traumatico e di un rimaneggiamento psichico conseguente si fa spesso attendere; quando non tradisce tutte le aspettative: ‘niente succede in quest’analisi’” (p.38). L’*après-coup* è un “affare di tempo” e non è possibile isolarla da una concezione psicoanalitica vasta e complessa della temporalità (*ibidem*).

Vedremo come sarà un colpo, un après-coup ad innescare il movimento verso la simbolizzazione. Se nell'*Uomo dei lupi* il colpo può essere rintracciato in un sogno, in Aurora sarà una seduta annullata, o forse il primo colloquio preliminare con l'analista, ad aprire un nuovo spazio di possibile elaborazione, una messa in moto dei tempi: seduzione traumatica del sogno per Serguï, "seduzione traumatica dell'incontro analitico" per Aurora. Come sottolinea Freud (1914) "anche sognare è un modo per ricordare, anche se un ricordare soggetto alle leggi [...] della formazione onirica" (p. 527). Ciò che è rimasto incistato e privo di senso dei traumi precoci può essere storicizzato nell'incontro/scontro con l'analista, incontro inevitabilmente traumatico. Il processo di simbolizzazione di un trauma precoce "non risparmia mai l'odio o la *detrasse*, un sentimento doloroso di distruzione o di perdita, quando non di vera e propria depressione" (p.87). La prima telefonata di Aurora all'analista costituì un primo avvertimento. Dal suo tono di voce, come afferma André (2009), "avevo creduto per un istante a un annuncio commerciale [...] il nostro primo incontro confermò la prima impressione. Aurora esibiva un costante sorriso, di quelli che si insegnano alle scuole commerciali" (*ibidem*). Niente di leggero invece per quanto riguarda ciò che la spinse a questo primo incontro, si trattava di due aborti consecutivi. Durante il secondo appuntamento Aurora precisò che era mancato poco che non venisse. "Il caffè nel quale si era rifugiata subito dopo l'incontro, si chiamava *L'imprévu* [L'imprevisto]... Crollo impercettibile dietro la facciata intatta del sorriso, il primo incontro l'aveva calata in un abisso d'angoscia. Un'angoscia senza nome, piena di vuoto, al di là di quello che l'immagine poteva mostrare. La questione dell'eventualità della cura non si poneva neanche più. L'analisi a mia insaputa si era già ingaggiata, profondamente ingaggiata: paradosso della forza selvaggia e smisurata del transfert, quando ciò che s'incarna è una figura del vuoto, un'indifferenza" (p.32). Molto più tardi, nel corso dell'analisi, Aurora potrà verbalizzare quello che in questo primo incontro l'aveva pietrificata e angosciata: il silenzio dell'analista, l'antipatia che le aveva suscitato, i suoi abiti neri. Aurora "aveva evitato di venire tutta vestita di nero com'era sua abitudine, io ero tutto nero, da capo a piedi: momento speculare d'inquietante estraneità quando l'inconscio sorge innanzitutto dall'esterno e viene meno per un istante il clivaggio ordinario" (*ibidem*). Fare esperienza dell'inconscio significa fare esperienza del fatto che non siamo individui così congruenti, univoci, noti a noi stessi, come tutti quanti crediamo. L'esperienza di contatto con l'inconscio è un incontro inquietante dal momento che si tocca un'estraneità interna, un familiare estraneo e questo genera una sensazione di spaesamento e vacillamento, una dislocazione rispetto all'idea di un Io

totalizzante. Se la speranza psicoanalitica sopravvive “è perché per fare un trauma occorre essere in due, nel momento della prima battuta come in quello, après-coup, del transfert e controtransfert” (p.68). L’ambiguità della posizione asimmetrica dell’analista, che oscilla tra un massimo di vicinanza e prossimità e un massimo di estraneità, le potenti forze suggestive e seduttive che mette in moto (Blass e Bennett, 1994), gli aspetti enigmatici presenti contribuiscono non solo all’evocazione di ricordi infantili, esperienze traumatiche, scene seduttive reali o fantasticate, ma alla loro stessa costruzione. Come afferma André (2009), “la psicoanalisi è una scena di seduzione, quella che nasce dall’incontro tra il più intimo e il più estraneo e che permette al fenomeno d’après-coup, scoperto con la teoria della seduzione, di ritrovarsi in terra natale” (p.88). Come sottolinea Marion (2012), “l’ambiguità e la disposizione asimmetrica del dispositivo analitico riproducono qualcosa che è all’origine dell’esperienza umana. Essi non si limitano a rendere possibile l’emergere del conflitto infantile, si costituiscono come ‘messaggi enigmatici’ (Laplanche), potenzialmente traumatici in sé, in grado di avvicinare la realtà psichica del paziente e dare avvio al processo trasformativo. Alla luce di questa evoluzione, anche l’ideale terapeutico ha potuto cominciare a modificarsi da obiettivi più esplicitamente riparativi (annullare il sintomo, il disagio) a un processo orientato e governato dall’idea di trasformazione”. Il fenomeno dell’après-coup è un trasformatore, è un “passaggio” dalla ripetizione coattiva alla rimemorazione, dal caos alla storicizzazione, “dall’*infantia* alla parola”. Aurora uscendo da una seduta incrocia nel cortile una giovane donna che attendeva e “mai aveva pensato che si potesse *attendere*” (André, 2009, p. 52). Un *imprevisto* sopraggiunge a generare quello che il movimento ordinario della cura non sa produrre: “il ricordo, la *messa al passato*, è l’après-coup che lo consente, è esso che lo storicizza. Prima dell’après-coup, c’è soltanto una *battuta*. La sua riemersione non ha a che vedere con la rimemorazione, piuttosto è una coincidenza, una collisione tra un *fuori* e un *dentro*. Dei commessi che ridono, dei cavalli in una scuderia, una sconosciuta nel cortile, uno psicoanalista sul Pont Neuf... Qualche *cosa* arriva da fuori e urta qualche *cosa* dentro. Tra dentro e fuori, l’après-coup, essere di passaggio, non si fa facilmente localizzare” (p.64). Aurora permette di cogliere in *vivo* la nascita dei tempi. Dopo alcuni mesi in cui l’analisi era alla deriva, un “*non tempo*” angosciante in cui Aurora cominciò ad assentarsi più del solito a volte presentandosi solo per mezza seduta, arrivò un giorno molto pallida, aveva appena scoperto la morte di un vecchio amico di famiglia. Il giorno precedente i genitori, per proteggere la figlia un giorno in più dato un importante incontro di lavoro, l’avevano rassicurata ma la notizia

era falsa, l'amico era già morto. Le parole balbettate d'Aurora "stentavano a cogliere quell'impensabile, le ventiquattro ore di non vita-non morte, il tempo bianco che aveva non-vissuto, quel momento di non esistenza" (p. 75). Ciò che sembrava un tempo "senza tempo" di uno sgomento insensato "apparve al contrario tanto precisamente nella sua durata, due mesi, che nelle sue date d'inizio e fine: la prima, quella della nascita d'Aurora, la seconda, quella che avrebbe dovuto vederla nascere se non fosse stata prematura": "i due mesi alla deriva non sono il primo colpo, ma la sua "ripetizione", la sua invenzione; le ventiquattro ore in bianco non sono il tempo 1, ma la sua rappresentazione" (p.76). Soltanto il padre desiderava un bambino, la madre non la voleva e non si può *nascere* veramente se non si è *attesi*. Vediamo come però la realtà del transfert attualizza sempre la realtà psichica, che non è mai fotografia di ciò che è stato: "il transfert, paradossalmente, è ripetizione di ciò che non è mai accaduto" (*ibidem*). Accadde infatti poco tempo prima che l'analista dovette interrompere la sua attività per una settimana e "possiamo pensare che l'incarnazione successiva della 'vita non vissuta', i due mesi di *detresse* transferenziale, sia l'elaborazione, la generazione di questo infelice evento? Si comprende allora l'ipotesi sottintesa: tempo 1, quello che riapre il tempo, la seduta soppressa, Aurora annullata, l'odio espresso poi rimosso; tempo 2, quello del primo colpo, la durata elisa della gravidanza, l'impazienza materna, impossibile *attendere*, l'espulsione affrettata, un colpo nel vuoto all'alba dei tempi. Poi, i due mesi *in absentia* e la morte bianca, come altrettante repliche e metamorfosi di una prima materia bruta" (*ivi*, p.77). Aurora era senza storia. La temporalizzazione, l'iscrizione del tempo nella psiche, non è data a priori. Inizierà gradualmente, nel corso dell'analisi, la genesi della temporalità attraverso dei marcatori elementari come quando affermerà "dopo l'ultima seduta", "all'inizio", "da quando", un processo che ha potuto avviarsi solo in seguito a una mancanza, *failure* dell'analista. Per i pazienti per i quali è stata inventata l'analisi, il presente lavora sulla rimemorazione dell'infantile e sull'attesa mentre, per molti pazienti come Aurora, il presente è assente. Aurora riempiva questa assenza con le parole, parlava anche per non dire niente, o meglio "per dire *il niente*". Siamo davanti un passato privo di ricordi per mancanza di storia, un presente che si muove nell'identico, un avvenire incerto dove prevedere le vacanze "getta un velo bianco su tutto il pensiero". La seduta annullata è annichilente ma feconda perché in questa nuova scena la presenza dell'analista non è così *imprevedibile*. Se all'inizio dell'analisi l'imprevedibilità era angosciante e impensabile, gradualmente può essere simbolizzata. Come la *madre sufficientemente buona*, che permette che l'urto sia sostenibile e generativo in quanto il bambino grazie

all'assenza può sviluppare un pensiero creativo, così l'analista tramite un movimento di presenza-assenza introduce una *differenza* tollerabile. Se non si dispone della continuità "d'essere(-amato) è impossibile giocare all'assenza, *prendersene gioco*", direbbe Winnicott. Come sottolinea André (2009), "l'integrazione dell'alternanza presenza-assenza dipende dall'intima certezza di una *continuity of being*. Il contrario di 'continuo' non è 'discontinuo', ma imprevedibile" (p. 81). Scrive Winnicott (1989): "i miei casi più disperati hanno avuto delle madri che oscillavano tra ingerenza e negligenza" (p.187). D'assenza in assenza Aurora "esplora la sua attitudine alla sopravvivenza, la *mia* attitudine alla *sua* sopravvivenza" (André, 2009, p. 82). Come afferma Bonaminio (2004) "l'analista può essere per il paziente l'altro che gli permette di *ri-trovarsi* solo se egli, l'analista, è se stesso, se rivendica, per così dire, i propri confini e la propria individualità, così radicalmente definita da quello 'stare vivo, stare bene, stare sveglio'" (p. 269). L'analista deve avere la capacità di farsi *usare* dal paziente e diventare la madre sufficientemente buona che si presume non abbia mai avuto (Winnicott, 1947). Aurora inizierà ad utilizzare il tempo dell'imperfetto, il che presuppone l'esistenza del passato. Il tempo dell'après-coup è il tempo che trasforma, l'incontro con l'Altro produce una breccia, una rottura, un *clinamen* nella scorza difensiva dell'"identico". Tutto ciò avviene a livello inconscio. Hautmann (2000) nel commento al lavoro di Freud sull'uomo dei lupi afferma che "la temporalizzazione dei vissuti, anche inconsci, della propria vita, così pervasiva dell'analisi di Freud, sembra conferire un particolare senso al nascondersi nell'orologio e dare alla funzione temporalizzante ricostruttiva di Freud il senso di un contenitore buono, che fa nascere, arrovesciando il terrore del padre-lupo che nell'immobilità ferma il tempo e paralizza il pensiero" (p.106).

Capitolo III: Il corpo nell'esperienza analitica

La riflessione e l'apertura verso le aree traumatiche precoci irrepresentabili e le carenze evolutive che ne conseguono nasce nel momento in cui la psicoanalisi si apre a nuove forme di sofferenza. Sempre più spesso gli psicoanalisti hanno a che fare con pazienti caratterizzati dall'inaccessibilità al simbolico e questo conduce alla necessità di interrogarsi non solo sul tipo di sofferenza dei pazienti di oggi, ma anche sulla cura nei suoi aspetti teorici e clinici. Il progressivo aggravamento della psicopatologia individuale, nel corso del secolo e il riconoscimento di fattori eziologici, sempre più spesso relativi a dinamiche profonde e precoci, conducono a riflettere sia sui fattori dell'epoca contemporanea e su come questi si ripercuotono sulla condizione psichica degli individui, sia sul cambiamento che riguarda gli psicoanalisti e la loro capacità diagnostica e tecnica. Tenendo presente questa complessità, come afferma Mangini (2001), le analisi con pazienti con ferite narcisistiche precoci presentano un grado di difficoltà maggiore e "necessitano di una costruzione metapsicologica 'aggiornata', quanto meno sulle fasi di sviluppo più precoci" (*ivi*, 380).

Abbiamo evidenziato come il dispositivo analitico, attraverso la materializzazione di una temporalità complessa, consenta di dare significato a posteriori, *après-coup*, a quelle esperienze che l'individuo ha incontrato quando ancora non c'era un Io sufficientemente maturo per significarle. Rispetto a questo abbiamo visto come Winnicott a questo proposito proponga il modello della paura del crollo per affrontare la questione del fallimento originario dell'ambiente e dell'oggetto responsivo. Questo fallimento impedisce all'Io di integrare corpo e psiche e di formare un primario senso di sé unitario. Tali forme di sofferenza pervasive e profonde, come evidenzia Gaddini (1984), sono sempre più rappresentate nello spettro psicopatologico attuale e impongono una riflessione sul metodo psicoanalitico. Riprendendo Winnicott vedremo come nelle "agonie identitarie" proprie della nostra epoca (Russo, 2013) il senso di vuoto si accentui, così come il terrore dell'arrivo di qualcosa di catastrofico. Diventa centrale fare un pensiero sul linguaggio della psicoanalisi e su come poter giungere a "dar voce a quell'impensabilità che è in relazione ai traumi precoci che hanno leso l'originaria integrità narcisistica" (Mangini, 2001, p. 384). L'uso della parola secondo il modello classico de *L'interpretazione dei sogni* (1899) fallisce e la principale preoccupazione dell'analista, in particolare rispetto alla cura delle crisi identitarie, diventa quella di "creare una parola che sia in grado di incarnarsi, di sentire nel corpo e di dare in qualche

modo una forma di espressione all'irrepresentabile [...] sessualità infantile e pulsionale slegato che non possono entrare nel linguaggio rappresentativo" (Russo, 2013, p.148). Dal momento che in molti di questi pazienti il corpo tiene il conto al posto della psiche (Van Der Kolk, 1996) potrebbe essere possibile, attraverso un linguaggio incarnato, intercettare in esso elementi mai rappresentati, che dia la possibilità di simbolizzarli. Lo psicoanalista contemporaneo sente drammaticamente l'inadeguatezza del linguaggio simbolico laddove ha a che fare con moti pulsionali slegati in cui la parola gira a vuoto. Attraverso alcuni casi clinici sarà possibile evidenziare come sul corpo si depositino "delle forme arcaiche delle prime ripetizioni, dei primi scambi madre-bambino, memorie irriducibili, prive di parola" e come l'analista possa dare continuità nella sua mente, anche attraverso l'ascolto dei suoi vissuti corporei, all'esperienza frammentata del corpo e delle parole del paziente. "È in questa oscillazione continua fra ripetizione e possibilità di trasformazione che la vita stessa si genera" (Sarmiento, 2022).

3.1 - "Se e come sono cambiati i nostri pazienti"

Gaddini pubblica nel 1984 sulla *Rivista di psicoanalisi* un articolo dal titolo "Se e come sono cambiati i nostri pazienti". La sua riflessione si concentra sui cambiamenti nel tempo dello spettro psicopatologico, notando un progressivo aggravamento della psicopatologia individuale nel corso del secolo e riconoscendo come i fattori eziologici siano sempre riguardino dinamiche profonde e precoci. Marion (2006) evidenzia come le considerazioni di Gaddini segnino un punto di svolta nella riflessione psicoanalitica, richiamando l'attenzione sulla continua interazione tra l'individuo e l'ambiente socioculturale "in cui cresce e si forma" per quanto concerne la psicopatologia e le sue forme di espressione. Eventi esterni pervasivi e traumatici, come le guerre, hanno avuto sicuramente un impatto sulla psicopatologia ma, nell'osservare il fenomeno, Gaddini (1984) ritiene preponderante il cambiamento che riguarda gli psicoanalisti per quanto concerne le loro conoscenze e la loro capacità diagnostica e tecnica. Eventi esterni, tanto più se eccezionali, costringono gli psicoanalisti a fare i conti con le manifestazioni delle nuove forme di disagio psichico e, parallelamente a questo, "gli psicoanalisti modificano e "affinano" le loro capacità diagnostiche e ampliano lo spazio di intervento" (Marion, 2006, p.1).

L'articolo di Gaddini (1984) tenta un'analisi del fenomeno dell'aggravamento della psicopatologia attraverso una rivisitazione storica dell'evoluzione della psicoanalisi. Tale evoluzione sembra essere anche, e in maniera sostanziale, legata a "straordinari e durevoli sconvolgimenti sociali" (p.563). L'evento in sé, dunque, assume grande rilievo sulla psicopatologia anche se, come abbiamo approfondito nel secondo capitolo, il trauma non è riconducibile a eventi in quanto tali, ma a una concomitanza di fattori e a come questi ultimi vengono soggettivati. La riflessione, come esplicitato nel titolo, riguarda il cambiamento della psicopatologia individuale nel tempo, cambiamento che è conseguenza del fatto che l'individuo è il risultato del suo sviluppo, ovvero "dell'interazione con l'ambiente in cui nasce e cresce" (p.560). L'epidemiologia della malattia mentale sarà diversa da una società all'altra e all'interno della stessa società cambierà nel tempo. Premesso questo, l'autore afferma come non ci siano impedimenti nel tentare di fare un'analisi del cambiamento delle caratteristiche dei pazienti dall'inizio del secolo fino ai giorni contemporanei all'autore, anche perché questa questione non è posta "in modo statisticamente oggettivo" ma tenendo conto di alcune variabili. Gaddini individua tre momenti storici fondamentali che, nella storia della psicoanalisi, hanno prodotto cambiamenti nei pazienti. Egli riconosce nella prima guerra mondiale, nella seconda guerra mondiale e negli sconvolgimenti sociali degli anni '60 le tre condizioni storiche che avrebbero avuto un peso determinante sulla psicopatologia. In definitiva l'autore rileva un parallelismo fra il cambiamento dei pazienti e degli analisti nel tempo. Se è indubbio che eventi esterni, soprattutto se così pervasivi e traumatici come le guerre, abbiano un impatto sulla psicopatologia è preponderante il cambiamento degli psicoanalisti che, attraverso la ricerca legata alla clinica, cambiano le modalità diagnostiche. Si rilevano patologie che non sono nuove e imprevedibili ma "si tratta di sindromi che erano diventate oggetto di crescente interesse per gli psicoanalisti, nel periodo precedente a tali situazioni, ma che, per effetto delle situazioni scatenanti, si manifestano in tutta la loro evidenza e si diffondono in forma, per così dire, epidemica" (*ivi*, p.577). Gli psicoanalisti, quindi, si trovano davanti dei pazienti che per lungo tempo sono stati giudicati inaccessibili alla terapia psicoanalitica. Il problema che si pone è quello di valutare in che direzione evolvano le varie forme di psicopatologia individuale quando sembra evidente un progressivo aggravamento delle forme prevalenti: "una prima volta l'isteria, una seconda volta i disturbi del carattere, una terza volta le forme borderline e le personalità narcisistiche, con fasi intervallari della durata di 25 anni... dovremo concludere che è come se stessimo navigando, nostro malgrado e con velocità

crescente, verso il bordo di una cascata” (*ivi*, p.578). La psicoanalisi a suo tempo si era allontanata dalla psicosi mentre ad oggi si trova molto vicina a doversene occupare. “Non sono i nostri pazienti che vanno verso la pazzia, ma gli psicoanalisti che si vanno avvicinando con il loro aiuto, e debitamente muniti di esperienza, a quella conoscenza perennemente temuta” (*ivi*, p.579).

La riflessione di Gaddini resta centrale nel panorama più recente, il congresso IPA del 2015 tenuto a Boston è intitolato *Psychoanalysis in a changing world*. Rispetto a quello che è emerso durante il congresso, Marion (2020) afferma: “se dovessi descrivere in modo estremamente sintetico il cambiamento che riguarda il mondo che ci circonda così come le condizioni in cui svolgiamo la nostra professione, direi che un senso di continuità sembra essersi interrotto. Le ragioni e le cause possono essere molteplici: il fenomeno della globalizzazione, internet e l’uso dei social e della realtà virtuale, che altera profondamente la dimensione spazio-temporale e permette una magica estensione dei confini, l’affermazione delle biotecnologie, per non parlare di altri momenti che ci hanno segnato tutti profondamente come l’11 settembre o la crisi economica del 2008” (p.2).

Bollas (2018) definisce l’epoca attuale “L’età dello smarrimento” per segnalare qualcosa che è successo a livello profondo nella coscienza occidentale, dove risulta centrale la perdita del desiderio verso il contatto con la realtà psichica e la ricerca di significati. Gli psicoanalisti incontrano pazienti apparentemente funzionanti sul piano sociale ma che nascondono un vuoto psichico e l’incapacità di relazionarsi in modo profondo con se stessi e con l’altro. Nicolò in *Note sul cambiamento della tecnica in psicoanalisi* (2019) sottolinea come l’esigenza di affrontare livelli primitivi di funzionamento produce cambiamenti nel modo di lavorare con i pazienti sia perché il campo di osservazione si è ampliato, sia perché siamo portati a dare senso e significato a “fenomeni prima considerati ‘extra analitici’” (p.26). L’attenzione all’area dei fenomeni non simbolizzati né rappresentati, che non coincidono con il rimosso ma che si esprimono, ad esempio, sottoforma di scarica somatica, aprono all’ambito dei fenomeni che vanno “al di là dell’interpretazione e che costringono l’analista a riflettere sugli altri dispositivi analitici, il setting, la persona dell’analista, soprattutto il modo nuovo in cui intendere la funzione e l’esercizio dell’interpretazione” (Marion, 2020, p. 3). Bastianini in *Le estensioni della psicoanalisi* (2019) evidenzia come le turbolenze emotive che si manifestano sul soma conducono l’analista a intercettare “materiali psichici eterogenei [...] al di là della rappresentazione di parola”. Come evidenziano Carrara e Zanda in *Sul saggio freudiano «Analisi terminabile e interminabile»* (1992) appare evidente che Freud, pur continuando

a sostenere il valore della psicoanalisi come tecnica terapeutica delle nevrosi e delle anomalie del carattere, presenti le diverse tematiche più per suscitare dubbi e sollecitare ulteriori approfondimenti che per esporre una tecnica e una teoria della tecnica psicoanalitiche definitive. Per quanto riguarda la cosiddetta alterazione dell'Io, affermano gli autori, se partiamo dall'osservazione che alla base dell'analisi vi sia necessariamente l'alleanza terapeutica tra Io del paziente e Io dell'analista, “risulta evidente che tale evento è tanto più possibile quanto più normale è l'Io del paziente con cui il terapeuta ha a che fare” (p.81). La piena normalità dell'Io è, tuttavia, un concetto teorico: ci si trova sempre di fronte a “svariatissimi tipi e gradi di alterazione dell'Io”, originari o acquisiti. I pazienti portatori di ferite narcisistiche precoci ripropongono in analisi modalità scandite dalla coazione a ripetere che rappresentano un partito inaccessibile e inetto alla collaborazione (Ballabio, 1995). Un'esigenza caratteristica della psicoanalisi è quella di interrogarsi periodicamente sulla relazione tra i fondamenti dell'origine (teorici, metodologici e tecnici) e gli orientamenti attuali. Come afferma Pozzi (2005): “fino a che punto sono possibili variazioni della tecnica analitica elicitate dalle trasformazioni espressive e comunicative del disagio psichico, senza che se ne producano modificazioni tali da alterarne, fino allo stravolgimento dei fondamenti, la consequenzialità con le teorie?”. Si tratta di un discrimine dinamico e complesso, sottoposto a pressioni che vanno dalla spinta ad oltrepassare dei confini alla tendenza all'arroccamento ideologico. L'autrice prosegue affermando come sia auspicabile che la prassi psicoanalitica si confronti con le problematiche poste dalle nuove forme di disagio psichico.

3.1.2 - Agonie identitarie

Russo (2013) sottolinea come l'identità umana sia plastica e priva di contorni definitivi e stabiliti una volta per tutte. Il sentimento di identità, essendo un processo in divenire, non può essere definito concettualmente ma, nonostante ciò, “ha bisogno di poggiare su un senso di permanenza di sé e di continuità dell'essere”. Questa permanenza viene trovata tramite la continuità con le generazioni che precedono la persona e “con la specie umana” (p.131). L'identità presenta un doppio statuto: siamo esseri individuali ma continuiamo, indipendentemente dalla nostra volontà, a dar vita postuma ai nostri antenati. L'essere umano dunque “genera il nuovo offrendo sopravvivenza ai propri antenati, che a loro volta gli garantiscono continuità e senso di appartenenza [...]. L'invarianza e il

cambiamento dell'identità sono, pertanto, garantiti dalla presenza contemporanea nell'essere dell'uomo del narcisismo individuale e della consapevolezza dell'assoggettamento all'Altro" (*ivi*, p. 132). Nel primo capitolo dell'elaborato abbiamo sottolineato che nel pensiero freudiano il processo di formazione del sentimento di sé, che corrisponde allo sviluppo dell'Io, dipende dalle vicissitudini della libido e dunque dalle relazioni che intercorrono tra l'investimento narcisistico di sé e l'investimento libidico dell'oggetto amato. Il sentimento di identità ha come fondamenta il narcisismo primario e l'accesso all'identità sociale e simbolica avviene tramite "il superamento dell'identificazione primaria del bambino con la madre e del narcisismo infantile" (*ivi*, p.133). L'identità sociale è fondata "sulla pluralità delle identificazioni secondarie e parziali con singoli tratti di vari personaggi" (*ibidem*) e in questi meccanismi psichici di sovrapposizione le varie figure non si confondono in una stessa immagine. I tratti delle varie figure generano un "Io composito e plurale": "entrare nel mondo simbolico del legame sociale significa per il soggetto perdere l'illusione di totale unità con la madre e accettare la molteplicità dei personaggi, che nella sua storia psichica contribuiscono a formare il suo Io e la sua identità" (*ibidem*). L'equilibrio identitario si fonda su una stabilità instabile in quanto il soggetto oscilla tra l'illusione narcisistica dell'unità e la disillusione di essere come tanti altri, divenendo molteplice. La questione identitaria è al giorno d'oggi centrale. La globalizzazione, i processi di immigrazione, il tramonto dei legami collettivi, la trasformazione del corpo, i disordini tra generazioni, hanno inferto "un duro colpo all'illusione dell'unità e della stabilità dell'identità [...], i soggetti della nostra epoca credono che l'identità possa essere una libera costruzione soggettiva del presente svincolato dal passato. Una costruzione che non tiene più in alcun conto il fattore ereditario" (p.135). Con il trionfo ideologico dell'edonismo identitario gli individui hanno l'illusione di essere liberi di inventare la propria identità, negando i propri debiti con le generazioni precedenti e sentendo così di appartenere solo a se stessi. La rottura dell'identità in continuità con gli antenati "a volte si presenta come una conquista e un trionfo della libertà individuale, mentre in realtà è una ferita aperta, una lacerazione [...]. Le trasformazioni identitarie dell'epoca contemporanea si ripercuotono sulla condizione psichica di molti individui, il cui senso di vuoto si accentua [...]: il soggetto contemporaneo vive una sorta di agonia identitaria e da qualche parte si attende con terrore l'arrivo di qualcosa – sconvolgimento, catastrofe - che è vicino a quel crollo che già avvenne nel passato dimenticato" (p.137). Tra le agonie primitive legate al crollo Winnicott elenca il senso del cadere sempre, la perdita dell'unità somato-psichica, la

perdita del senso di realtà, il ritorno a uno stato non integrato. Russo aggiunge a questa lista la “paura di perdere il senso di sé, che si manifesta con il terrore di una morte psichica annunciata, perché già avvenuta nel passato. È quella che chiamo agonia identitaria” (*ibidem*). Si tratta di individui che vivono la loro vita, apparentemente integrata e ben adattata alla realtà, con il terrore di minacce future che possono portare a malattie, a disastri fisici e sul piano degli affetti, al terrore di impazzire. Quinodoz, di cui tratteremo nel sotto-capitolo relativo a *Le parole che toccano* (2004), chiamerà pazienti eterogenei coloro che traducono la paura di non riuscire a conservare la propria unità interna “esprimendo, in forma latente o manifesta, l’angoscia di diventare ‘folli’” (p. 24). Alcuni pazienti non sopportano di sentire dentro di sé movimenti divergenti e “hanno la sensazione di essere squartati e di andare in pezzi in diversi modi, trascinati da tali forze centrifughe. Lungi dall’aver potuto installare dentro di loro un oggetto che integri, essi sentono che l’oggetto stesso rischia di andare in pezzi” (*ibidem*). Si tratta di individui che cercano nell’analista una persona che possa provare questo sentimento, ovvero il poter diventare folli, senza esserne troppo angosciato. Gli individui che vivono il terrore quotidiano del crollo del Sé sono fragili, bisognosi di rispecchiamento e l’analista deve dare una forma di parola alla ripetizione coattiva. Egli deve creare parole che “al di fuori del senso e della rappresentazione toccano nel corpo sensazioni ed elementi traumatici silenti e privi di parole per essere comunicati” (Russo, 2013, p. 141). L’analista ascolta non solo i suoi affetti controtransferali ma anche i fantasmi corporei che li accompagnano. La presa di coscienza dei fantasmi corporei è importante perché, sottolinea Quinodoz (2004), “essi costituiscono un punto di partenza essenziale per pensare e simbolizzare” (p.57). La clinica si trova a confrontarsi sempre di più con la distruttività psicotica, i disturbi narcisistici degli stati-limite, la melanconia, tutte condizioni in cui non può funzionare a sufficienza l’esercizio di uno strumento attivo, come per esempio l’interpretazione, ma solo l’ascolto dei moti profondi del paziente. Le nuove forme cliniche del vuoto hanno contribuito a fare chiarezza su una questione fondamentale riguardante le funzioni dell’analista. Rispetto a questo Balestriere (2003) sottolinea come il punto non riguardi affatto la possibilità per l’analista di “fare la madre” bensì di mettere in gioco la madre metapsicologica attraverso principi di cadenza, contatto e ritmo. La conseguenza più significativa è, come afferma Pozzi (2005), “lo smantellamento del luogo comune dell’ingenuo richiamo alla funzione materna dell’analista [...] a favore di una situazione più complessa che trascenda entrambi, analista e paziente: la relazione come struttura, come terzo”. Freud (1920) afferma che se “la psicoanalisi era soprattutto

un'arte dell'interpretazione [...] deve consentire che il paziente riviva una certa parte della vita passata" (p.204); compito dell'analista è " 'dar voce' alla dimensione affettivo-sensoriale del paziente, spesso non esprimibile con gli strumenti del processo secondario, ma attraverso una funzione paraeccitatoria e di *rêverie*, in modo che questo 'affettosensazione' possa *creare* la sua rappresentazione (Racalbutto, 1994)" (Mangini, 2001, p.388). Per alcuni psicanalisti oggi la meta da raggiungere riguarda ancora essenzialmente l'area del pulsionale ma non più intesa come sforzo d'imbrigliamento, che l'esperienza ha dimostrato fallimentare, ma piuttosto in quanto "tentativo di comprensione del passaggio dal pulsionale allo psichico [...]. Il fine è l'individuazione di possibili percorsi fondati, in evidente contrasto con tentativi precedenti d'imbrigliamento [...] e ciò significa anche mettere in campo in primo piano il versante della pulsione relativa al somatico: la centralità del corpo, non più solo in senso simbolico come nelle isterie. Si tratta del corpo consapevolmente attentato, ferito, usato dimostrativamente per uno scopo relazionale, dove spesso è l'odio che prevale" (Pozzi, 2005). L'analista deve accostare la dimensione del vuoto che si cerca di negare, dissimulare o coprire attraverso la costituzione apparente di un falso pieno e "solo accogliendolo semplicemente (e non è certo agevole) è possibile facilitare una via d'accesso al vuoto [...] corpi apparenti che non sempre corrispondono a un sentimento di appartenenza, ma che anzi spesso fungono da segnali di uno scollamento dal normale senso di riconoscimento del proprio corpo [...] e che anche nelle condizioni estreme, evidenziano che l'espressione attraverso il corpo ha comunque carattere di comunicazione di eventi psichici non altrimenti rappresentabili" (*ivi*).

La prospettiva dell'importanza della relazione d'oggetto ha condotto a mettere in evidenza il ruolo delle relazioni oggettuali primarie nella costituzione delle strutture psichiche individuali e ha permesso di orientarsi meglio nei casi-limite, disturbi psicosomatici e patologie narcisistiche. Questo ha condotto ad allontanarsi sempre più dal ruolo della pulsione privilegiando gli aspetti relazionali fino a giungere, afferma Racalbutto (2003), "a quegli estremismi teorico-clinici che, bocciando *tout-court* la metapsicologia freudiana, arrivano a sostenere [...] che la pulsione non esiste, che è inutile parlarne perché è inconoscibile (come se l'inconscio stesso, su cui si fonda l'intero edificio teorico-clinico psicoanalitico, non fosse, almeno in quanto tale, altrettanto inconoscibile); che le 'ricostruzioni' in analisi sono inutili e prive di senso, dato che conta solo *'hic et nunc'*; che quindi forse non c'è neanche il transfert [...], che il concetto di 'setting' può essere ormai superato [...], che conta la sostanza della 'relazione analitica'"

(p.618). L'autore evidenzia che, cestinando la complessità del pensiero freudiano e la ricchezza dei concetti di rappresentazione e affetto, i rischi siano quelli di “ridurre la cura analitica a una pura trasmissione di emozioni fra analista e paziente” e “finire per ignorare il ruolo centrale dell'affetto” (*ibidem*). Prosegue affermando che la questione si fa altrettanto oscura se tentiamo di risolvere il destino degli affetti e rappresentazioni esclusivamente in termini pulsionali e intrapsichici. Se invece “il ‘rappresentante psichico della pulsione’ [...] trova la rappresentazione con l'ausilio o il concorso dell'altro (la *rêverie* materna) che lo rappresenta, riempiendo il vuoto di significazione rappresentativa [...], la relazione ‘sufficientemente buona’ appare come l'ambito in cui rappresentazione e affetto si collegano” (*ibidem*). Senza un “apparato per pensare i pensieri”, una *rêverie* materna (o analitica), l'affetto non può che manifestarsi come affetto-sensazione, non potendo essere trasformato in elemento rappresentativo. La *rêverie* materna è un elemento relazionale irrinunciabile e come “la *funzione alfa*, veicolata dall'oggetto che presta le cure, incontri il mondo caotico delle scariche pulsionali (analoghe agli *elementi beta* di Bion) e svolga le sue mansioni di decodifica, di traduzione, di attribuzione di senso” (*ivi*, p. 621). La relazione viene investita prima di poter essere percepita e percepita prima di poter essere rappresentata: è all'opera nel bambino una modalità prevalentemente pulsionale che via via procederà verso rappresentazioni di cosa e di parola, fino all'uso del simbolo. Abbiamo già sottolineato come pulsione e oggetto siano in rapporto dialettico e vediamo come l'analogia tra “modello freudiano (pulsione-affetto-rappresentazione) e quello bioniano (elementi beta-funzione alfa-*rêverie*) permette di pensare ad un possibile accordo e ad aspetti complementari tra teoria pulsionale e teoria relazionale” (*ibidem*). Con Freud “vogliamo testimoniare la legittimità di usare ancora il concetto di pulsione” in quanto “garante massimale dell'inconscio” ma “non possiamo dimenticare di essere psicoanalisti e proprio per questo *in relazione* con la psicoanalisi. Infatti, tale identità comporta essere consapevoli che il rapporto con Freud e con la psicoanalisi è un rapporto di transfert in definitiva irresolubile, che obbliga l'analista a una continua revisione ed elaborazione, a un lavoro di costruzione/ricostruzione della sua personale relazione con la psicoanalisi e con Freud, quindi anche del proprio modo di lavorare, di pensare clinicamente e teoricamente” (*ivi*, p.633).

3.1 - *L'enigma inscritto nel corpo*

Pola (2017) evidenzia come l'interesse per il corpo e per la relazione mente-corpo sia presente nella psicoanalisi fin dagli albori e come ad oggi sia tornata al centro del dibattito. Mangini (2015) afferma che il corpo di cui parliamo, il corpo della psicoanalisi, non è il corpo anatomico della medicina né quello dei processi neurofisiologici delle neuroscienze bensì parliamo “di un corpo-psichico, un corpo che fin dall'inizio è un corpo sessuale che ‘parla’, anche se necessita di un ascolto per essere compreso” (p.149). Abbiamo già visto come Winnicott intenda il corpo come “psiche-soma” originario, destinato ad un investimento libidico originario e da cui gradualmente si differenziano le funzioni mentali. Un investimento “narcisistico”, nel pensiero di Freud, sull'Io-corporeo. Freud attribuisce un ruolo centrale al corpo fin da *Studi sull'isteria* (1895) ravvisando una connessione tra psiche e soma che porterà all'elaborazione, in *Pulsione e i loro destini* (1915), del concetto di pulsione, intesa come limite tra psichico e somatico. Il corpo come oggetto psichico della psicoanalisi è “un corpo pulsionale” (e, *in fieri*, ‘psicosessuale’) del tutto diverso dal campo anatomico della medicina, dagli ipocondri dell'anatomia, dal corpo peccatore e da mortificare della religione, dal cervello delle neuroscienze” (*ivi*, p.151). Il funzionamento psichico è il corpo delle rappresentazioni inconsce e dunque vedremo come lo psichico non indichi i processi coscienti, i quali sono lacunosi, quanto i processi “concomitanti di natura somatica, che sono inconsci e ‘in sé inconoscibili né più né meno di quelli di cui si occupano altre discipline scientifiche” (p.39). Ci riferiamo dunque a un'idea di “psichico” che contiene in sé sia elementi corporei che mentali. Attraverso alcuni esempi clinici vedremo come il corpo “esprima ciò che in genere non è esprimibile se non in un linguaggio pre-verbale corporeo e pre-rappresentativo” (Mangini, 2015, p.153). De Toffoli (2014) afferma che corpo e mente sono co-determinati: “i processi per cui il soma viene dotato di vita psichica e la psiche si rappresenta nel corpo necessitano di una costante oscillazione tra l'essere uno e l'essere due” (p.292). Dal lavoro somato-psichico della coppia madre-infante fino alla sua riattualizzazione nel processo analitico “la continuità tra gli inconsci è anche una continuità psicosomatica tra corpi e psiche della coppia” (*ivi*, pag. 39) e dunque è solo nella cornice di un modello bipersonale che si può comprendere come l'individuo fin dall'inizio si costituisca come un'unità psicosomatica all'interno di un sistema biologico formato da “due unità corporee e due avventure psichiche” (*ivi*, p.175) inestricabilmente connesse, con una continua trasformazione dal somatico allo psichico e viceversa. La

matrice psicosomatica dell'esperienza di sé si costituisce e può essere compresa soltanto all'interno di un contesto almeno duale. L'autrice, in accordo con Winnicott, sottolinea che quando irrompono eventi traumatici precoci l'unità psicosomatica in formazione può "scollarsi" e l'analista può trovarsi a cercare il paziente nel luogo di questo "scollamento originario" (De Toffoli, 2017). A questo livello di funzionamento primitivo della mente diventa fondamentale prestare attenzione agli accadimenti somatici di paziente e analista in quanto, come evidenzia Passi (2015), il corpo diviene il "luogo concreto delle valenze transizionali" (p.17) e tale esperienza incarnata può essere vista come un processo di avvio per la creazione di uno spazio potenziale tra sé e altro, tra esperienza riflessiva e percettiva. Vedremo come, a partire da Freud (1938), all'interno di questa visione non dualistica, psichico e somatico sono un'unica realtà e in analisi si apra lo spazio per incarnare somaticamente vissuti psichici o corporei. Ferri (2022) afferma che Winnicott fu un "analista-ambiente" che ha imparato ad ascoltare il suo "controtransfert psicosomatico". Il bambino, come il paziente, deve poter sperimentare l'illusione di creare l'oggetto. Questo è alla base di ogni esperienza creativa e ha a che fare con il senso di esistere. Ferri e Zanelli (2013), attraverso un caso clinico, sottolineano l'importanza che l'analista dia continuità nella mente all'esperienza frammentata del corpo e delle parole del paziente, anche attraverso il coinvolgimento del corpo dell'analista. Ferri (2022) afferma che, come direbbe Gaddini (1981), l'analista dovrebbe partire dalla "mente nel corpo": "se l'analista sopravvive al caos e al senso di vuoto, entrambi possono cominciare a esistere, creativamente insieme" (*ivi*). Quando Winnicott parla di creazione sembra intendere che la funzione analitica sia quella di mettere al mondo ciò che non è mai nato, mai esistito per il soggetto. Se gli interventi dell'analista sono eccessivamente saturi e lontani dalla realtà psichica del paziente "non si aiuterà lo sviluppo della mente e di un vero Sé" (*ibidem*). L'autrice continua sottolineando che l'Io è prima di tutto un Io corporeo e il primo transfert è di natura sensoriale e psicosomatica: "l'analista accetta di essere distrutto dal paziente, per dirla con Winnicott. Accetta di portare dentro di sé e nel suo corpo il vuoto mortifero" (*ibidem*) incistato nella non mente del bambino, conferendo a quest'ultimo, tramite la sua integrazione mente-corpo, sopravvivenza. Nella stanza d'analisi dovremo continuamente transitare tra corpo e mente, tra interno ed esterno, tra sonno e veglia. Tutte queste valenze sono riferite alla coppia analitica e quindi anche al corpo dell'analista: è questo transito che crea l'area di illusione di cui parla Winnicott. Come afferma Gaddini (1981), in *Note sul problema mente-corpo*, l'incontro con l'altro può facilitare l'emergere di fantasie nel corpo e come la prima immagine di un Sé separato

e distinto compaia in un primo momento come rispecchiamento nella mente dell'altro, il quale, come evidenzia Ferri (2022), “deve essere in grado di accoglierla e di farla divenire una fantasia sul corpo”. In questo modo può avere inizio la separatezza e la presa di coscienza di sé come oggetto. L'analista può entrare in contatto con il paziente solo attraverso il sogno e la propria coscienza mente-corpo, permettendo, così, che anche quella del paziente diventi “una coscienza incarnata in un corpo simbolico e significante” (*ibidem*).

3.2.1 - Corpo e Psiche sono estesi

La psicoanalisi inevitabilmente incontra, fin dalle sue origini, l'enigma eterno “corpo/psiche” (Freud, 1899, p.132). Freud comprende già dai primi scritti che la scoperta dell'inconscio modificherà in modo radicale il rapporto tra corpo e psiche e le loro relazioni. Durante il suo esilio a Londra, Freud ci consegna un'affermazione affascinante ed enigmatica: “*la psiche è estesa, di questo non sa nulla*” (Freud, 1938, p.566). Si tratta di un appunto riunito insieme ad altri con il titolo *Risultati, idee, problemi* (1938), circa un anno prima della sua morte. Lo stesso anno della nota Freud in *Compendio di psicoanalisi* (1938), pubblicato incompleto, ci lascia un'altra affermazione enigmatica: “la psicoanalisi reputa che i presunti processi concomitanti di natura somatica costituiscano il vero e proprio psichico, e ciò prescinde a tutta prima dalla qualità della coscienza [...]. L'Io psichico è in sé inconscio” (p. 584). Bastianini (2016) afferma che in entrambe le riflessioni Freud “ci stimola a mettere a fuoco una psiche la cui estensione va al di là della coscienza, ed inoltre, è l'inconscio che ospita i processi di natura somatica, il vero e proprio psichico” (p.1). Fino alla svolta del 1920, Freud era dubbioso davanti alla novità epistemologica che il postulato dell'inconscio introduce riguardo la relazione tra mente e corpo. Come sottolinea Russo (2013) Freud ha “sentito” l'influenza ideologica del positivismo: “la mentalità dominante nell'epoca freudiana ritiene che corpo e psiche siano ‘cose’ che esistono di per sé, separate l'una dall'altra e indipendenti dalla coscienza” (p.30). Nella prima versione epistemologica freudiana si riscontra la tendenza a un rigoroso dualismo, versione definita nel *Progetto* (1985) e mantenuta in *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica* (1910). Tuttavia, già nel 1895, nel secondo capitolo di *Studi sull'isteria* Freud, dal momento che il sintomo isterico ha un significato, intuisce che “l'inconscio conduce in un territorio inesplorato [...], un

territorio incognito dove corpo e psiche si estendono fino a toccarsi e a mescolarsi in un'unità" (Russo, 2013, p.33). Nello scritto freudiano sull'isteria corpo e psiche restano separate, tra esse vi è una simbolizzazione reciproca: il corpo trova simbolizzazione nella psiche, quando appare il linguaggio, e la psiche si simbolizza nel corpo, quando perde l'uso del linguaggio. Ma la grande novità la troviamo nelle ultime righe, quando Freud afferma: "l'isteria e l'uso linguistico attingono a una *fonte comune*" (Freud, 1895, p.331). La fonte comune contiene, come sottolinea Russo (2013), "mescolati e indissolubili corpo e psiche. Egli pone le basi, senza forse neanche accorgersene del tutto, di una ricerca psicoanalitica sulla relazione tra corpo e psiche, che tenga conto del postulato dell'inconscio [...]. A partire dagli 'Studi sull'isteria' sembra ricercare un principio di individuazione del corpo e della psiche a partire da una sostanza indifferenziata, la fonte comune" (p.35). Ciò significa ritenere che il corpo non è soltanto corpo e la psiche non è solo psiche. Tornando alla frase iniziale *la psiche è estesa, di questo non sa nulla*, affermare questo significa immaginare un sistema energetico originario, "un'estensione indifferenziata e inconscia dal quale si generano le individuazioni del corpo e della psiche" (*ivi*, p.32). Tale ipotesi rompe in modo radicale con l'idea positivista di un dualismo mente-corpo ed è conseguenza del postulato dell'inconscio: "l'estensione inconscia rimanda all'idea di un qualcosa che è di più del corpo e della psiche, di un sistema le cui componenti sono indissociabili e mescolate tra loro, ma sono anche potenzialmente dissociabili e separabili" (*ibidem*). Simondon (2001) ha studiato l'operazione di individuazione psichica e la sua ipotesi viene resa chiara da alcuni elementi fondamentali dei quali ci interessa particolarmente il terzo: il sistema metastabile. Il primo elemento riguarda l'essere preindividuale, un sistema dove le singolarità sono potenziali e non individuate. Il secondo ha a che fare con lo sdoppiamento del sistema preindividuale, che è "più che unità e più che identità" (p.29), in corpo e psiche. Il terzo elemento è la condizione preliminare all'individuazione, ovvero il sistema metastabile: si tratta di "un caso di mescolanza tra parti singolari indissociabili, potenzialmente individuabili e differenziabili. Il sistema in stato di 'più che unità' e 'più che identità' è un sistema sovrassaturo, in tensione instabile" (Russo, 2013, p. 36). Il processo di individuazione corporeo e psichico non esaurisce, anzi spesso aumenta, i potenziali del sistema preindividuale: l'individuazione non supera mai del tutto i resti del sistema preindividuale e dunque individuo corporeo e psichico coesistono con essi. L'individuazione costituisce il passaggio dalla dotazione psicosomatica alla configurazione dell'individuo, irripetibile nella sua singolarità. L'individuazione non

esaurisce mai corpo e psiche in quanto essi restano a certi livelli indissociati e le loro manifestazioni coscienti non sono entità differenti ma “forme diverse di strutturazione di una stessa esistenza inconscia, categorie stabilite dalla coscienza” affinché interpreti i segnali provenienti dalla “fonte comune”: “corpo è ciò che la coscienza percepisce attraverso i cinque sensi e non è collegato ai significati [...]. Il funzionamento psichico, invece, è il corpo delle rappresentazioni inconscie, che è collegato alla catena dei significati. Somatico e psichico sono categorie costruite dalla coscienza” (ivi, p.38). La seconda ipotesi formulata da Freud nel *Compendio* (1938) individua nel corpo “il vero e proprio psichico” (p.585) e dunque lo psichico non indica tanto i processi coscienti quanto quelli inconsci di natura somatica. Il sistema metastabile preindividuale di Simondon è bene rappresentato dal concetto di “pulsione” freudiano. In *Pulsioni e i loro destini* (1915) Freud definisce la pulsione “un concetto limite tra lo psichico e il somatico, [...] il rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dal corpo e pervengono alla psiche” (p. 15). La pulsione è un’entità teorica che contiene corpo e psiche, è il sistema metastabile che li contiene mescolati ma potenzialmente differenziati. È importante evidenziare l’identità antisemantica della psicoanalisi, con la quale si assiste a una stratificazione dei significati che ciascuna parola porta con sé: la parola, sganciandosi dal suo significato da vocabolario, può aprire ad un uso immaginifico. Rispetto a questo Abraham (1994), commentando la relazione tra soma e psiche, afferma: “l’anemia, qui, è nel termine *somatico*. È evidente che non può trattarsi in questo caso del senso biologico [...] di contraccolpo anche *psichico* è a sua volta designificato” (p. 202). La pulsione è l’inconscio per eccellenza, la relazione tra corpo e psiche è misteriosa e non conserva il significato fenomenologico dei termini, offerto dal senso comune. Green (1991) evidenzia che grazie alla vettorizzazione, una qualità innata del sistema pulsionale, la pulsione investe il corpo e l’oggetto andando verso il linguaggio e la possibilità di simbolizzazione. La vettorizzazione della pulsione tende alla semantizzazione e tale processo segna la trasformazione del “corpo proprio dichiarato assente” in quanto non ancora differenziato né rappresentabile, dunque quell’esperienza monistica “dell’Io ‘inchiodato’ al proprio corpo” investito narcisisticamente, nella rappresentazione del corpo stesso attraverso la relazione con l’altro, meta di investimento libidico e oggettuale (Russo, 2013, p. 41). L’ipotesi del “dualismo della riunione” di Green (1989, p. 69) si riferisce all’esperienza di ritrovamento del corpo assente nell’esperienza con l’altro: la psiche ritrova il proprio corpo assente che si incorpora nell’oggetto con cui è in relazione. Green definisce lo psichico come “la relazione tra due corpi di cui uno è assente”.

L'enunciato iniziale *“la psiche è estesa, di questo non sa nulla”* significa che la psiche ha le sue radici nel corpo assente e, afferma Russo (2013), *“proprio il non saper nulla del corpo assente che essa è, mette la psiche nella condizione di costituirsi come psiche e di autorappresentarsi come psiche. Anche il corpo assente della psiche è esteso, perché si incarna nelle esperienze del pensiero e del senso, che perdono nella loro relazione con l'inconscio ogni illusione di identità. Ciò costituisce la specificità del lavoro psicoanalitico: il corpo non è corpo che come psiche e la psiche non è psiche che come corpo”* (p. 43). Bastianini (2016) afferma che soma e psiche intrattengono un dialogo dalle origini della vita e che la *“quantità d'investimenti e al contempo segni qualitativi di forme dell'esperienza creeranno le condizioni di un corpo percepiente e semiotizzante, capace di rivelarsi nella sua speciale lingua. A livello clinico abbiamo potuto includere il somatico nel territorio del semiotico, riconoscere alle funzioni del corpo la potenzialità di un linguaggio, che per complessi motivi non ha potuto accedere al registro simbolico, alla rappresentazione di parola, o forse dobbiamo anche contemplare la possibilità che mai vi accederà. (J. Kristeva 1998)”* (p.1). Van Der Kolk (1996) evidenzia che il corpo sa *“tenere il conto”* al posto della psiche. La scoperta delle neuroscienze dei circuiti neurali della memoria implicita (Kandell, 2000) ha conferito alle inferenze psicoanalitiche sulla memoria degli affetti una base biologica: questa memoria è più antica di quella simbolica e nei primi tre anni di vita le esperienze infantili si iscrivono in un codice presimbolico che non appartiene all'inconscio dinamicamente rimosso. Il corpo diventa il luogo di codificazione di esperienze affettive precoci.

3.2.2 - Lo stesso ma non identico

Balsamo in *Necessità e finzione dell'après-coup* (2022) descrive il caso dell'analisi di Luca, caratterizzata da processi che ruotano attorno all'asse della ripetizione non trasformativa, dove la possibilità di aprire uno spazio associativo risulta bloccata e il corpo diventa la sede in cui si concretizzano aspetti non rappresentabili. L'analisi, soprattutto con i pazienti caratterizzati da carenze evolutive, diventa lo spazio dove poter rappresentare psichicamente, per la prima volta, ciò che era rimasto incistato a livello corporeo. Vediamo attraverso il caso di Luca, caratterizzato da gravi carenze evolutive, il complesso intreccio tra temporalità, corpo e possibile messa in parola attraverso l'uso della metonimia. Balsamo (2022) sottolinea come il ritorno dell'identico non sia affatto

lo spazio della cura, in essa al contrario si tenta di realizzare una serie di operazioni affinché quell'identico possa subire modifiche. Per fuoriuscire dal ritorno del sempre uguale è necessario introdurre una deviazione, un "clinamen", uno scarto nell'identico. Il lavoro analitico è un "generatore di differenze" in quanto tenta, laddove regna l'identico, di introdurre di volta in volta una differenza in modo da operare il luogo di trasformazioni psichiche possibili. Luca ha alle spalle una storia che inizia con la morte del padre quando lui aveva sei anni. La madre, trovandosi in uno stato di povertà, con l'inganno abbandona il figlio in un collegio dove subirà un calvario di violenza, fame, solitudine e abusi da parte dei religiosi. Dopo molti anni, ne uscirà segnato profondamente, ma il motivo che lo porta dalla analista è l'angoscia e il dolore fisico causati da chiodi che lui dice di aver inghiottito accidentalmente, e che sente nel suo ventre. Questa presenza interna lo tortura, lo impedisce nei movimenti perché potrebbe essere perforato e, nonostante visite mediche e indagini strumentali che avevano escluso la presenza dei chiodi, lui sa che anche se non si vede nulla "i chiodi stanno lì" (p. 1). Balsamo analizza in prima istanza la natura di questo *après-coup*, che nel tentativo di sostituirsi al primo colpo, non rappresenta un sostituto simbolico, una ritrascrizione ma piuttosto assistiamo a una logica di "colpo su colpo, brutalità su brutalità, cose su cose, distruzione su distruzione" (*ibidem*). Le caratteristiche del delirio di Luca manifestano sia una difficoltà di trascrizione di quanto di terribile è avvenuto nel passato sia il fatto che tutta la sua angoscia si concentri nel corpo, in un tentativo di conflitto, lotta possibile e di possibile espulsione dell'oggetto cattivo. Non resta che "dare l'ultima parola al corpo e al reale *nel* corpo" (*ivi*, p.4), non essendo possibile una rappresentazione ed elaborazione di ciò che ha subito. I chiodi mostrano da una parte il tentativo di riempire in quale modo la sua desertificazione interiore, dall'altra la possibilità di controllare l'oggetto persecutore e "di capovolgere il sentimento di dissoluzione, egli se li è ingoiati" (*ibidem*). L'insistenza sul corpo della sua costruzione delirante era un modo per relegare lontano la storia delle sue origini che però non era dimenticata, anzi era ritenuta da Luca causa della sua "debolezza psichica" che lo aveva indotto a inghiottire i chiodi per distrazione. Da una parte Luca era consapevole del "carattere di irrealtà" del suo sintomo, dall'altra egli era convinto dell'esistenza effettiva di chiodi nel suo ventre. Questo può rimandare alla descrizione di elementi incompatibili presenti nei cosiddetti pazienti eterogenei di cui parla Quinodoz (2004). Questi elementi coesistono e non si possono legare in una sintesi. In questi pazienti esiste la compresenza non integrabile non tanto di "aspetti" di sé quanto di "parti" di sé. Tale distinzione si riferisce al fatto che gli aspetti di sé possono essere integrati perché

compatibili tra loro e dove l'unità dell'Io prevale. Le parti di sé invece appartengono a registri diversi e non possono legarsi tra loro in una sintesi. In questo contesto l'autrice riporta la relazione di Zoé e Hanold a partire dal testo *Delirio e sogni nella Gradiva di Wilhelm Jensen* (Freud, 1907). Molto spesso coesistono nei pazienti, e in tutti noi, una parte "folle" e una "non folle". Freud in questo testo ci insegna a parlare "alla parte 'folle' dei nostri pazienti senza trascurare il resto della loro persona" (Quinodoz, 2004). Zoé è una giovane donna, amica di infanzia di Hanold, il quale svolgeva una vita normale pur presentando un delirio episodico. Freud ci mostra in che modo Zoé riesce a parlare a Hanold, aiutandolo a riunificare le parti del suo Io incompatibili ed a uscire dal delirio. Freud (1907) descrive: "Hanold, pur conducendo un'esistenza abbastanza integrata- era un archeologo appassionato del suo lavoro e amava viaggiare- aveva tuttavia convinzioni deliranti: rincontrando Zoé presso gli scavi di Pompei, non solo non l'aveva riconosciuta, ma si era convinto che fosse una giovane che aveva vissuto duemila anni prima, all'epoca dell'eruzione del Vesuvio, e che aveva visto raffigurata su un bassorilievo" (p. 214). Hanold quindi, presentava aspetti deliranti e altri che tenevano conto della realtà. Come affrontare quindi le scissioni e i dinieghi dei pazienti eterogenei, visto che "in ogni delirio vi è un nucleo di verità, vi è sempre in esso qualcosa che merita veramente fede" (*ivi*, p.323)? Freud ci sottolinea che tutti, e non solo i pazienti, possono delirare e come il lettore e/o l'analista possa a volte facilmente essere tratto in inganno dal delirio. Zoé utilizza una modalità che tiene conto contemporaneamente della parte adesa alla realtà e della parte delirante, attraverso un "discorso a doppio senso". Per esempio, dividendo il pane con l'amico, afferma: "Ho l'impressione come se avessimo già un'altra volta, duemila anni fa, mangiato insieme il nostro pane. Riesci a ricordarlo"? (*ivi*, p.279). In questo caso "duemila anni fa" ha un doppio significato: simbolico per Zoé in quanto si riferisce ai tempi andati della loro infanzia, non simbolico per Hanold dal momento che rimanda all'epoca in cui Pompei non era stata ancora sommersa dalla lava. È chiaro come Zoé riesce nello stesso tempo a non opporsi al delirio e a non mentire ad Hanold. Oltre a questo Zoé introduce nel discorso con l'amico delle "piccole differenze" che possono assumere un valore importante, in grado di "aprire altri canali associativi" (*ibidem*). Rispetto a questo vediamo come la giovane fosse vestita esattamente come la Gradiva, ovvero quella piccola figura trovata da Hanold nel bassorilievo di Pompei e con cui pensava di parlare, tranne che per i sandali. Hanold rimane sorpreso da questo particolare non conforme alla rappresentazione di Gradiva. Zoé afferma: "è più comodo per camminare sulle strade di oggi" (Freud, 1907, p.331). Con questa frase sembra

convergere con il delirio ma aggiungendo una piccola divergenza che rimanda alla realtà. Questa piccola divergenza può diventare una possibilità di apertura verso nuovi canali associativi. Come abbiamo già accennato in precedenza Balsamo (2013) in *Movimenti dell'identico nella relazione analitica* sottolinea come il movimento “in identico” se da una parte esprime una tendenza naturale del nostro apparato psichico che può tendere a ripetere in maniera rassicurante il già sperimentato, dall'altra quando questa coazione a ripetere si fossilizza in meccanismi ripetitivi e coattivi diventa espressione di un apparato psichico traumatizzato. Lo “stesso” è categoria diversa dall'identico. Lo stesso implica “una fluttuazione continua e variegata del tema fondante di quel soggetto” (p.623) ovvero, oltre la stabilità del nucleo costitutivo del soggetto, sono possibili “dinamiche trasformative e la mobilità psichica”. Grazie al lavoro analitico il passaggio dall'“identico” allo “stesso” è possibile, come afferma Balsamo (2022), attraverso l'utilizzo della “catena metonimica che aveva portato alla costruzione della scena” della sua ingestione dei chiodi (p.6). Balsamo parla di metonimia in contrapposizione alla metafora. Partendo dall'esperienza del paziente, il percorso analitico potrebbe prendere due direzioni che “sono anche due modi di pensare e di vivere l'esperienza clinica” (p.5). La prima valorizza “la traduzione simbolica del corpo estraneo e del trauma indigeribile” come metafora comprensibile per chi ha accesso al simbolico. Infatti, è abbastanza evidente “il valore metaforico della rappresentazione, della traduzione simbolica del corpo estraneo e del trauma indigeribile” (*ibidem*). Come afferma Balsamo stesso questa proposta lettura metaforica del delirio di Luca non sarebbe stata tollerata perché, anche se più accettabile dall'analista, sarebbe stata del tutto estranea alla modalità con cui “la questione dei chiodi faceva irruzione”. Nel corso dell'analisi Balsamo ha seguito la seconda strada, ovvero l'uso della metonimia: “passaggio dopo passaggio, vicinanza dopo vicinanza, tratto dopo tratto, nel duplice movimento di conferma del suo delirio e al medesimo tempo, nel suo sfilacciamento progressivo, ricordo dopo ricordo, invenzione dopo invenzione, traccia dopo traccia, ai chiodi si sono aggiunti un martello che piantava, un oggetto da piantare (un calendario), una data da fissare, un contesto in cui avveniva il piantare i chiodi, una lite in quel momento con la sorella, la confusione che scaturiva dalla lite che lo distraeva, non facendogli più ricordare se nel momento in cui stava fissando il calendario avesse in mano uno o più chiodi” (p.6). La metafora presuppone l'accesso al simbolico. Nell'identificazione di due entità diverse (come, ad esempio, anziché “tu sei come una rosa”, dire “tu sei una rosa”) non viene violato il principio di non-contraddizione perché si riesce a comprendere, attraverso sistemi simbolici, il rapporto

inteso tra le due entità. Nell'assenza di pensiero simbolico e dell'accesso al "come se" rimane l'incomprensione di due entità diverse, trovandoci così di fronte solo a una contraddizione. La metonimia invece permette di utilizzare un termine al posto di un altro, mantenendo un certo collegamento qualitativo e un certo grado di coerenza. Se la metafora arriva da A a B attraverso un unico movimento, la metonimia arriva da A a B attraverso piccoli segmenti che, per tentativi che possono andare anche in direzioni diverse, arrivano a B per mezzo di micro-trasformazioni. La micro-trasformazione è possibilità di accesso ad altri canali associativi che interrompono la coazione a ripetere e la fissità di quello che Balsamo chiama "identico". Quinodoz (2004) evidenzia l'importanza di riprendere le stesse frasi utilizzate dal paziente affinché lui possa riconoscersi, andando ad introdurre una "piccola differenza" capace di impedire di girare sempre sullo stesso solco. L'autrice riporta il caso di Albert, un giovane ingegnere che proveniva da un ambiente alieno alla psicoanalisi, che non sapeva cosa fosse e arrivò in seduta "dopo aver tentato tutto", farmaci compresi. Stava male da alcuni anni ed era così angosciato da non riuscire a lavorare. Durante il secondo incontro il paziente racconta di aver avuto un'infanzia felice ma a fine colloquio conclude dicendo che sua madre avrebbe tanto voluto occuparsi di lui ma era troppo presa dal lavoro e dunque risultava impossibile trovare del tempo. Continua poi dicendo all'analista che gli piacerebbe molto iniziare un lavoro con lei ma, essendo troppo preso dalla sua professione, non troverebbe "mai il tempo di venire regolarmente, è impossibile" (p.129). L'analista si rivolse ad Albert dicendo: "A sua madre interessava occuparsi di lei bambino [...] ma era così presa dal suo lavoro, aveva degli orari così pesanti, che era impossibile trovare il tempo per farlo" (p. 129). Albert ha potuto così far esperienza di ciò che accade in una relazione transferale senza il bisogno di spiegare cosa sia l'analisi: ne aveva vissuto l'esperienza. Albert accettò il lavoro ed iniziarono una psicoanalisi. In molti casi non è sufficiente proporre un'esperienza analitica ma "è necessario che lo psicoanalista utilizzi un linguaggio che non solo parli, ma che tocchi. Il modo di parlare ad Albert aveva risvegliato in lui delle sensazioni, dei fantasmi corporei che aveva scisso e perduto. L'esperienza vissuta con la madre ritrovava ora attraverso il transfert un significato emozionale [...]. Era fondamentale che nell'interpretazione io riprendessi la frase di sua madre, così come lui stesso l'aveva formulata. Poco importa che ella l'avesse detta o meno" (*ivi*, p. 130). Semi (2011) sottolinea che il fine della psicoanalisi è ripristinare una continuità che "non può essere ricostruita dall'esterno: o il paziente la ritrova in se stesso, o non c'è" (p.93). La comunicazione dell'analista può solo costituire un "ponte" tra rappresentazioni coscienti

e preconsce e qualcosa che è sulla riva inconscia. “Se il fiume è troppo largo, il ponte cade nel nulla, se di là non c’è (ancora) il materiale che possa fare da spalletta al ponte” (*ibidem*): esso deve essere costruito con i materiali del paziente. È perciò importante che lo psicoanalista non introduca materiale affettivo e ideativo estraneo.

3.2.3 - Il linguaggio della psicoanalisi

Il termine “psicoanalisi” è un’invenzione di Freud che ha prodotto una lingua particolare e dispositivi adeguati ad interrogare il funzionamento psichico inconscio. Come afferma Bettelheim (1982), Freud traduce il termine “psiche” con la parola tedesca “*Seele*”, ovvero “anima” (p.28). In *Trattamento psichico* (1890) Freud chiarisce che l’oggetto della psicoanalisi è l’anima dell’uomo e *L’interpretazione dei sogni* offre un metodo per indagarla. Questa indagine, afferma Russo (2013), “procede attraverso la congiunzione creativa ‘di un duplice linguaggio’: ‘quello della scienza e quello dell’affettività *arcaica*” (p.9). È necessario coniugare il linguaggio immaginifico e quello razionale, dal momento che l’analisi della psiche non può avvenire attraverso una comprensione intellettuale distaccata dagli affetti. Serve una comprensione profondamente intrisa di affetti e il modello di tale forma di conoscenza è il legame affettivo tra madre e infante. Come precedentemente sottolineato, il linguaggio per conoscere l’anima dell’uomo deve essere “capace di cogliere l’essere relazionale originario dell’infante in stato di *Hilflosigkeit*” (*ivi*, p.13). Il legame che intercorre tra modelli teorici ed elementi applicativi è imprescindibile. Come sottolinea Ogden (2005) la psicoanalisi è un’esperienza emotiva vissuta e in quanto tale, non può essere tradotta, trascritta, spiegata, compresa o espressa a parole. Poter mettere in parola un’esperienza emotiva vissuta presuppone che il linguaggio debba essere colorato e rivestito di significati nuovi. Come sottolinea Semi (2011) “la teoria psicoanalitica è qualcosa di vivo, di collegato a moltissime rappresentazioni inconsce e preconsce: il metodo psicoanalitico delle libere associazioni ci consente di elaborarla appunto in forma vitale” (p. 59). L’autore sottolinea come la ragione umana non sia qualcosa di così automatico e il procedimento che porta all’elaborazione di un metodo o di una scoperta non è lineare: “sarebbe falsificante pensare di poter dimostrare una qualsiasi “entità” esclusivamente *more geometrico*” (p.2), il quale comunque resta un procedimento irrinunciabile. In questo la psicoanalisi non si trova sola poiché si tratta di una condizione universale della conoscenza umana. “Un

matematico può trovare la soluzione di alcuni teoremi durante il sonno e mediante dei sogni oppure lasciando andare il proprio pensiero durante una passeggiata” e sarebbe inaccettabile che portasse il sogno come dimostrazione della soluzione trovata. Dovremmo però “chiedere all’onestà intellettuale di un tale matematico che egli non neghi la procedura realmente seguita e dunque non neghi né la validità del procedimento logico né il sostanziale contributo del sogno” (*ibidem*). Il passaggio per l’inconscio è inevitabile per tutte le scienze.

Per Freud il linguaggio ha un ruolo fondamentale sia nella teoria che nella clinica psicoanalitica. Egli scopre infatti le proprie idee attraverso l’autoanalisi e il lavoro con i suoi pazienti “e le comunica inventando parole, coniando neologismi, usando termini del linguaggio comune, ai quali assegna un significato del tutto nuovo” (*ivi*, p.16). Secondo il principio della “condiscendenza linguistica” (Freud, 1974, p.237) si assiste a una stratificazione dei significati che ciascuna parola porta con sé, parola che sganciandosi dal suo significato da vocabolario può aprire ad un uso immaginifico. Se non si compie questa operazione, ovvero tradire il significato da vocabolario e condiviso, le parole non vorranno mai dire nient’altro che quello che sappiamo già. Molti psicoanalisti post-freudiani hanno ampliato il vocabolario freudiano, coniando termini nuovi per descrivere le nuove esperienze con l’inconscio che hanno incontrato durante il loro lavoro analitico. L’avvenire della psicoanalisi “dipende anche dall’estensione del vocabolario freudiano e non, come a volte tristemente avviene, dalla sua totale o parziale cancellazione” (p.17). L’identità “antisemantica” della psicoanalisi (Abraham, 1994), dove viene tolto ai termini ogni senso conosciuto così che assumano un senso del tutto diverso da quello fenomenologico, è un’eredità da cui non è possibile distaccarsi, “pena la banalizzazione dell’inconscio” (*ibidem*). Questa identità *anasemica* deriva dall’esperienza psicoanalitica con l’inconscio: “le parole dette in analisi producono nell’ascolto [...] un differimento della significazione, un’esitazione. La parola analitica, che è parola che si svolge sotto la pressione del transfert, si apre *retrospettivamente*, si apre al passato dell’infantile impronunciabile”. Solo sospendendo il significato delle parole è possibile costruire un nuovo discorso e un nuovo senso. In psicoanalisi non ci si può che accostare all’oggetto di indagine, entrare in contatto con delle propaggini dei processi psichici inconsci. Freud parla di “fantasticare”, “speculare”, andando oltre a ciò che si vede per toccare qualcosa dell’essere infantile al di fuori del linguaggio. Le uniche parole di cui si dovrebbe fare uso in analisi, come vedremo nel capitolo successivo, sono parole che “toccano” (Quinodoz, 2004) il corpo e hanno un effetto sul corpo stesso. L’articolazione delle

diverse forme di temporalità consente di sperimentare moti pulsionali irrepresentabili e l'analista deve inventare parole che li possano rappresentare e che riescano a toccare il corpo, per dar voce a esperienze molto primitive e trasformarle in pensieri. Bion ha parlato della necessità che l'analista durante le sedute sia senza memoria e senza desideri, senza cioè che abbia in mente una strada auspicabile per il paziente. Quando si conduce un'analisi occorre puntare un "raggio di intensa oscurità" (Grotstein, 2010) perché quello che ci interessa sono le sagome che si fanno vive nel buio, quello che si intravede, quello che non si dice oppure si dice in maniera deformata. L'essere umano non intende dare spazio all'inconscio che altera l'Io: "l'inconscio psicosessuale deve rimanere rimosso, affinché l'Io continui ad illudersi di conservare il proprio impero" (Russo, 2013, p.21).

3.2.3.1 - Il linguaggio incarnato e la "parola-evento"

Con la I topica freudiana i destini pulsionali possono essere compresi solo attraverso i rappresenti psichici delle pulsioni stesse. La metapsicologia e la teoria delle nevrosi impongono a Freud di considerare la pulsione dal punto di vista della rappresentazione psichica. La rimozione che produce il sintomo nevrotico, infatti, è un'operazione che si svolge esclusivamente sulle rappresentazioni. Con la svolta teorica del 1920 si riapre la questione economica dell'irrepresentabile, al di fuori dal linguaggio. Tornano sulla scena i destini non rappresentabili delle pulsioni e la relazione problematica tra la rappresentazione psichica e la forza pulsionale irrepresentabile. La psicoanalisi ha scoperto con Freud, come afferma Russo (2013), che "linguaggio e pulsioni sono asintotici, che esiste un divario tra il corpo sessuale e la parola. La parola resiste alla pulsionalità" (p.141). La psicoanalisi delle crisi identitarie mostra il rapporto di inadeguatezza tra sessuale e verbale, ovvero l'impossibilità di tradurre in modo adeguato le rappresentazioni pulsionali inconse in parole. Tale questione è centrale nel pensiero psicoanalitico teorico e clinico. Kristeva (2000) differenzia il linguaggio simbolico dal linguaggio semiotico: il primo è governato dalla logica e dai processi secondari, il secondo si riferisce al corpo e ai moti pulsionali e non può che manifestarsi nel linguaggio poetico. A partire dal 1920 Freud inizia a dubitare che il linguaggio possa permettere da solo l'accesso alla coscienza: "il linguaggio può ingannare [...], la forza pulsionale della ripetizione impedisce l'accesso alla memoria inconscia del linguaggio" (Russo, 2013, p.144). In *Al di là del principio di piacere* (1920) Freud afferma che il linguaggio parlato

come *intermedium* per la presa di coscienza è inefficace dal momento che “i soggetti che sentono il vuoto di esistere, usano in analisi la parola per distruggere i legami e il pensiero” ma questo non significa “rinunciare né all’interpretazione, né all’associazione libera” (*ivi*, p.148). Davanti alla resistenza della ripetizione la parola viene usata per evacuare e il linguaggio conduce al blocco di pensiero e all’allucinazione. Inventando simboli e parole nuove il lavoro analitico consente di utilizzare l’energia pulsionale in modo creativo, energia che altrimenti spingerebbe alla rottura dei legami. La parola in grado di incarnarsi e di sentire nel corpo si esprime nelle libere associazioni e nell’attenzione ugualmente fluttuante dell’analista. Fédida in *Aprire la parola* (1968) afferma che la parola analitica non può non considerare l’assenza e, come vedremo nel capitolo successivo, il paradigma del sogno. Il termine assenza indica l’inconscio, l’irrappresentabile e “bisogna riconoscere al sogno la capacità di decidere della natura delle parole nella psicoterapia” (Fédida, 1992, p.41). L’evento della notte consente di toccare “l’irrappresentabile assente, l’esperienza di sentire nel corpo ciò che rimane silenzioso e muto nell’inconscio [...]. Il sogno è esperienza di apertura della parola a ciò che il corpo ha visto e toccato: l’oscurità dell’assenza” (Russo, 2013, p. 152). Lo psicoanalista fa il lavoro psichico di utilizzare “il buio dell’assenza nel presente per percepire nel corpo e nella parola il sessuale irrappresentabile” e la parola uscendo dal linguaggio e dal discorso diventa “parola-evento” e “parola-corpo” (*ibidem*). La parola-evento esiste prima dell’Io che la enuncia e il metodo psicoanalitico favorisce il suo avvento nel presente. Khan (1971) riguardo all’analista e al suo sentimento di “inquietante estraneità” (Fédida, 2007) afferma: “creiamo un vuoto e un’assenza della nostra presenza per costruire quello spazio di illusione dove il paziente può adoperare il linguaggio simbolico, e che riceviamo simbolicamente e interpretiamo in idioma analogo” (p.124). Avviene una sorta di gioco di parole e di libere associazioni tra analista e paziente dove l’ascolto delle parole dell’analista genera quelle del paziente, le quali a loro volta ne producono di nuove. La parola inventata, sottraendo la struttura alla lingua e alla parola, è “in giacenza nell’inconscio prima ancora che il singolo sia giunto a parlare e a pensare in proprio [...]. Attraverso la sottrazione, la parola analitica diventa una parola viva, senza discorso e senza senso, aperta all’ascolto, perché porta dentro di sé l’eco delle parole associative del paziente, le parole dell’analista, sia quelle pronunciate, sia quelle mai comunicate e rimaste silenti, in giacenza” (Russo, 2013, p. 155-157). Se il fenomeno dell’associazione mentale è conosciuto fin dall’antichità, il metodo delle libere associazioni è stato elaborato principalmente da Freud, alla fine del XIX secolo. Come

afferma Semi (2011) “noi riteniamo sempre di essere un tutt’uno, perché se pensassimo che ci *vediamo* come un tutt’uno, ma in realtà *siamo* molti, saremmo in una situazione di grave smarrimento. Solo con la psicoanalisi è stato possibile costruire un’impalcatura teorica (Freud, 1899) che rispetta entrambe le condizioni, che considera l’individuo un tutt’uno ma che, contemporaneamente, consente di vederne le fratture, le censure, le barriere” (p.5). Questa impalcatura è stato possibile costruirla grazie al metodo delle libere associazioni, il quale conduce alla dimostrazione dell’insufficienza della coscienza e soprattutto della “ragione” a cui si era cercato di dare un valore unificante (*ibidem*).

Quinodoz (2004) per i “pazienti eterogenei” utilizza un linguaggio che lei chiama “linguaggio che tocca” o “incarnato”. Si tratta di quei pazienti che hanno difficoltà di accedere al senso simbolico del linguaggio. Le esperienze precoci non rappresentabili possono essere evocate da un linguaggio che comunica verbalmente non pensieri ma sentimenti e sensazioni che li accompagnano. Questo linguaggio permette che emergano o riemergano fantasmi e potrà permettere di trovare “il senso emotivo di esperienze sensoriali o corporee dimenticate” (p. 43). Questo è il punto di partenza per una successiva simbolizzazione. L’analista dovrà non solo ascoltare con tutto se stesso, quindi con il pensiero, sentimenti e corpo legati in un’unità, ma dovrà riferirsi all’interezza della persona dell’analizzando. L’autrice, infatti, enuncia la regola fondamentale all’analizzando in maniera differente: “Dica tutto quello che le viene...” (p.45) e non “Dica tutto quello che le viene in mente”. In questo modo intende valorizzare *da dove* viene il contenuto dell’analisi e quindi non solo dai pensieri ma anche dai sensi e dal corpo. Riferendoci a Winnicott, come sottolineano Ferri e Quarantini (2013), sappiamo che le esperienze precoci e profonde formano memorie corporee che si intrecciano nelle interazioni con la madre e dunque “la struttura inconscia non rimossa si costituisce primariamente sulle comunicazioni corporee e sensoriali: queste divengono poi comunicazioni fantastiche e sognanti” (p.591). Fin dalla nascita il corpo del bambino dialoga con quello della madre, il corpo è dunque un precipitato di relazioni e “il coacervo di esperienze traumatiche registrate nella carne del piccolo si rianima cercando un’integrazione attraverso la mente dell’analista” (*ibidem*).

3.2.3.2 - *Identificazione proiettiva e fantasmi corporei*

In *Psicologia delle masse ed analisi dell'Io* (1921) Freud afferma: “sappiamo che l'identificazione è la più primitiva e originaria forma di legame emotivo”. Descrive così l'identificazione primaria che, attraverso il processo di introiezione, permette l'acquisizione delle caratteristiche dell'oggetto amato. Zuccarino (2015) sottolinea che a partire da questa considerazione “è possibile affermare che l'identificazione originaria a cui Freud si riferisce costituisce una sorta di matrice teorica di cruciale importanza, che solo nel tempo verrà ripresa e sviluppata dagli psicoanalisti post-freudiani, anche grazie al progressivo maggior riconoscimento dei meccanismi di funzionamento della mente primitiva”. I pazienti di cui parla Quinodoz (2004) utilizzano il meccanismo di difesa dell'identificazione proiettiva nella sua forma eccessiva e diventa fondamentale utilizzare il controtransfert come uno strumento prezioso per poter creare un linguaggio *che tocchi* il paziente. L'interpretazione di tale meccanismo è fondamentale affinché il paziente possa ritrovare il significato emotivo di esperienze precoci. Gibeault (2000) afferma che nella proiezione vengono attribuiti ad un oggetto esterno, denegato o rimosso, “*aspetti di se stesso*” (p.742) e dunque non viene intaccata l'integrità dell'Io. L'identificazione proiettiva, invece, riguarda la proiezione di *parti* di sé e vi è dunque un'aggressione all'integrità dell'Io. Come afferma Klein (1957) si tratta della “proiezione nell'altro di una parte di sé che continua la sua esistenza nell'altro” (p.146). Segal (1964) definisce l'identificazione proiettiva come “il risultato della proiezione di parti del *self* nell'oggetto. Ne risulta che l'oggetto è percepito come se avesse le caratteristiche delle parti proiettate del *self*, ma anche che il *self* sia identificato con l'oggetto della sua proiezione” (p. 105). La nozione di parti dell'Io usata nell'identificazione proiettiva, come sottolinea Quinodoz (2004), “mette in evidenza l'importanza del corpo come punto d'appoggio dei fantasmi” (p. 105). Segal (1979) afferma: “nell'identificazione proiettiva non è semplicemente la pulsione che è proiettata sotto forma di fantasma nell'oggetto, ma anche parti di sé (*self*), per esempio la bocca o il pene del bambino. E i prodotti del corpo come l'urina o gli escrementi” (p.111). In questa citazione si fa riferimento ai fantasmi corporei e, come afferma Quinodoz (2004), “corporeo” non ha a che fare con il corpo reale “oggetto di conoscenza razionale anatomica o fisiologica, ma di rappresentazioni simboliche del proprio corpo legate a fantasmi corporei inconsci” (p. 108). Un paziente ricorre all'identificazione proiettiva per comunicare le esperienze precoci vissute prima di poterle esprimere a parole. Essendo le prime esperienze corporee “spesso sono proprio

queste esperienze precoci complesse, corporee e affettive insieme, che il paziente proietta nell'analista quando utilizza l'identificazione proiettiva eccessiva". L'analista tende a tradurle immediatamente in un registro evoluto e a separare il registro corporeo da quello affettivo, provando direttamente il sentimento. Di conseguenza quando si tratta di prendere consapevolezza della propria contro-identificazione proiettiva "l'analista ha bisogno non solo di essere all'ascolto dei suoi affetti, ma anche delle manifestazioni del corpo e dei fantasmi corporei che accompagnano gli affetti. Quando il paziente è segnato da esperienze precoci, attraverso l'esperienza corporea ri-provata potrà ritrovare i suoi affetti misconosciuti e i suoi fantasmi del corpo" (*ivi*, p.109). L'analista provando l'esperienza corporea che accompagna l'affetto potrà accompagnare il paziente a darle un significato emotivo.

Abbiamo in precedenza evidenziato come Bion (1959, 1962) sia stato il primo ad introdurre una differenziazione tra identificazione proiettiva normale e patologica, valorizzandone la dimensione comunicativa e interpersonale. Grazie ad essa l'organismo immaturo può trasmettere emozioni non nominabili ad un oggetto recettivo. Se l'identificazione proiettiva normale ha uno scopo comunicativo, quella patologica è evacuativa. Tale meccanismo sul versante patologico è eccessivo quando l'impatto e l'odio è talmente violento che "l'oggetto ricevente può essere indotto a reagire alla proiezione anziché sentirla soltanto. Nello stesso tempo impoverisce colui che la proietta e può arrivare fino a una distorsione grave del sentimento d'identità del paziente" (Quinodoz, 2004, p. 114). Grinberg (1956) introduce il termine *contro-identificazione proiettiva* per descrivere un caso particolare di controtransfert che si verifica quando l'analista non è consapevole dell'invasione dell'identificazione proiettiva e "diventa, senza saperlo, ciò che il paziente desidera inconsciamente che egli sia" (*ivi*, p. 115). È necessario che l'analista prenda coscienza di questo meccanismo e "presti la voce alla parte del paziente proiettata su di lui" (*ibidem*). Quinodoz (2004) sottolinea come molti psicoanalisti che non tengono conto della teoria dell'identificazione proiettiva comunque la utilizzino nella pratica ad esempio tramite il concetto di *capacità di rêverie* ma "bisogna essere consapevoli che la capacità della madre si esprime in modo naturale, al di fuori di qualsiasi *setting*, mentre l'analista utilizza la sua contro-identificazione proiettiva nel quadro preciso dell'analisi, come uno strumento controtransferale di cui può apprendere l'uso" (p. 118). Come sottolinea Semi (2001) il controtransfert è un "*concetto*" che ha senso solo nel quadro complesso degli interrogativi posti dal metodo mentre "fuori, nella vita quotidiana, il *concetto* di controtransfert non solo non è

immediatamente utilizzabile ma, se viene usato, rischia di pervertire le relazioni umane” (p.109).

3.2.3.3 – Controtransfert somatico: il caso di Elise e “vita non vissuta”

La presenza del paziente e dell’analista in seduta è intrinsecamente corporea. Il setting prevede il divieto di toccare e quando Quinodoz (2004) parla di un “linguaggio che tocca” non si riferisce ai gesti, i quali fanno parte di un mondo concreto reale ma alle parole. Come afferma l’autrice: “mi sono convinta che sia fondamentale non toccare fisicamente un paziente, perché l’analista è il garante del suo bisogno di integrazione [...]. Se il paziente dice, per esempio, che vorrebbe essere abbracciato, l’analista non dimentica che egli inconsciamente ha anche il desiderio intenso di non essere abbracciato affatto [...] e tanto più il paziente sarà sicuro che il proprio desiderio non verrà esaudito, tanto più sarà libero di esprimerlo” (p. 140). Bollas (1987) evidenzia che l’analista vive il paziente anche a livello corporeo e i vuoti rappresentazionali si irradiano nell’analista anche attraverso modalità sensoriali. Tra gli autori che hanno trattato il controtransfert somatico emerge come punto di convergenza “come esso possa rappresentare una delle condizioni di avvio del processo di cura, in cui i momenti di percezione del proprio controtransfert incarnato sono precursori di profonde esperienze psichiche che è probabile che la coppia analitica esperisca successivamente. Tale fenomeno può aver luogo specialmente con pazienti in cui si celano importanti aree dello psiche-soma non significate, le quali potrebbero caratterizzare massicciamente la personalità oppure anche solo costituirne delimitati nuclei dissociati” (Palmieri et al., 2016). Quinodoz porta l’esempio dell’analisi di Elise e, attraverso un sogno portato in analisi, sarà grazie al controtransfert somatico dell’analista che l’esperienza precoce priva di parola emerge. Come afferma Bollas (1987) “un elemento del conosciuto non pensato è la conoscenza somatica. Nel lavoro con gli analizzandi viviamo il paziente nel nostro soma” (p. 43). Nel racconto del sogno di Elise l’immagine di un cane ferito morente porta all’associazione di un ricordo in cui la paziente, dopo aver visto un cane in fin di vita, non poteva chiedere aiuto perché non conosceva la lingua del paese e quindi “non poteva parlare” (p.46). Lo sguardo del cane del sogno le ricorda lo sguardo dell’anziana madre e in una nuova associazione Elise ripensa ad una tragedia accaduta quando era piccola: in un torrente esistevano delle “buche scavate dalla corrente, esse formavano dei mulinelli che attiravano verso il fondo,

queste fosse erano chiamate ‘pentole’” (p.46). In una di queste pentole un uomo affogò nel tentativo di salvare il suo cane. A seguito del racconto si formavano nell’analista molte associazioni e sembrava che la funzione simbolica fosse stata messa in moto. Ma quando Elise con tono freddo disse: “l’analisi è solo parole, non serve a niente”, l’analista ebbe una sensazione di vuoto e si sentì come “cadere nella ‘pentola’ del torrente” (*ivi*, p.47). Questa sensazione di sprofondare sembrava poter essere una identificazione proiettiva massiccia e che avrebbe potuto corrispondere a una contro-identificazione proiettiva dell’analista. Questo poteva essere un modo di comunicare un vissuto precoce antecedente la parola, infatti, Elise raccontando il sogno aveva detto “non potevo parlare”. Elise proiettava all’esterno sull’analista una sensazione di vuoto, troppo gravoso da sentire dentro di sé. La paziente doveva aver già provato quel vuoto, eco di un trauma precoce, e poteva essere in occasione di un distacco di molte settimane dai genitori appena nata. Secondo il racconto, una volta che si ricongiunse ai genitori, la bambina si rifiutò di guardare la madre. Sarebbe stato terribilmente intrusivo interpretare questa identificazione e l’analista pensò di doversi rappresentare come l’oggetto interno cattivo, parziale e irrepresentabile. Così quando Elise disse “mi domando a cosa serva lei nell’analisi”, l’analista rispose: “Forse io sono la pentola”, aggiungendo “la pentola che potrebbe contenere cose buone da mangiare o che invece è una buca che la risucchia in fondo al torrente in cui lei rischia di turbinare e affogare” (*ivi*, p. 48). Per far sì che Elise potesse sentire l’affetto corrispondente all’oggetto, l’analista afferma: “E lei volta la testa per dirmi tutta la tristezza e la collera che prova, e quanto io la deludo [...] come quando sua madre venne a cercarla dopo la vostra separazione”. Dopo questo Elise disse con emozione: “nessuno aveva mai sentito che io ho veramente una buca in fondo a me [...] una tristezza” (*ibidem*). In questo modo la paziente poté collegare un significato emotivo “all’esperienza corporea di caduta catastrofica” e questa riappropriazione permise tutta una serie di conseguenti associazioni che diedero corpo al suo mondo interno. Quinzoo (2004) ritiene necessario che l’analista non utilizzi metafore, immagini e, ancor meno, fantasmi corporei propri. È necessario partire da quello che il paziente dice, come nel caso di Elise in quanto fu lei a usare la parola “pentola”. Un linguaggio incarnato deve usare una parola aperta, un linguaggio polisemico come, ad esempio, il termine “pentola” che evoca più rappresentazioni di oggetti parziali transferali: seno pieno o vuoto, madre che nutre o assente, organi sessuali femminili cavi nel loro ruolo distruttivo o costruttivo, una pentola ghiacciata/buca mortifera che può rappresentare il seno vuoto di una madre depressa e un’infinità di altre associazioni. Dire “sono una pentola” e non “rappresento”

una pentola permette di tenere insieme una forma primitiva di simbolismo e una evoluta, una concreta e una simbolica e dunque “una maniera arcaica ed evoluta di tener conto delle parti della mia paziente”, aspetto fondamentale nei pazienti eterogenei dove è necessario parlare sia alla parte “folle” che a quella “non folle” del paziente. L’analista rappresentando nel transfert l’oggetto cattivo permette che il paziente non lo mantenga dentro di sé come irrepresentabile o inesistente: le pulsioni sia libidiche che aggressive necessitano di un oggetto. Come sottolinea Freud (1915) “se la pulsione non fosse ancorata a una rappresentazione o non si manifestasse sotto forma di stato affettivo non potremmo sapere nulla di essa” (p. 87) e, aggiunge Quinodoz (2004), se gli affetti non fossero accompagnati da sensazioni non sapremo molto di essi.

Per poter coniugare la paura del crollo di cui parla Winnicott con l’esperienza somatica dell’analista, che abbiamo affrontato in questo paragrafo, è emblematico lo scritto di Ogden *La paura del crollo e vita non vissuta* (2015), che evidenzia come l’analista possa aiutare il paziente a vivere la sua vita non vissuta e mai sperimentata all’interno del transfert-controtransfert. Attraverso il caso clinico della Signorina L, che ha sofferto trascuratezze nel corso dell’infanzia, l’autore evidenzia che “i pazienti che sperimentano le forme più estreme di paura del crollo si sentano oppressi dal non aver potuto vivere (non aver potuto essere vivi) molte delle esperienze della loro vita” (p.23). La madre della paziente soffriva di depressione e il padre abbandonò la famiglia quando lei aveva due anni. La sua vita sentimentale da adulta era caratterizzata da delusioni e umiliazioni, continuava infatti a inseguire uomini che poi “non la vedevano”. L’analisi procedeva in maniera “sterile” e la paziente si sentiva manipolata dalle parole dell’analista e dal suo “giochino analitico” in cui si sentiva sbeffeggiata. Inseguire questi uomini la teneva in vita, il suo mondo interno si era formato “sull’esperienza non vissuta nelle relazioni oggettuali precoci non soddisfacenti con la madre [...]. Attraverso quel comportamento di inseguimento andava caparbiamente in cerca degli aspetti di sé e della sua vita non sperimentati e non vissuti, nel passato e nel presente” (p. 21). Per questi pazienti è doloroso sentirsi vivi “perché risveglia il riconoscimento di quanto della loro vita non hanno vissuto [...]. Ho visto che questo dolore spesso si presenta come una combinazione di dolore fisico e dolore emotivo” (*ibidem*). Attraverso un altro caso clinico, quello della signorina Z, Ogden evidenzia come la vita non vissuta venga immagazzinata nel corpo e quanto sia centrale l’esperienza corporea dell’analista. La paziente, qualche anno dall’inizio dell’analisi, disse che stava tenendo un diario delle sedute dove vi annotava solo quello che diceva l’analista e “neanche una parola pronunciata da lei. Compresi che

l'assenza della signorina Z dal suo diario di analisi era il suo modo per registrare la propria non esistenza, il suo crollo nella forma di essere spezzata dalla vita" (*ivi*, p.23). Per un certo periodo l'analista, nel corso delle sedute, fece esperienza di essere "fisicamente consumato dalla fame", fame che si riduceva con l'arrivo del paziente successivo. Ogden afferma: "ci misi un bel po' a capire in che modo la signorina Z mi aveva usato (mi aveva preso dentro) come sostituto per sua vita non vissuta" (*ibidem*). Nel lavoro con questi pazienti, dal momento che gran parte del dolore derivante dall'esperienza non vissuta viene immagazzinato nel soma, la comprensione inconscia dell'analista di questo dolore "si presenta proprio sottoforma di esperienza corporea" (*ibidem*). Il vissuto corporeo dell'analista, dato da una identificazione proiettiva massiccia, è un modo per la paziente di comunicare il suo vissuto di non vita, che altrimenti sarebbe rimasto privo di parola. Dopo la fine del loro lavoro insieme la paziente scrisse all'analista circa due volte l'anno e in quelle lettere emergeva come la fine dell'analisi fosse stata significata: "era necessario per lei vivere una vita che fosse la propria, non presa in prestito o sottratta a me. La sua vita ora corrisponde a quella che proprio lei poteva costruire [...] ed essere assente dalla propria vita – nel periodo precedente all'analisi - era un modo di proteggersi sia dal dolore di sperimentare nel presente un passato ancora da vivere, sia dal dolore di rendersi conto che le 'mancavano' (in entrambi i sensi della parola) importanti parti di se stessa" (*ivi*, p.24).

3.2.4 - Esperienze pre-simboliche e dimensione onirica

Come abbiamo precedentemente evidenziato, se lo spazio potenziale non si costituisce per il fallimento dell'ambiente, l'individuo resta in preda ad angosce di non integrazione. Il fallimento dell'oggetto responsivo e il mancato contenimento delle angosce impensabili del bambino mostrano, come conseguenza, "l'assenza traumatica dello spazio onirico e dello spazio transizionale che dovrebbero contenere e sostenere l'autoesperienza soggettiva del sé e l'esperienza del sognare" (Russo, 2013, p.57). Come afferma Bion (1962), "se il paziente non è in grado di trasformare la propria esperienza emotiva in elementi alfa, non può neanche sognare" (p.28).

Khan in *Al di là dell'esperienza onirica* (1976) mette al centro dell'attenzione il sogno come esperienza, relativizzando la centralità dell'interpretazione del "testo-sogno". La capacità di sognare, perché si espliciti come funzione psichica, non è data a priori ma

presuppone che l'ambiente metta in atto una serie di funzioni quali la funzione materna primaria di cura e l'*holding* dell'infante. Pontalis (1988) afferma che “sognare significa prima di tutto tentare di mantenere l'impossibile unione con la madre, preservare una totalità indivisa, *muoversi in uno spazio di prima del tempo*” (p.24). Molti pazienti chiedono per questo motivo di non avvicinarsi troppo ai loro sogni, di non toccarli, di non rappresentarli in parola. Il sognatore sostenuto dallo spazio onirico, che è metafora del corpo della madre, può far esperienza dell'inizio di Sé, “esperienza soggettiva, privata, che non può essere né ricordata, né rappresentata, né narrata” (Russo, 2013, p. 60).

Le esperienze pre-simboliche e pre-verbali, anche traumatiche, che sono depositate nella memoria implicita, non sono perdute nonostante non siano ricordabili. La possibilità di accedere e recuperare tale inconscio non rimosso, così da rendere pensabili queste esperienze pre-simboliche, “rende necessaria una particolare attenzione alle possibilità ricostruttive e simbolopoietiche del sogno. Il ‘conosciuto non pensato’, attraverso il sogno può accedere al pensiero” (Mancia, 2007). Come abbiamo precedentemente evidenziato, “i pazienti sempre più difficili ci hanno costretto a rivedere la nostra tecnica e a fare particolare attenzione all'esistenza di differenti livelli di simbolizzazione e di differenti modi di ricordare” (Nicolò, 2019). Le esperienze traumatiche primitive non vengono comunicate con il linguaggio verbale e questo ha condotto “a implicare la persona dell'analista nella stanza di analisi per quanto riguarda le sue sensazioni corporee, le sue percezioni allucinatorie e psicosomatiche, i sogni di controtransfert, la sua capacità di sognare il sogno che il paziente non fa” (*ibidem*).

Attraverso il contributo di alcuni autori vedremo come l'attività onirica abbia “un ruolo principe di attività di legame nella relazione mente-corpo” (Lombardi, 2000, p. 164), permettendo che “quanto era soggetto alla ripetitività senza tempo del trauma” possa “trovare il tempo e lo spazio ove siano consentite espressione ed elaborazione” (Gori, 2016, p.217). Come afferma Mangini (2016), quando non ci sono sogni, e dunque non c'è rimozione, dobbiamo pensare a un'attività psichica non rappresentativa, improntata alla scarica e paragonabile agli elementi beta di Bion. “Il sogno può essere il risultato di un processo di simbolizzazione che nasce dall'incontro paziente-analista [...]. Si potrebbe pensare che se Freud non avesse desiderato i sogni dei suoi pazienti questi avrebbero smesso di sognare, Dora non avrebbe fatto e ricordato i suoi sogni ricorrenti, l'uomo dei lupi non avrebbe fatto il suo celebre sogno, e non ci sarebbe stato progresso nella teoria del sogno se questi pazienti, a un certo punto, non avessero fatto dei sogni che ‘desideravano’ smentire la teoria che il sogno nascesse dal desiderio” (p.130).

3.2.4.1 - L'uso dell'interpretazione dei sogni

Come afferma Russo (2013), “il sognatore dormiente è un soggetto impersonale - l'Es di Freud e lo stato non integrato della mente profonda di Winnicott e di Khan – che, in quanto svincolato da ogni forma di aderenza al pensiero logico e alla rappresentazione, è in grado di esprimere ‘stati transizionali di esperienza’” (p. 60) e aspetti della vita inconscia, che non possono mai offrirsi in forme comprensibili del linguaggio.

Freud in *Alcune aggiunte d'insieme alla 'Interpretazione dei sogni'* (1925) sottolinea l'impossibilità di “tradurre in modo sicuro ed esauriente nel linguaggio della vita vigile ogni prodotto della vita onirica” (p. 153). Egli intuisce che all'ombra del testo onirico c'è un altro sogno, “l'impensato che non può essere né ricordato né narrato” (*ivi*, p.47). Freud utilizza il sogno per costruire un metodo e una teoria su di esso e questo non deve condurre a confonderli con “l'oggetto di investigazione, ovvero il sogno stesso” (*ibidem*). L'analisi dei sogni, e prima di tutti i suoi sogni, è stata un mezzo per riconoscere il funzionamento del processo primario e per evitare una “mistica del sogno”, così da mettere in luce “una logica, la decifrazione di una lingua con le sue regole” (Pontalis, 201, p. 430). Molti psicoanalisti, come Winnicott, Khan e Milner, sono giunti alla conclusione che l'interpretazione dei sogni in analisi sia qualcosa di più vasto dello scopo originario di interpretare le difese dell'Io, i desideri e conflitti inconsci rimossi. Il racconto del sogno in analisi presenta lacune e vuoti che non vanno letti come resistenze alla conoscenza dell'inconscio, ma come desiderio del sognatore “di prendere contatto con l'esperienza del sognare, che il testo-sogno ha cancellato” (Russo, 2013, p.62). Il racconto del sogno in seduta resta un'occasione unica e irripetibile “per aiutare il paziente ad articolare i sensi nascosti e latenti della sua produzione onirica con l'autoesperienza di Sé non integrata, che è impensata” (*ibidem*). L'interpretazione, come afferma Milner (1992), dovrebbe procedere “con un movimento simile a quello del delfino” (p. 245), che si muove a balzi tra dentro e fuori, tra definibile e indefinibile. L'estensione verso il non senso avviene, afferma Russo (2013), tramite “una trasformazione regolata da un'oculata strategia interpretativa, che nell'oscillazione tra la parola e il silenzio, l'attività e l'attesa, riesca a dare una nuova forma al sogno raccontato capace di accogliere e metabolizzare l'altro sogno impensato, che è in fondo la mancanza di senso dell'essere. L'interpretazione psicoanalitica non è oracolare ed esaustiva [...], ma raggiunge il senso nella sua incompletezza” (p. 63). Bolognini (2016) sottolinea come rientrano nel lavoro del sogno, accanto al processo di mascheramento dei contenuti latenti, aspetti funzionali

“elaborativi” (p. 52), che Freud vedeva come resti del pensiero vigile conscio e preconcio, e non come funzioni del sogno stesso. Con lo svilupparsi del pensiero psicoanalitico sul sogno la concezione di quest’ultimo come tentativo di appagamento del desiderio è stata ampliata: attraverso il contributo di autori, quali Blanco (1984), Kramer (1993), Hartmann (1995), Fosshage (1983, 1988, 1997), Winnicott, Kahn, Bollas e Bion, si pone l’accento sulla funzione reintegrativa, adattiva, evolutiva e metabolica del sogno. Grinberg (1967), sviluppando alcuni concetti del pensiero di Bion, parla dell’“apparato per pensare i pensieri e sognare i sogni” che permette di ricordare, attraverso il sogno, piuttosto che ripetere sotto forma di agito. Tra le categorie funzionali dei sogni individuate dall’autore troviamo i sogni evacuativi ed elaborativi. Bolognini (2016) afferma che i sogni evacuativi “evacuano materiale bruto, morto, catabolico [...]. In analisi la crescente introiezione della capacità di *rêverie* dell’analista e della sua funzione, consentono al paziente di apprendere progressivamente a sognare i suoi sogni” (p. 53). Hautmann (2016), attraverso una lettura del sogno dell’uomo dei lupi, sottolinea come Freud, riferendosi al sogno come momento trasformativo della personalità del bambino e come modalità di costruzione del pensiero, anticipi la concezione del sogno di Bion. I desideri e le angosce proiettati e realizzati nel corpo cercano, attraverso il sogno, la possibilità di essere mentalizzati. Nel sogno la corporeità può essere mentalizzata, cercando di collocarsi nella gamma dei diversi livelli di simbolizzazione del pensiero (*ibidem*). Tornando agli aspetti relativi all’interpretazione, è centrale il contributo di Kohut (1977) sui *self-state dream* e sulla tecnica interpretativa. In *La guarigione del Sé* (1977) l’autore riporta l’esistenza di due tipologie di sogno: quelli che esprimono contenuti latenti verbalizzabili e quelli che cercano di ancorare tensioni non verbalizzabili di stati traumatici, come la disintegrazione del Sé, tramite immagini “immagini visive definite” (p. 107). I secondi sono denominati “sogni sullo stato del Sé”. Nel primo tipo di sogni sarà possibile, tramite la tecnica interpretativa teorizzata in *Interpretazione dei sogni* (1899), accedere al contenuto inconscio, mentre nei sogni *self-state* “le associazioni non conducono ai contenuti latenti, ma forniscono immagini che rimangono allo stesso livello del contenuto manifesto del sogno, servendo a focalizzare l’angoscia del paziente” (Paparo, 2000, p. 112). Attraverso il caso clinico riportato in *Selected Problems in Self Psychology* (1980) di un paziente di Anna Ornstein, Kohut evidenzia che con il secondo tipo di sogno è necessario dare al paziente un’interpretazione sullo stato del Sé, comprendendo a fondo le metafore usate dal paziente. Uno dei sogni riferiti del paziente riguardava una barca in mezzo al mare, le cui giunture e chiodi erano allentanti e questo

provocava la paura che potesse ribaltarsi. Restando sulle metafore specifiche usate dal paziente, afferma Paparo (2000), esse potevano riguardare “il Sé corporeo, che poteva andare in pezzi, e in particolare le ansie ipocondriache del paziente [...]. Kohut propone di usare le metafore del sogno per approfondire la natura delle carenze specifiche degli oggetti-Sé nell’infanzia e la loro influenza sullo sviluppo del paziente, nell’ottica di individuare specifici deficit alla base di specifici disturbi” (p.113). Il contenuto manifesto del sogno può essere quindi letto come una metafora, superando così l’interpretazione basata sulle singole associazioni in favore di interpretazioni basate sulla globalità del sogno, senza con questo rivalutare gli aspetti inconsci. Come afferma Fosshage (1989) piuttosto che chiedere al paziente di associare i singoli elementi del sogno, cosa che porterebbe a frammentare l’esperienza del sogno stesso, “dobbiamo generalmente comprendere la serie di immagini come se fossero le parole di una frase e il complessivo dramma del sogno come se si trattasse di frasi che formano una storia” (p. 5). I sogni *self-state* permettono di circoscrivere l’angoscia e ripristinare la coesione del Sé. Le immagini vivide del sogno e la sua simbolizzazione concreta consentono di integrare il mondo soggettivo minacciato di disintegrazione, mantenendo così la struttura psichica (Stolorow, 1989).

Freud ha sempre dichiarato che le interpretazioni non esauriscono l’analisi di un sogno, di un sintomo o di una fantasia. Il principio organizzatore dell’interpretazione è una costruzione ausiliaria senza cui non si potrebbe procedere di un passo nel lavoro analitico ma “l’analista deve anche avere il coraggio di abbandonarle nel corso dell’analisi, allorché il materiale da esse generato permette di procedere a un’altra costruzione” (Russo, 2013, p.73). Ricorrere alla lingua, all’imprevedibilità e all’indeterminazione dei sogni, dei sintomi e delle produzioni fantasmatiche significa togliere alla rappresentazione “la fissità di significati prestabiliti e di interpretazioni definite ed esaustive. La rappresentazione è, dunque, continuamente esposta al caso, all’imprevedibilità e all’irrepresentabile” (p.73).

3.2.4.2 - Sogno, irrepresentabile e temporalità

Bion (1962) postula il sogno come espressione dell’attivazione della funzione alfa che consente di tradurre impressioni sensoriali di per sé impensabili in elementi rappresentabili. Partendo dal pensiero di Bion, Ferrari in *L'alba del pensiero* (1998)

sottolinea come l'attività onirica abbia un ruolo centrale nella relazione tra mente e corpo, dove il dato somatico può trovare una collocazione all'interno di un'esperienza relazionale e mentale. Lombardi (2016) sottolinea che l'aspetto più originale di questa prospettiva, in una cultura psicoanalitica attuale orientata sul vertice oggettuale-intersoggettivo, sia il "rilanciare e sviluppare le intuizioni freudiane che collocavano l'investimento autoerotico del proprio corpo, e la successiva organizzazione di un narcisismo primario, a momento cardine irrinunciabile dello sviluppo individuale che prelude alla relazione oggettuale esterna. Da questo angolo prospettico il quale valorizza la relazione che il soggetto intrattiene con sé stesso, il sogno appare indissolubile dalla vita pulsionale dell'individuo" (p.164). Ampliando la concezione freudiana del lavoro onirico, quest'ultimo viene considerato un tentativo di tradurre l'Inconscio strutturale, che è di per sé irrappresentabile. Alla nascita, le impressioni sensoriali interne sono percepite dal neonato, a causa dell'imaturità del sistema nervoso, come aspecifiche e difficili da controllare, esponendolo così a quell'"angoscia impensabile" che non può essere rappresentata né elaborata. Il sogno, come afferma Scalzone (2016), "appare come una funzione fondamentale nel complesso passaggio dalla dimensione subsimbolica a quella simbolica del mentale" (p.349), permettendo di collegare l'energia fisica alle rappresentazioni e rendendo in questo modo pensabile l'esperienza corporea. Come afferma Gaddini (1989): "Nei sogni di persone adulte, si possono ancora trovare i vissuti di quell'angoscia originaria. Sogni, ad esempio, in cui si prova con terrore la sensazione di cadere per esempio in abissi senza fondo, o di andare in pezzi e dissolversi nello spazio esterno illimitato. Sono sogni che hanno in genere molto più a che fare con i vissuti sensoriali del sé, di norma primitivi, che non con le esperienze percettive degli oggetti del mondo esterno" (p. 575). Gaddini considera il sogno una tappa importante all'interno del processo che consente di contenere l'angoscia originaria. Nel corso del processo psicoanalitico la coscienza onirica consente di creare un ponte "tra i contenuti non integrati e l'Io, consentendo un graduale avvicinamento dei contenuti più lontani alla coscienza onirica. In alcuni casi la più temuta patologia originaria del Sé può essere rappresentata nel sogno" (Gori, 2016, p. 212).

I pazienti che hanno vissuto esperienze precoci di insufficiente contenimento e discontinuità nella prima infanzia, come abbiamo precedentemente evidenziato, "continuano a vivere la loro vita nello stesso modo in cui si presenta il primo tempo dell'*après-coup*: senza capacità di riproporsi gli avvenimenti e di risignificarli integrandoli a un livello psichico emozionale e pulsionale più avanzato" (*ibidem*). Questi

pazienti non riescono ad emergere dalla posizione del primo tempo e l'analisi, come già evidenziato rispetto a *Movimenti dell'identico nella relazione analitica* (2013), presenta potenzialità integrative e trasformative. Riattualizzando le tracce traumatiche nella dinamica di transfert-controtransfert, ciò che era sepolto può iniziare a trovare un linguaggio onirico, uscendo così da una condizione di ripetitività senza tempo propria del trauma. La mancata acquisizione di uno spazio onirico comporta la tendenza ad agire il contenuto latente e all'impossibilità per l'individuo di fare un'esperienza psichica del Sé (Khan, 1972). Lo spazio onirico individuale si può "(ri)creare sulla base dello spazio messo a disposizione dalla relazione psicoanalitica e [...] la creazione e l'uso dello spazio onirico sono assimilabili alla creazione e all'uso dello spazio transizionale e dello spazio potenziale" (Bonaminio, 2016, p.240). Costituendosi uno spazio interno per sognare, il paziente può "incominciare a *personalizzare* la sua esperienza" e "far crescere qualcosa di veramente suo, il suo 'vero Sé'" (*ibidem*). Questa possibilità graduale di accesso di emozioni inizialmente informi alla pensabilità e simbolizzazione avviene "perché restituite a una pensabilità matura da un analista capace di *rêverie*", che le accoglie e le significa. Come afferma Tagliacozzo (1992) il sogno in analisi "esprime ciò che il paziente sa fare col suo materiale psichico e con cui cerca l'analista che l'aiuti a farne il meglio e a trasformarlo in un'evoluzione di capacità di rappresentabilità e pensabilità" (p.6). Riprendendo quanto detto su *Le parole che toccano* (Quindoz, 2004), possiamo vedere come anche il flusso caotico dei sogni del paziente sia per l'analista "un prezioso strumento per percepire-esperire l'esperienza di sé del paziente [...], per pensarlo, per entrare in contatto con i massimi gradi della sua vulnerabilità" (Verticchio, 2016, p. 260). Il sogno, aprendo quella parte incomunicabile del codice somatico, "permette all'analista di immergersi empaticamente nell'esperienza somatica del paziente e in quella propria, di raffigurarla mentalmente, di immaginarla e sperimentarla in più dimensioni affettive" (*ivi*, p.263).

3.2.4.3 - Il caso di Lina e il caso di M.

Con il primo frammento clinico, relativo al caso di Lina in *Le parole che toccano* (Quindoz, 2004), vedremo come attraverso il linguaggio dell'analista che "tocca", in questo caso nel registro dell'olfatto, sarà possibile per la paziente accedere a un vecchio sogno, che aprirà la strada a nuove associazioni e a conseguenti possibilità elaborative.

Lina era una giovane divorziata che nei confronti del figlio si percepiva doppia, madre buona e cattiva e che presentava un'angoscia irragionevole "che un giorno il figlio si sarebbe suicidato. Sentiva che questa angoscia poteva nascondere un desiderio inconscio di ucciderlo" (p.82). Nel corso dell'analisi apparve che questo sdoppiamento dell'immagine di sé e degli affetti rinviava a uno sdoppiamento inconscio dell'immagine della madre. Uno dei due termini dello sdoppiamento restava inconscio: Lina era infatti conscia di adorare sua madre, ma non di odiarla. Se Lina criticava la madre lo faceva sempre in modo celato, spesso da una battuta di spirito come quando affermò ridendo: "Mia madre mi succhia l'aria". L'analista pensò allora "che nel transfert l'aria e la respirazione potessero essere un mezzo di comunicazione" ed ebbe conferma di ciò quando Lina, all'inizio di una seduta, guardò un mazzo di rose sul tavolo esclamando: "Che puzza! Oh! È odore di rose" (*ibidem*). Da quel momento la paziente iniziò a tossire durante le sedute e l'analista sentiva nel suo controtransfert "questa tosse plateale e persistente sempre più come un'emissione di particelle aggressive che contaminavano l'aria". L'analista interpretò: "forse il tossire è un modo inconscio per inviarmi un cumulo di piccole cose aggressive che potrebbero riempire la mia aria come io ho riempito la sua con l'odore di rose" (*ivi*, p.84). Fu allora che Lina si ricordò di un vecchio sogno nel quale apriva un armadio da cui uscivano molti scarafaggi velenosi e cercava di espellerli tramite una bocca di scarico, temendo di cadervi dentro. La paziente associò gli scarafaggi sia ai microbi che espelleva durante le sedute sia a un ricordo di infanzia: tornata dalle vacanze venne a sapere che la madre aveva ucciso dei cuccioli di cane nati nella loro casa, perché avrebbero sofferto troppo durante la loro assenza. Lina in seguito all'evento scrisse su un foglio "mia madre è un'assassina" e lo chiuse in una scatola, senza più pensarci. Quindoz (2004) evidenzia come "sia importante per l'analista lasciar risuonare in se stesso le parole utilizzate dal paziente per sentire vibrare tutti gli affetti e le sensazioni che accompagnano il discorso di quest'ultimo" (*ibidem*). La reminescenza del vecchio sogno aprì altri nessi associativi e in particolare emerse un altro ricordo ancora precedente: la madre di Lina incinta del secondo figlio un giorno era caduta e aveva detto: "Perderò il bambino". Lina durante una seduta disse di sapere che la madre non voleva quel figlio e a poco a poco nel corso dell'analisi "cominciò a domandarsi se non avesse proiettato sulla madre i propri desideri omicidi inconsci nei confronti di suo figlio, dei suoi genitori e della coppia che formavano" (*ivi*, p.86). Riunificando l'immagine materna Lina ha potuto gradualmente riunire in sé sentimenti affettuosi e di rifiuto, ritrovando un sentimento di unità dentro di sé. "Lo sdoppiamento degli affetti è indissociabile dallo sdoppiamento

dell'oggetto interno e dell'io" e potendo vivere nel transfert il conflitto con la madre, Lina ha potuto tollerare che l'oggetto fosse "eterogeneo" e che anche lei stessa lo fosse. Vediamo come il sogno ricordato abbia acquistato senso all'interno della relazione analitica e come sia stato fondamentale sintonizzarsi sul significato affettivo e comunicativo delle immagini oniriche, piuttosto che sulla loro traduzione. Il secondo caso riguarda una vignetta clinica tratta da *Intorno al trauma* di Buonanno (2018). Il caso della paziente M consente una riflessione sugli aspetti relativi alla temporalità del trauma e alla possibilità di accesso al simbolico.

Come afferma l'autore: "il trauma fino a quando non ha accesso al simbolico resta come un corpo estraneo nella psiche e nell'anima, oggetto opaco e freddo alla significazione e nel rapporto" (p. 1). La paziente aveva poco più di trent'anni e la sua storia era contraddistinta da esperienze traumatiche precoci nell'ambito domestico, da "traumi ripetuti" e, afferma M, da una "madre che non è riuscita a proteggere noi figli" (*ibidem*). Sembrava vittima di una coazione a ripetere e pochi giorni prima disse all'analista: "non vorrei sembrarle pazza ma, certe volte, mi sembra che io e la mia famiglia siamo come posseduti dal demonio e costretti a ripetere sempre le stesse esperienze". Parlando di questo caso Buonanno fa riferimento alle teorizzazioni di Winnicott e a quell'angoscia catastrofica che nasce dall'assenza: "l'ipotesi di Winnicott è che tutti i parziali insuccessi e la non sufficienza, nella prima infanzia, dell'ambiente di supporto (lo scudo protettivo rappresentato dal ruolo materno) spingono il fanciullo e l'adulto a correggere squilibri e dissociazioni intervenute nella integrazione dell'Io" (*ibidem*). Gli urti, infrangendo lo scudo protettivo, ostacolano l'autentica integrazione dell'Io, conducendo a un'organizzazione e a un modo di operare prematuro e difensivo. Come abbiamo precedentemente visto, il trauma dissolve il tempo e ha che fare con "la morte del non rappresentabile": "il trauma si presenta e la sua presenza non appartiene a nessun presente, è un presente folle fuori da una temporalità storica ove tutto si dissolve, confondendosi. È qualcosa che ha a che fare con la morte, qualcosa di non rappresentabile" (*ivi*, p.5). Buonanno attraverso un sogno di M raccontato in analisi ci parla della possibilità di transitare "dalla morte del non rappresentabile alla possibile vita del sogno" (*ibidem*). La terapia era iniziata da due anni ed era stata caratterizzata da grande fatica e dalla sensazione per l'analista di essere costantemente sotto esame e di non fare mai abbastanza. I primi due anni di analisi sono serviti per creare lo spazio per un possibile incontro e una prima fiducia, nonostante la sensazione dell'analista fosse spesso quella di trovarsi in un vicolo cieco e di dover fare i conti con un vissuto di impotenza "forse

controtransferale”. “Finalmente però”, afferma l’analista, “circa due mesi fa M mi racconta un nuovo sogno, in cui il trauma si manifesta con i suoi personaggi con-fusi ma forse più mobili, non costretti a interpretare lo stesso rigido copione” (*ibidem*). La possibilità, dunque, riprendendo le parole di Balsamo (2009), di potersi gradualmente muovere “dall’identico allo stesso”, inaugurando la possibilità di movimento laddove regna la fissità senza tempo propria del trauma. La paziente racconta all’analista di aver sognato che Angelo Izzo (“il mostro del Circeo”) era in terapia con lui, anche il lettino era lo stesso così come l’intera stanza d’analisi, solo che si trovava nella casa del nonno. M era presente alla scena ma non interveniva, fino a quando Izzo chiese di poter urinare e lei a quel punto entrò nella scena portandogli “una padella”. Si rese conto “guardandolo che aveva le gambe da donna e avvicinandosi ai genitali scopri con angoscia” che anche quelli erano femminili. Nelle associazioni attorno al sogno la paziente dice che la sera prima aveva visto una trasmissione televisiva dove si parlava della tragica vicenda del Circeo e, turbata da quando sentito, aveva chiamato la madre. M aveva subito molestie da parte del nonno quando era molto piccola e non ne aveva mai potuto parlare con la madre, in quanto “non ritenuta sufficientemente fidata”. La casa del nonno del sogno era la stessa delle molestie e, afferma l’analista, tentando di mettere in relazione “questi vissuti coi possibili vissuti del nonno M sembrò sopraffatta dall’emozione” così, smettendo di parlare, iniziò a piangere. Fino ad allora la paziente aveva parlato della scena traumatizzante senza nessun coinvolgimento affettivo mentre da quel momento, per la prima volta, è stato possibile un contatto con una rappresentazione delle emozioni provate nell’esperienza traumatica. Emozioni “rimaste sepolte per l’assenza di una persona fidata”. “La stessa vicenda traumatizzante prende forma e nel gioco delle ri-associazioni sembra poter cominciare ad essere narrata e trasformata, giocando con le identificazioni e riconoscendo il ruolo dell’analisi e dell’analista, capace di trovare le parole” (*ivi*, p.6). Questo trauma non era stato rimosso ma il suo contenuto emotivo non era mai stato possibile integrarlo così come per “quei traumi più antichi e inconsci, che hanno a che fare con il proto mentale, con il preverbale” (*ibidem*). La non rappresentabilità del trauma attiene al luogo e al momento dell’alterazione dell’Io: il trauma è sconosciuto non solo in quanto violento “ma anche perché oscuro alla coscienza in grado di significarlo. È opaco alla significazione” finché non sarà riportato nella storia. Il trauma è sostanzialmente e strutturalmente irrepresentabile e si apre alla comprensione “solo attraverso il lavoro di ri-associazione, rielaborazione dell’analisi, nella sua contestualizzazione ma anche nella sua astoricità [...], nel ritrovarlo attraverso il linguaggio dei simboli verbali e delle

immagini corporee ma anche nel suo tragico non parlare” (*ivi*, p. 8). Nel caso di M la presenza della mente dell’analista capace di rêverie, ovvero quell’esperienza di contenimento che M non ha mai avuto, ha permesso di elaborare l’esperienza emotiva per trasformarla in elementi utilizzabili per il pensiero ed il sogno. Il sogno diventa uno spazio, come emerge dal pensiero di Ferenczi, dove le esperienze traumatiche indigerite e prive di parole per essere comunicate trovano una possibilità di elaborazione. Nel caso di M il sogno ha permesso di rompere la fissità atemporale del trauma interrompendo la coazione a ripetere e donando la possibilità di intravedere un cambiamento. Questo è intimamente legato alla possibilità di fare esperienze di sé all’interno della dimensione onirica, alla capacità del sogno di creare, oltre che a una via di pensabilità e di comunicazione con l’analista, uno spazio potenziale di personalizzazione dell’esperienza (Bonaminio, 2016). L’evento traumatico “dichiarato scomparso”, come afferma Russo (2013), che è accaduto ma non ha trovato parola per esprimersi, può essere costruito *a posteriori*. Questa neo-costruzione “ha il fine di integrare l’evento traumatico perduto nell’onnipotenza dell’Io e nel divenire storico del soggetto ed evitare che esso si cristallizzi in una deformazione difensiva anacronistica, senza alcuno sbocco evolutivo” (*ibidem*).

Conclusioni

In psicoanalisi non ci si può che accostare all'oggetto di indagine, entrare in contatto con le propaggini dei processi psichici inconsci, andando oltre a ciò che si vede per "toccare qualcosa dell'essere infantile al di fuori del linguaggio" (Russo, 2013). Per fare questo è necessario uno sguardo metapsicologico, uno sguardo che inserisca uno spazio creativo e metaforico nell'osservazione viva; l'esigenza di sostare nella complessità e promuovere una costruzione metapsicologica aggiornata diventa più che mai centrale davanti all'espansione della teoria e della tecnica psicoanalitiche verso aree di funzionamento primitive e irrepresentabili. La psicoanalisi contemporanea appartiene al suo tempo ed è auspicabile che trasformi la teoria dell'inconscio e i concetti psicoanalitici freudiani, senza per questo neutralizzare il passato (Colombi, 2014). Alla luce di questo, come possiamo utilizzare la nostra eredità psicoanalitica? "conservandola intatta con il rischio di congelarla o svilupparne le potenzialità con il rischio di disperderla?" (Quinodoz, 2004, p.190). Questo interrogativo, nel presente lavoro, ha portato alla necessità di porre l'attenzione sull'eterogeneità, intesa come la mancanza di coesione interna, e sulla possibilità di integrare le due alternative poste dal quesito. L'attenzione all'eterogeneo non si esaurisce in quelli che sono gli aspetti teorici della psicoanalisi, ma comprende uno sguardo attento alla clinica, alla sua evoluzione e ai pazienti. I pazienti eterogenei di cui parla Quinodoz (2004) "soffrono della propria eterogeneità: essi sono angosciati perché non riescono a integrare i diversi aspetti o le diverse parti di sé" (p.24) e per questo hanno il timore di diventare "folli". Per quanto riguarda la complessità e l'eterogeneità teorica è stato possibile evidenziare come teorie apparentemente distanti presentino aspetti complementari e integrabili. Ad esempio, rispetto alla dicotomia tra pulsione e oggetto, è molto rischioso fare contrapposizioni troppo rigide: perché dovremmo escludere una tendenza originaria all'investimento sul proprio Io e, parallelamente a questo, un progressivo investimento oggettuale? (Mangini, 2001). Attraverso il pensiero di vari autori è stato possibile vedere se e come ci siano stati dei discostamenti tra loro. Rispetto a Freud e Winnicott è stata messa in discussione una netta ed esclusiva valorizzazione del pulsionale nel primo e del relazionale nel secondo. Inoltre, vi è un punto di accordo fondamentale con il pensiero di Bion: le madri che non possono rendere tollerabili le angosce primitive del bambino non permettono la formazione di una struttura psichica di base con cui poter costituire un senso di sé creativo e vitale. Un aspetto centrale dell'elaborato riguarda il fatto che teoria e clinica sono inestricabilmente connesse. La

teoria nasce a partire da osservazioni di natura clinica e a sua volta la clinica apre a ulteriori riflessioni teoriche (Semi, 2011). La questione teorica sulla dicotomia pulsione/oggetto ha condotto a riflettere sulla necessità, per alcuni psicoanalisti oggi, di raggiungere il versante della pulsione relativa al somatico, senza con questo risolvere il destino di affetti e rappresentazioni in termini esclusivamente pulsionali: la *rêverie* materna resta un elemento relazionale irrinunciabile e “l’analogia tra il modello freudiano (pulsione-affetto-rappresentazione) e quello bioniano (elementi beta-funzione alfa-*rêverie*) permette di pensare a un possibile accordo ed aspetti complementari tra teoria pulsionale e teoria relazionale” (Racalbuto, 2003).

Un'altra riflessione centrale riguarda la metapsicologia, ovvero il complesso di ipotesi teoriche e di concetti extra-clinici utilizzate per spiegare fenomeni clinici. Nel presente lavoro è stato adottato uno sguardo metapsicologico per parlare di forme di sofferenza che riguardano un’alterata o insufficiente costituzione dell’Io e che portano a interrogarsi su cosa sia andato storto in questo processo di costituzione. Grazie alle teorizzazioni di Winnicott (1945; 1963) si crea lo spazio per immaginare uno stato di non integrazione dell’*infans*, una dimensione fuori dal tempo, che non è da intendersi come stadio di sviluppo bensì come uno stato dell’essere immaturo ancora privo di organizzazione psichica. Davanti a forme di sofferenza pervasiva abbiamo a che fare con qualcosa che è avvenuto nell’impensabile prima (Russo, 2013), in un tempo precedente alla costituzione dell’Io. Perché si possa dare un senso a queste aree impensabili e inaccessibili al simbolico è importante conservare l’identità “antisemantica” della psicoanalisi (Abraham, 1968), per la quale viene tolto ai termini ogni senso conosciuto così che assumano un senso del tutto diverso da quello fenomenologico. Ad esempio, quando Winnicott parla di *holding, handling*, ambiente, madre sufficientemente buona e oggetto transizionale intende sempre delle funzioni complesse, dei processi. Freud e Winnicott, ognuno con il proprio linguaggio, hanno sottolineato come la psiche sia innanzitutto la psiche infantile in stato di *Hilflosigkeit* e per entrambi gli autori il linguaggio adatto per conoscere l’anima dell’uomo non può che essere mitopoietico (Russo, 2013).

Davanti a un progressivo aggravamento della psicopatologia nel corso del secolo e al riconoscimento che i fattori eziologici sempre più riguardano dinamiche profonde e precoci, è necessaria una riflessione non solo sui fattori contemporanei della nostra epoca, dove in generale sembra essersi interrotto un senso di continuità, ma anche sul cambiamento degli psicoanalisti per quanto concerne la loro capacità tecnica e diagnostica (Gaddini, 1984; IPA, 2015). Per quanto riguarda quest’ultimo aspetto ci

siamo interrogati su quali cambiamenti per la teoria e la tecnica psicoanalitica comporti l'apertura verso fenomeni prima considerati extra-analitici, caratterizzati dalla presenza di aree traumatiche irrepresentabili che ci parlano di una rottura nella continuità dell'esistenza, verificatasi quando l'Io non era ancora strutturato. Gli aspetti metapsicologici sono stati ampiamente considerati nel presente lavoro per l'importanza che ricoprono a uno sguardo clinico attento: recuperare l'attenzione verso l'area dei fenomeni non simbolizzati, che non coincidono con il rimosso, che vanno "al di là dell'interpretazione" e che si esprimono, ad esempio, sul corpo, apre numerose riflessioni teorico-cliniche, portando all'esigenza di interrogarsi sulla relazione tra i fondamenti di origine della psicoanalisi e i suoi orientamenti attuali. Nel presente lavoro le principali riflessioni hanno riguardato l'intreccio tra trauma, temporalità, corpo e parola. Questo perché le forme di sofferenza, che riguardano il vissuto di crollo (Winnicott, 1963) legato a traumatismi precoci di cui il soggetto non riesce a parlare direttamente in analisi, sfuggono alla possibilità di essere ricordate, rappresentate e messe in parola. Con il lavoro analitico è possibile costruire per la prima volta, in *après-coup*, il trauma scomparso e poter dare rappresentazione di parola a queste esperienze impensabili attraverso un continuo lavoro simbolopoietico e trasformativo. A proposito della riflessione su trauma e temporalità è stato possibile vedere come la clinica entri in rapporto con la teoria in un complesso intreccio tra le due. In termini generali l'evento trauma, non per forza preverbale, non esiste come categoria assoluta: occorre comprendere, uscendo da una logica lineare, come l'evento potenzialmente traumatico si inserisca nella catena di traumi cumulativi e come venga soggettivato. Il concetto di trauma si presta bene ad uno sguardo metapsicologico in quanto, dal momento che ognuno si confronta a suo modo con il vissuto traumatico, in analisi si tenta di immaginare come il supposto evento abbia impattato su quello specifico apparato psichico. Si tratta sempre di un complesso intreccio tra temporalità e grado di maturità del sistema psichico. Rispetto a questo è stata evidenziata l'importanza di conservare, nell'ambito dell'*après-coup*, inteso come fenomeno universale della mente, il tema del colpo e dell'evento che irrompe, in quanto tale processo non si limita a una semplice risignificazione trascrittiva del passato. Nel caso specifico relativo alle analisi con pazienti caratterizzati da ferite narcisistiche diventa necessario poter dar voce, e quindi parola, alle aree traumatiche che non hanno avuto accesso al simbolico. Porre attenzione ai livelli irrepresentabili della psiche non significa abbandonare il dispositivo analitico: resta centrale, ad esempio, tenere in considerazione che la cura è affidata alla capacità dell'analista di tenere insieme due tempi (durata

indeterminata e tempo determinato) per poter sperimentare moti pulsionali irraggiungibili e “inventare parole che tocchino” (Russo, 2013). Il dispositivo temporale complesso, dunque, genera l’illusione di un tempo continuo e predispone le condizioni per l’*après-coup*. Ma in questo caso specifico, relativo a traumatismi precoci, il grado di complessità aumenta in quanto abbiamo a che fare non soltanto con il ritorno del rimosso ma con il ritorno di tutto ciò che non è appropriabile dal soggetto, non essendo mai stato rappresentato. Davanti a queste forme di sofferenza si possono incontrare nel presente della seduta esperienze avvenute su una soglia agonica, dove non c’era un Io a vivere quell’esperienza: “quale speranza di trasformazione *après-coup* la psicoanalisi potrà nutrire quando ciò di cui soffre il paziente è radicato nei traumi precoci?” (Andrè, 2011, p. 93). Al contrario del paziente nevrotico, dove l’inconscio è pressappoco identico al rimosso e lo scopo della cura sarà superare, di *après-coup* in *après-coup*, la rimozione, in altri contesti psicopatologici, dove i primi impatti traumatici rimangono incistati e privi di significato e dove gli affetti sono “agonie impensabili” (Winnicott, 1971), assistiamo a un disfunzionamento degli *après-coup*, che prendono la forma di una modalità coattiva e ripetitiva. Attraverso alcuni casi clinici, tra i quali il caso di Aurora (Andrè, 2009), i pazienti di Winnicott in *Niente al centro* (1959) e di Balsamo (2013), è stato possibile osservare nella cura la possibilità di rappresentare nel transfert l’agonia primitiva, di rimettere in moto i tempi e creare uno spazio dove può apparire “il moto pulsionale e un abbozzo di storicità” (Balsamo, 2013, p.630). Da una fissità immobile senza tempo, caratterizzata dall’ “identico” (*ibidem*), il fenomeno dell’*après-coup* è un trasformatore: permette un passaggio dalla ripetizione coattiva alla rimemorazione, dal caos alla storicizzazione, dall’*infantia* alla parola. Tutto questo a condizione di incontrare “un altro”, ovvero possiamo definire l’analista come primo *après-coup* (*ibidem*), da intendersi come processo di trasformazione e costruzione: ciò che è rimasto incistato e privo di senso dei traumi precoci può essere storicizzato nell’incontro/scontro con l’analista, incontro inevitabilmente traumatico. Il tempo dell’*après-coup* è il tempo che trasforma, l’incontro con l’Altro produce una breccia, una rottura, un *clinamen* nella scorza difensiva dell’“identico”. Attraverso il caso di Aurora (Andrè, 2009) abbiamo potuto vedere la messa in atto nel transfert del trauma precoce, i suoi *après-coup* e la nascita in vivo, nel qui e ora della cura, della temporalità. L’iscrizione del tempo nella psiche non è data a priori. Per Winnicott (1945) la realtà e il tempo diventano accessibili nella fase di *object presenting*, dove il bambino sperimenta il vissuto onnipotente di aver creato l’oggetto presentatogli dalla madre. Per i pazienti per i quali è nata l’analisi il presente lavora sulla

rimemorazione dell'infantile e sul ritorno del rimosso, mentre per i pazienti come Aurora il presente è assente. Davanti a un passato privo di ricordi per mancanza di storia, un presente che si muove nell'identico e un avvenire incerto, l'analista tramite un movimento di presenza-assenza introduce gradualmente *differenze* tollerabili. Cerca di farlo come una *madre sufficientemente buona* che permette che l'urto sia incontrato al tempo e in quantità giuste, che sia tollerabile e generativo, in quanto è grazie all'assenza che si può sviluppare un pensiero creativo.

Rispetto alla questione relativa al corpo e alla parola è stato fondamentale coniugare il contributo di Winnicott con la psicopatologia attuale. Abbiamo visto infatti come Winnicott (1962) proponga il modello della paura del crollo per affrontare la questione del fallimento dell'ambiente e dell'oggetto responsivo: tale fallimento impedisce all'Io di integrare corpo e psiche e di formare un primario senso di sé unitario. Le "agonie identitarie" proprie della nostra epoca (Russo, 2013), sono caratterizzate dall'accentuarsi del senso di vuoto e dal terrore dell'arrivo di qualcosa di catastrofico, rimandando a quel vissuto di crollo di cui parla Winnicott. L'uso della parola secondo il modello classico de *L'interpretazione dei sogni* (1899) fallisce e lo psicoanalista contemporaneo sente l'inadeguatezza del linguaggio simbolico. Diventa centrale una riflessione sul linguaggio della psicoanalisi e sulla necessità di "creare una parola che sia in grado di incarnarsi, di sentire nel corpo" (Russo, 2013, p.148) elementi mai simbolizzati, dal momento che in molti di questi pazienti il corpo tiene il conto al posto della psiche (Van Der Kolk, 1996). Ma cosa significa trovare parole che toccano? Rispetto a questa domanda è stata necessaria una riflessione sul corpo della psicoanalisi, inteso come corpo-psichico, come corpo pulsionale che "esprime ciò che in genere non è esprimibile se non con il linguaggio pre-verbale corporeo e pre-rappresentativo" (Mangini, 2015, p.153). A questi livelli primitivi della mente l'analista può trovarsi nel luogo dello "scollamento originario" dell'unità psicosomatica avvenuto in seguito all'irruzione di traumi precoci (De Toffoli, 2017) e diventa centrale prestare attenzione agli accadimenti somatici di analista e paziente. Le esperienze precoci traumatiche prive di parola lasciano traccia nel corpo e quest'ultimo diventa un primo aggancio per l'avvio di un processo di simbolizzazione. Il corpo diventa il luogo di codificazione di esperienze affettive precoci, portando alla necessità a livello clinico di includere il somatico nel territorio del semiotico, di riconoscere alle funzioni del corpo la potenzialità del linguaggio. Il linguaggio semiotico si riferisce al corpo e ai moti pulsionali (Kristeva, 2000) e inventando simboli e parole nuove in grado di incarnarsi, il lavoro analitico consente di utilizzare l'energia pulsionale

in modo creativo. Come prima detto rispetto alla temporalità e al trauma, i soggetti che sentono il vuoto di esistere usano l'analisi e la parola in una modalità coattiva, per distruggere i legami e il pensiero. Davanti a questo l'analista non deve rinunciare né all'interpretazione né all'associazione libera: la parola incarnata si esprime proprio nelle libere associazioni e nell'attenzione ugualmente fluttuante dell'analista. Davanti all'opportunità di esplorare la complessità clinica, gli aspetti teorici e metodologici di base restano fondamentali e garantiscono una base solida e irrinunciabile. Attraverso alcuni casi clinici, tra cui il caso di Luca (Balsamo, 2022) e il caso di Elise (Quinodoz, 2004), è stato possibile vedere come, nel corso dell'analisi, i pazienti possano gradualmente collegare un significato emotivo alle esperienze corporee e come le esperienze precoci non rappresentabili possono essere evocate da un linguaggio che comunica verbalmente non solo i pensieri ma anche i sentimenti e le sensazioni che li accompagnano. Nel caso di Elise grazie al controtransfert somatico dell'analista, l'esperienza precoce priva di parola è potuta emergere e tramite il linguaggio incarnato dell'analista stessa è stato possibile risvegliare sensazioni e fantasmi corporei scissi e perduti. Il caso di Luca (Balsamo, 2022) mostra il complesso intreccio tra temporalità, corpo e possibile messa in parola del trauma impensabile. I chiodi che sentiva nel suo ventre e che generavano angoscia ci parlano di come il corpo diventi la sede in cui si concretizzano aspetti non rappresentabili. Come nel caso di Aurora, anche qua assistiamo a movimenti che ruotano intorno all'asse della ripetizione non trasformativa e a processi *après-coup* caratterizzati dalla logica del "colpo su colpo, brutalità su brutalità, cose su cose, distruzione su distruzione": non resta che "dare l'ultima parola al corpo e al reale *nel* corpo" (Balsamo, 2022, p.1). L'analisi, soprattutto con i pazienti caratterizzati da carenze evolutive, diventa lo spazio per poter rappresentare psichicamente, in *après-coup*, ciò che era rimasto silente e incistato a livello corporeo. L'analista accetta di portare dentro di sé e nel suo corpo il vuoto del paziente per poter dare continuità, attraverso la propria integrazione mente-corpo, all'esperienza frammentata del soma e delle parole di quest'ultimo (Ferri, 2022). Questo ha aperto a una riflessione sul sogno, evidenziando come l'attività onirica abbia un ruolo centrale nella relazione mente-corpo (dove l'esperienza somatica può trovare una collocazione nella sfera mentale e relazionale) e come grazie ad essa "quanto era soggetto alla ripetitività senza tempo del trauma possa trovare il tempo e lo spazio" per essere elaborato (Lombardi, 2000). Davanti ad esperienze pre-verbali irrepresentabili il sogno, nelle sue possibilità "ricostruttive e simbolopoietiche" (Mancia, 2007), permette l'accesso al pensiero: ciò che era sepolto può

trovare un linguaggio onirico, uscendo così dalla ripetitività senza tempo propria del trauma.

In questo elaborato sono stati approfonditi i concetti come trauma, temporalità, corpo e linguaggio all'interno della teoria e della clinica psicoanalitica con riferimento ai pazienti caratterizzati da un vissuto traumatico pre-verbale irrepresentabile connesso a mancanze ambientali precoci e a un vissuto di crollo. Tale riflessione ha messo in evidenza l'importanza dell'accesso al simbolico non tanto per via diretta come per i pazienti nevrotici, ma attraverso la necessità di costruzione di uno spazio transizionale a partire dal corpo, dal vissuto somatico e dal sogno, nel tentativo di arrivare al simbolo.

Bibliografia

- Abraham, N. & Torok, M. (1978). *L' écorce et le noyau*. Aubier: Flammarion. (Trad. It: La scorza e il nocciolo, 1987, Borla).
- André, J. (2008). *L'après-coup nella teoria e nella clinica*. Psicoterapia e scienze umane.
- André, J. (2009), *Evento e temporalità. L'après-coup nella cura*. In M. Balsamo (A cura di), *Forme dell'après-coup*. Milano, Franco Angeli.
- Anzieu, D. (1977). *Psychanalyse et langage: du corps a la parole*. Dunod (trad. It: Psicoanalisi e linguaggio: dal corpo alla parola, 1980, Borla).
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod (trad. It: Io Pelle, 2017, Raffaello Cortina).
- Balestriere, L. (2003). *Freud e il problema delle origini*. Franco Angeli.
- Balsamo, M. (2009). *Come si traduce 'Nachträglichkeit' in italiano?* In M. Balsamo (A cura di), *Forme dell'après-coup*. Milano, Franco Angeli.
- Balsamo, M. (2009). *Forme dell'après-coup*. Franco Angeli.
- Balsamo, M. (2022). *Necessità e finzione dell'après-coup*. Rivista di psicoanalisi. Raffaello Cortina Editore.
- Bastianini, T. (2019). *Estensioni della psicoanalisi: eterogeneità dei materiali psichici e pluralità dei costrutti teorici idonei a comprenderli*. Rivista di Psicoanalisi, 65(4), 835-852.
- Bion, W.R. (1959), *Attacks on linking*. International Journal of Psycho-Analysis, vol. 40 (trad. It: "Attacchi al legame" in: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, 1970, Armando).
- Bion W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann Medical. (trad. It: *Apprendere dall'esperienza*, 2009, Armando Editore).
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. Tavistock Publications. (Trad. It: *Attenzione e interpretazione*, 2010, Armando editore]. Reprinted in *Seven Servants* (1977e).
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Free Association Books (trad. It: *L'ombra dell'oggetto: Psicoanalisi del vissuto non pensato*, 1987, Borla Editore).
- Bolognini, S. (Cur.). (2016). *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.

- Bonaminio, V. (2016). *Dall'analisi al sogno, dal sogno all'analisi. Spazio psicoanalitico e spazio onirico individuale attraverso un frammento clinico*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.
- Brutti, C., Maffei, G. & Parlani, R. (1991). *Organsprache. Linguaggio d'organo*. In Quaderni di psicoterapia infantile. Borla.
- Buonanno, A. (2018) *Intorno al trauma*. Istituto IPOL.
- Carrara, S., Zanda, G. (1992). *Sul saggio freudiano "Analisi terminabile e interminabile"*. Rivista Psicologia Analitica.
- Cimino, C. (2019). *Le origini del riconoscimento nella costruzione del soggetto. Lacan con Winnicott*. Hegel & sons. *Filosofie del riconoscimento*, 281-290.
- Concato, G. (2006). *Manuale di psicologia dinamica*. Alefabet.
- Damasio, A. R. (2000). *Emozioni e coscienza*. Adelphi.
- De Marchi, A., Gori, E.C., Pozzi, F. (2016). *Aspetti traumatici e sogno nel sogno*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis
- De Toffoli, C. (2014). *Transiti corpo-mente. L'esperienza della psicoanalisi: L'esperienza della psicoanalisi*. FrancoAngeli.
- Di Gregorio, L. (2017). *La società dei selfie: narcisismo e sentimento di sé nell'epoca dello smartphone*. FrancoAngeli.
- Fachinelli, E. (1983). *Claustrofilia: saggio sull'orologio telepatico in psicanalisi* (Vol. 144). Adelphi.
- Fédida, P. (1968). *Di una dissimmetria essenziale nella psicoanalisi*, (trad. It. In *Aprire la parola: scritti 1968-2002*, 2012, Borla).
- Ferrari, A. B., & Stella, A. (1998). *L'alba del pensiero: dal teatro edipico ai registri di linguaggio*. Borla.
- Ferri, P. S. & Quarantini, A. Z. (2013). *Il corpo dell'analista come spazio relazionale nella cura dei bambini gravi*. Rivista di Psicoanalisi, 59(3), 591-604.
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione: genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Raffaello Cortina.
- Fiorentini, G. (2017). *Narciso: dal mito all'analisi*. Rivista di Psicoanalisi, 63(2), 347-364.
- Fraire, M. (2020). *Trauma e temporalità*. Seminario a cura di Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica, 21 novembre 2020.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer (Trad. It: *L'Io e i meccanismi di difesa*, 2012, Giunti Editore).

- Freud, S. (1895). *Progetto di una psicologia scientifica*, manoscritto pubblicato nel 1950 (In OSF, vol. 2 a cura di C. Musatti, 2002, Progetto di una psicologia e altri scritti 1892-1899, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1911). *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. (In OSF, Vol. 6 a cura di C. Musatti, Casi clinici e altri scritti 1909-1912, 2003, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1914). *Dalla storia di una nevrosi infantile: caso clinico dell'uomo dei lupi*. (In OSF, Vol. 7 a cura di C. Musatti, Totem e tabù e altri scritti 1912-1914, 2000, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. (In OSF, Vol. 7 a cura di C. Musatti, Totem e tabù e altri scritti 1912-1914, 2000, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1915). *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno*. (In OSF, Vol. 8 a cura di C. Musatti, Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917, 2002, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1920) *Al di là del principio di piacere*. (In OSF, Vol. 9 a cura di C. Musatti, L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923, 2000, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1924). *Il problema economico del masochismo*. (In OSF, Vol. 10 a cura di C. Musatti, Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti: 1924-1929, 2000, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*. (In OSF, Vol. 10 a cura di C. Musatti, Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti: 1924-1929, 2000, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. (In OSF, Vol. 11 a cura di C. Musatti, L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti 1930-1938, 2003, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1937). *Costruzioni nell'analisi*. (In OSF, Vol. 11 a cura di C. Musatti, L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti 1930-1938, 2003, Bollati Boringhieri).
- Freud, S. (1938). *Risultati, idee, problemi*. (In OSF, Vol. 11 a cura di C. Musatti, L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti 1930-1938, 2003, Bollati Boringhieri).
- Freud, S., & Bonaparte, M. (1968). *Le origini della psicoanalisi: lettere a Wilhelm Fliess: 1887-1902*. Boringhieri.
- Freud, S., (1950). *Le origini della psicoanalisi: lettere a Wilhelm Fliess, abbozzi e appunti, 1887-1902*. M. Bonaparte, A. Freud, E. Kris (a cura di), (trad. It. G. Soavi, 1968, Boringhieri).

- Gaddini, E. (1984). *Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni*. Rivista di psicoanalisi, 30(4), 560-580.
- Galiani, R. (2013). *Esperienze. Corpo, visione, parola nel lavoro psicoanalitico Lucio Russo*. Rivista di Psicoanalisi, 59, 787-792.
- Galimberti, U. (2018). *Nuovo dizionario di psicologia: psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Feltrinelli.
- Giannakoulas, A., & Bertolini, F. N. (Eds.). (2016). *Continuità dell'essere, crollo e oltre il crollo: Sul lavoro di Donald W. Winnicott*. FrancoAngeli.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Parigi, Editions de Minuit. (Trad. It: *Narcisismo di vita narcisismo di morte*, 1985, Borla).
- Grinberg, L. (1956). *On some technical problems derived from projective identification and counter-projective identification*. Revista de Psicoanálisis, 13, 507-511.
- Guyomard, P. (2009), *Rien au centre*, in Aulagnier P. *et al.*, *La pensée interdite*. PUF, Paris, 2009, pp. 75-90.
- Hautmann, G. (2016). *Il sogno tra clinica e teoria nel modello bioniano. Una linea di lettura del sogno dell'uomo dei lupi*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.
- Inghilleri, P., Tolusso, T., Migrazioni, C., & Umani, D. (2022). *Aspetti psicologici del confine: dall'io-pelle alle relazioni con gli altri e con la spiritualità*. In *Confini, Migrazioni e diritti umani*. Milano University Press.
- Innes-Smith J. (2003), *Crollo, follia e salute*, in Bertolini M., Giannakoulas A., Hernandez M, *La tradizione winnicottiana*. Borla.
- International Psychoanalytical Association. (2023). *IPA: Inter-Regional Encyclopedic Dictionary of Psychoanalysis*.
- Johns, J. (2016). *Continuità dell'essere: non integrazione, integrazione e disintegrazione*. In Giannakoulas, A. (A cura di), *Continuità dell'essere, crollo e oltre il crollo*. Franco Angeli.
- Joyce, A. (2016). *Le cure materne sufficientemente buone e l'importanza dell'insuccesso. Una presentazione focalizzata su un breve film di un bambino piccolo e sua madre*. In Giannakoulas, A. (A cura di), *Continuità dell'essere, crollo e oltre il crollo*. Franco Angeli.
- Khan, M. M. R. (1983). *Al di là dell'esperienza onirica*. In *Hidden Selves: Between Theory and Practice In Psychoanalysis*. Karnac Books. (Trad. It: *I sé nascosti: teoria e pratica psicoanalitica*, 1990, Bollati Boringhieri).

- Khan, M. R. (1974). *Il concetto di trauma cumulativo*. In *The privacy of the self*. Hogarth Press [for] the Institute of Psychoanalysis. (trad. It: *Lo spazio privato del Sé*, 1979, Boringhieri).
- Khan, M. R. (1974). *The privacy of the self*. Hogarth Press [for] the Institute of Psychoanalysis. (trad. It: *Lo spazio privato del Sé*, 1979, Boringhieri).
- Khan, M. R. (1974). *Uso e abuso del sogno nell'esperienza psichica*. In *The privacy of the self*. Hogarth Press [for] the Institute of Psychoanalysis. (trad. It: *Lo spazio privato del Sé*, 1979, Boringhieri).
- Khan, M. R. (1974). *Vicissitudini dell'essere, conoscere e sperimentare nella situazione terapeutica*. In *The privacy of the self*. Hogarth Press [for] the Institute of Psychoanalysis. (trad. It: *Lo spazio privato del Sé*, 1979, Boringhieri).
- Klein, M. (1952). *The origins of transference*. *International Journal of Psychoanalysis*, 33, 433-438.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. International Universities Press. (Trad. It: *La guarigione del Sé*, 1977, Boringhieri).
- Lacan, J. (1974). *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io*. In *Scritti*. Einaudi.
- Lanza, A.M., & Bovet, A.M. (2016). *Crollo, conoscenza, creatività*. In Giannakoulas, A. (A cura di), *Continuità dell'essere, crollo e oltre il crollo*. Franco Angeli.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1981). *Pulsions de mort*. *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2, 371-378.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Laterza (2003).
- Le Guen, C. (2008). *Dictionnaire freudien*. PUF. (Trad. It: *Dizionario freudiano*, 2013, Borla).
- Lombardi, R. (2016). *Le narrazioni oniriche e la rete di contatto corpo-mente*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.
- Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. LED Edizioni Universitarie.
- Mangini, E. (2003). *Lezioni sul pensiero post-freudiano: maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento*. LED Edizioni universitarie.
- Mangini, E. (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica: pulsione, immagine, parola poetica*. Libreria Cortina Milano.

- Mangini, E. (2016). *Il sogno come “fotografia” dell’apparato psichico del sognatore e della relazione psicoanalitica*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.
- Masina, L., Rossi, N., & Ruggiero, I. (2022). *Sviluppo del senso di sé nel processo psicoanalitico: Questioni di tecnica*. FrancoAngeli.
- McWilliams, N., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio.
- Migone, P. (1993). *Il concetto di narcisismo*. Il ruolo terapeutico, 63-64.
- Milner, M. (1992). *La follia rimossa delle persone sane: quarantaquattro anni di esplorazioni nella psicoanalisi*. Borla.
- Molo, N. (2015). *Le basi narcisistiche dello sviluppo psichico*. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 7(2), 3-19.
- Musatti, C. (1970). *Freud: con antologia freudiana*. Boringhieri.
- Musella, R. (2017). *Il problema economico del narcisismo*. *Rivista di Psicoanalisi*, 63(2), 321-345.
- Nicolò, A. M. (2019). *Note sul cambiamento della tecnica in psicoanalisi*. *Rivista di Psicoanalisi*, 65(4), 815-834.
- Ogden, T. H. (1991). *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio.
- Ogden, T. H. (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. *International Journal of Psychoanalysis*. (Trad. It: L'arte della psicoanalisi, 2008, Raffaello Cortina).
- Ogden, T. H. (2015). *La paura del crollo e la vita non vissuta*. *Rivista di Psicoanalisi*, 61(1), 5-27.
- Palmieri, A., Palvarini, V., Mangini, E., & Schimmenti, A. (2018). *Transfert e controtransfert somatico: rassegna critica e integrazione con la prospettiva neuroscientifica*. *Rivista di Psichiatria*, 53(6), 281-289.
- Pancheri, L. & Paparo, F. (2016). *I sogni “self-state” e la concezione del sogno nella psicologia psicoanalitica del Sé di Heinz Kohut*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.
- Passi, P. (2015). *Comunicazioni inconscie: ipotesi*. Relazione al convegno del Centro psicoanalitico romano: Essere e divenire, l'esperienza della psicoanalisi, 31 gennaio 2015, Roma.

- Petrella, F. (2016). *Estetica del sogno e terapia a cento anni dalla Traumdeutung*. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.
- Pontalis, J. B. (1988), *Perdre de vue*, Gallimard (Trad. It: *Perdere di vista*, 1993, Borla).
- Pontalis, J. B. (1988). *Entre le rêve et la douleur*. Gallimard (Trad. It: *Tra il sogno e il dolore*, 1988, Borla).
- Pontalis, J. B. (1990), *L'estraneità del transfert*, in *La Force d'attraction*. Le Seuil. (Trad. It: *La forza d'attrazione*, 1992, Bari).
- Pontalis, J. B. (2001). È stato sognato. *Rivista di Psicoanalisi*, 47(3), 429-444.
- Pozzi, O. (2010). *Air du temps*. In *Attualità della Psicoanalisi*, convegno a cura del Centro Psicoanalitico Lacaniano, Napoli, 18 dicembre 2010.
- Quinodoz, D., & Montani, L. (2002). *Des mots qui touchent: une psychanalyste apprend à parler*. PUF. (Trad. It: *Le parole che toccano: una psicoanalista impara a parlare*, 2004, Borla).
- Racalbuto, A. (1994). *Tra il fare e il dire: l'esperienza dell'inconscio e del non verbale in psicoanalisi*. R. Cortina.
- Racalbuto, A. (2003). *Pulsione e relazione: inconciliabilità o integrazione?*. In E. Mangini (a cura di). *Lezioni sul pensiero post-freudiano*. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento. LED Edizioni Universitarie.
- Russo, L. (2009). *Destini delle identità*. Borla.
- Russo, L. (2013). *Esperienze. Corpo, visione, parola nel lavoro psicoanalitico*. Borla.
- Sandler, J. (1991). *L'inconscio e il mondo rappresentazionale*. Ammaniti M., Stern D. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza.
- Sarno, L. (2017). Riflessi del narcisismo nella clinica psicoanalitica contemporanea. *Rivista di Psicoanalisi*, 63(1), 211-229.
- Semi, A. A. (2007). *Il narcisismo*. Il mulino.
- Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Raffaello Cortina.
- Simondon, G. (2001). *L'individuazione psichica e collettiva*, ed. It. a cura di P. Virno, Roma, DeriveApprodi.
- Thanopoulos, S. (2006). *Leggere, per interrogare, Winnicott sull'uso dell'oggetto*. *Rivista di Psicoanalisi*, 52(1), 57-97.
- Thomä, H., & Cheshire, N. (1991). *Freud's Nachträglichkeit and Strachey's "deferred action": Trauma, constructions and the direction of causality*. *International Review of Psycho-Analysis*.

- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Vikings. (Trad. It: Il Corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche, 2014, Raffaello Cortina Editore).
- Van der Kolk, B., McFarlane A.C., Waisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford. (Trad. It: Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili, 2005, Magi Edizioni).
- Winnicott D. W. (1949), *L'intelletto e il suo rapporto con lo Psiche-Soma*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock (1958). (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).
- Winnicott D. W. (1959), *Niente al centro*, in C. Xella (a cura di), *Esplorazioni psicoanalitiche*, 1996, Raffaello.
- Winnicott D. W. (1961), *La teoria del rapporto infante-genitore*, in *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Hogarth Press (1965). (Trad. It: Sviluppo affettivo e ambiente, 1970 Armando).
- Winnicott D. W. (1962). *L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino*. in *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Hogarth Press (1965). (Trad. It: Sviluppo affettivo e ambiente, 1970 Armando).
- Winnicott D. W. (1963). *La paura del crollo*, in C. Xella (a cura di), *Esplorazioni psicoanalitiche*, 1996, Raffaello.
- Winnicott, D. W. (1945). *Lo sviluppo emozionale primario*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock (1958). (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).
- Winnicott, D. W. (1948), *Pediatria e psichiatria*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock (1958). (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).
- Winnicott, D. W. (1951). *Oggetti e fenomeni transizionali*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock (1958). (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).

- Winnicott, D. W. (1953), *La psicosi e l'assistenza al bambino*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock (1958). (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).
- Winnicott, D. W. (1954). *Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica*. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock (1958). (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- Winnicott, D. W. (1958). In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock. (Trad. It: Dalla pediatria alla psicoanalisi, 2017, Giunti).
- Winnicott, D. W. (1960). Il rapporto iniziale della madre col bambino. In *The Family and Individual Development*, Tavistock (1965). (Trad. It: La famiglia e lo sviluppo dell'individuo, 1992, Armando Editore).
- Winnicott, D. W. (1965). *L'integrazione dell'io nello sviluppo del bambino*, in *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Hogarth Press (1965). (Trad. It: Sviluppo affettivo e ambiente, 1970 Armando).
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press. (Trad. It: Sviluppo affettivo e ambiente, 1970 Armando).
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Tavistock. (Trad. It: *Gioco e realtà*, 1974, Armando).

Sitografia

- A.M. Nicolò (2003, 26 luglio). *Il concetto di narcisismo nella teoria delle relazioni oggettuali*. SPI Web. <https://www.spi-firenze.it/il-concetto-di-narcismo-nella-teoria-delle-relazioni-oggettuali-il-significato-clinico-delle-identificazioni-narcisistiche-primarie-nella-prospettiva-winnicottiana/>
- André, J. (2012, 15 ottobre). *Il Sessuale come trasformatore psicologico: l'Après-coup*. SPI Firenze. <https://www.spi-firenze.it/qualche-osservazione-preliminare/>
- Antoncecchi, M. (2014). *Holding*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/spipedia/holding/>
- Badoni, M. (2018, 26 marzo). *Corpo in Psicoanalisi (Il) 2*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/corpo-psicoanalisi-2-cura-marta-badoni/>
- Barbaglio, C. (2016, 9 febbraio). *Donald Winnicott e la psicoanalisi del futuro*. SPI Web.
- Colombi, L. (2014, 22 maggio). Recensione del libro: *Esperienze. Corpo, visione, parola nel lavoro psicoanalitico*, di L. Russo. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/libri-psicoanalisi/esperienze-corpo-visione-parola-nel-lavoro-psicoanalitico/>
- Conrotto, F. (2013, 14 settembre). *Metapsicologia*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/spipedia/metapsicologia/>
- Contran, L. (2009, 4 settembre). *Intervista a Lucio Russo. Destini delle identità*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/libri/con-autore/intervista-a-lucio-russo-destini-delle-identita/>
- Contran, L. (2010, 3 marzo). *L'impronta del trauma*. [Recensione del libro: L'impronta del trauma. Sui limiti della simbolizzazione, a cura di Centro Psicoanalitico di Roma]. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/libri-psicoanalisi/limpronta-del-trauma/>
- Contran, L. (2015, 26 maggio). *Narcisismo*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/spipedia/narcisismo/>
- De Masi, F. (2014, 25 agosto). *Trauma precoce cumulativo*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/spipedia/trauma-precoce-cumulativo/>
- De Toffoli, C. (2017, 17 gennaio). *Transiti corpo-mente*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/de-toffoli-carla/>
- Ferri, P. (2022, 25 gennaio). *Gli sviluppi del pensiero winnicottiano*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-cura/gli-sviluppi-del-pensiero-winnicottiano-paola-ferri/>
- Ferruta, A. (2017, 11 ottobre). *Winnicott come scienziato e come artista*. SPI Firenze. <https://www.spi-firenze.it/ferruta-a-2017-winnicott-come-scienziato-e-come-artista/>

- Giustino, G. (2013, 14 settembre). *Ansia/Angoscia*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/ansiaangoscia/>
- Giustino, G. (2015, 4 dicembre). *Oggetto transizionale*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/spipedia/oggetto-transizionale/>
- Kluzer, G. (2014, 2 maggio). Il trauma in psicoanalisi. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/traumapsicoanalisi/>
- Kuenstlicher, R. (2013, 14 marzo). *La Nachtraeglichkeit e l'idea di trasformazione*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/eventi/la-nachtraeglichkeit-e-lidea-di-trasformazione/>
- Masina, L., Rossi, N., & Ruggiero, I. (2022). *Sviluppo del senso di sé nel processo psicoanalitico*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/libri-psicoanalisi/sviluppo-del-senso-di-se-nel-processo-psicoanalitico-a-cura-di-l-masina-n-rossi-e-i-ruggiero/>
- Marion, P. (2012, 15 ottobre). *Il tempo della Nachtraeglichkeit nella cura*. SPI Firenze <https://www.spi-firenze.it/il-tempo-della-nachtraeglichkeit-nella-cura/>
- Marion, P. (2012, 15 ottobre). *Il tempo della Nachtraeglichkeit nella cura*. SPI Firenze. <https://www.spi-firenze.it/il-tempo-della-nachtraeglichkeit-nella-cura/>
- Marion, P. (2019). *Presentazione rivista SPI 2019*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2020/01/0d-editoriale.pdf>
- Musella, R. (2022, 19 maggio). *I volti del narcisismo* (intervista di: F. Sarracino). SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-cura/i-volti-del-narcisismo-floriana-sarracino-intervista-roberto-musella/>
- Orofino, P. (2010, 16 novembre). *Alla ricerca del filo con la vita*. [Recensione del libro *Alla ricerca del filo con la vita. Identificazioni primitive e struttura narcisistica del carattere*, di A. O. De Cesare]. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/libri-psicoanalisi/alla-ricerca-del-filo-con-la-vita/>
- Pola, M. (2017, 4 dicembre). *Corpo nella psicoanalisi (II)*. SPI Web. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/corpo-nella-psicoanalisi/>
- Sarmiento, I. (2022, 12 dicembre). *Corpo, memoria, ripetizione – Programma scientifico 2023*. SPI Firenze. <https://www.spi-firenze.it/corpo-memoria-ripetizione-ciclo-di-seminari-2023/>
- SPI Web (2009, 6 novembre). *Il lavoro del sogno. Trasformazioni iconiche del conosciuto non pensato*. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/il-lavoro-del-sogno/>
- Uselli, A., K. (2013, 20 settembre). *Illusione*. <https://www.spiweb.it/spipedia/illusione/>

Zuccarino, M. L. (2015, 9 luglio). *Identificazione Proiettiva*. SPI Web.
<https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/identificazione-proiettiva/>