

Roberto Manciocchi

## Capovolgimenti e catastrofi. Fra pratiche del contatto e pratiche del contagio

*Il reale va bene, l'interessante è meglio.*  
Stanley Kubrick

### *Introduzione*

Andando a scorrere la storia della realizzazione di *2001: Odissea nello Spazio*, si scopre, dal racconto dei collaboratori di Kubrick, che fra le possibilità prese in esame dallo *staff* della produzione per girare la sequenza iniziale, “L'alba dell'uomo”, c'era un commento verbale portato avanti da una voce narrante. A questa voce era affidata una descrizione in stile “documentaristico” che nell'idea dei collaboratori del regista americano avrebbe dovuto “illustrare al meglio” il significato di alcune scene della sequenza stessa (fondamentali per capire il resto del film). Era anche previsto una sorta di dibattito introduttivo alla pellicola al quale avrebbero dovuto partecipare scienziati e filosofi del tempo, sostenendo la loro opinione sulla realizzabilità e plausibilità di una *forma di contatto* (con relative, possibili conseguenze “contagiose”) fra gli esseri umani e una qualsiasi “vita aliena” presente nell'universo.

Oggi, dopo oltre quaranta anni, viene da pensare a questa possibilità con raccapriccio: il dramma suggestivamente e ipoteticamente reale, rappresentato magistralmente nel modo che conosciamo, sarebbe stato minato da qualunque commento saccente e oggettivante e ridotto inevitabilmente a *fiction* (travestita da conoscenza degli eventi).

Ringraziamo dunque Kubrick per non aver preso in considerazione tale ipotesi di lavoro, lasciandoci in eredità solo le immagini (con la loro apertura) di una fra le più famose e commentate sequenze della storia del cinema: quella che descrive il passaggio dall'orda primordiale all'uso degli strumenti; sequenza che propone come fotogramma culminante quello della scimmia che tocca con la mano (concretisticamente parlando, potremmo forse dire: "entra in contatto") il "monolito nero" e termina con la parabola dell'osso-bastone scagliato in aria.

Quando noi clinici tentiamo di raccontare il momento nel quale sperimentiamo un improvviso cambiamento di "stato" in terapia (di solito ce ne accorgiamo quando percepiamo una "risposta" del paziente e, di conseguenza, cominciamo a pensare alla nostra influenza su di lui e alla sua su di noi) rischiamo di fare la stessa figura dei collaboratori di Kubrick. Non possiamo che aiutarci parlando, a volte di *contatto* (da *cum tangere* il toccarsi vicendevolmente di due corpi separati) e a volte di *contagio* (avendo forse troppo presente il significato di senso comune, medico-epidemiologico di questo termine),<sup>1</sup> finendo anche per sovrapporre e confondere queste espressioni fra loro.

Diciamo allora dell'importanza del primo contatto con il paziente; parliamo del contagio come evento che ha generato uno "spazio duale"; tentiamo di riportare un passaggio della terapia dove, a un certo punto, una data interpretazione ha consentito di stabilire il contatto fra i due membri della coppia analitica (o fra i membri di un gruppo); ci troviamo a riflettere su un dato sogno (del paziente, dell'analista o della coppia) che ha consentito di contattare qualcosa (di solito un ricordo o una data esperienza traumatica); dirigiamo l'attenzione su una data parola pronunciata dal paziente che, essendo affettivamente carica, ha contagiato l'inconscio dell'analista consentendogli di intervenire contattando una parte inconscia del paziente; ci ritroviamo a dire che il paziente ha contattato un affetto dissociato o "non pensato" riuscendo a renderlo rappresentabile solo dopo averlo ricevuto indietro, "metabolizzato" dalla mente dell'analista (che se ne era lasciato contagiare).

Si potrebbe continuare a lungo ma l'intento è solo quello di sottolineare come, se è vero che attraverso tali termini di senso comune si riescono a differenziare con sottigliezza determinate sfumature di significato dei fenomeni (della cui diversità finiamo per divenire implicita-

mente consapevoli senza esserlo esplicitamente), è anche vero che lo stesso senso comune a volte contribuisce a creare saturazioni premature che rischiano di scivolare in una «concretizzazione mal posta»<sup>2</sup> portandoci a perdere la consapevolezza della diversità delle origini del significato dei termini stessi, significato legato alle pratiche portate avanti nel corso del tempo: nel caso del contatto, religiose-esoteriche-trascendentali; nel caso del contagio, mediche-scientiste-immanent.

Come nota H. Ellenberger<sup>3</sup>, è circa 4000 anni fa, in Asia, che furono gettate le premesse per questa fondamentale divisione, protrattasi fino a oggi nelle società occidentali. È probabilmente a questo punto che le parole del medico cominciarono a differenziarsi lentamente da quelle del guaritore in quanto si diversificarono le pratiche e il “fare comune volto a un fine” dei due gruppi.

I “medici” si indirizzarono sulla “scomposizione e ricomposizione” di ciò che era in prima battuta oggetto dei sensi: il corpo, con i suoi umori, i suoi fluidi, le sue manifestazioni. I “guaritori” rimasero legati a un’idea “trascendente” della malattia, alla possibile influenza di “potenze” estranee rispetto alla percezione immediata, a ciò che, eccedendo il corpo individuale, non poteva essere soggetto a nessuna azione umana.

Per i primi si presentò immediatamente il problema della possibile diffusione “per via naturale” di un dato morbo a un gran numero di individui (con tutti i risvolti correlati, primo fra tutti la necessità di individuare il mezzo attraverso il quale l’infezione veniva trasmessa, generando quel fenomeno che cominciò a essere definito con il termine di “contagio”).

Per i secondi si presentò invece il problema della “qualità” dell’interazione con l’entità soprannaturale di turno al quale far riferimento e, soprattutto, del percorso “iniziatico” da seguire per “entrarci in contatto” (in modo da trascendere le divisioni imposte dal pensiero logico-razionale in vista di un’unione mistica).

Va subito detto, però, che nonostante questa diversificazione di percorsi deve essere fatto un discorso a parte che riguarda la tematica della “follia”. I tentativi di descriverla, contenerla o curarla, hanno continuato per secoli (e in parte è così ancora oggi, per la maggior parte delle parole della psicologia) a essere legati a termini tanto più efficaci quanto paradossali.

Si è sempre trattato di fare i conti con termini dai confini sfumati che pur sembrando fatti per contrapporsi, premono costantemente per ricongiungersi, articolarsi reciprocamente, rinforzarsi, sostenersi a vicenda e agire “simultaneamente”, prestando immagine attraverso il loro intreccio a vissuti non descrivibili altrimenti, vissuti che, a ben vedere, sembrano essere stati da sempre presenti nella pratica dei partecipanti a un “rapporto di aiuto”.

Ad oggi (forti di innumerevoli studi a carattere epistemologico sul livello di realtà dei termini psicologici), parlando di contatto e di contagio, possiamo pensare di esprimerci per metafore. Metafore che, necessariamente e più o meno consapevolmente, utilizziamo a fini euristici per dar conto di fenomeni altrimenti non verbalizzabili. Tuttavia, anche questa ipotesi va presa con cautela; ci sono infatti pratiche psicoterapeutiche che prevedono la ricerca di un qualche tipo di “contatto fisico-corporeo” (non certo metaforico) e altre che prevedono un qualche tipo di intervento “intenzionalmente” contagioso (a livello affettivo).<sup>4</sup> Dobbiamo quindi tener presente che i livelli di astrazione-concretezza di termini di questo tipo (così come il loro significato) appaiono in via di rifondazione e precisazione continua: potremmo dire che i loro confini non sono definibili *a priori* ma solo all'interno della concreta pratica portata avanti. Ma già da queste poche note si intuisce la complessità della tematica, impossibile da affrontare compiutamente in questo breve scritto.<sup>5</sup> Per impostare il discorso che vorrei portare avanti proverò a farmi aiutare ancora dalle evocative immagini del film di Kubrick.

Un'osservazione si impone immediatamente pensando alla scena su descritta: il fenomeno del contatto (fra scimmia e monolito) appare come un evento eccezionale, “unico”, non perseguibile con la sola volontà umana e ripetibile solo in una concezione a spirale del tempo (il monolito comparirà per tre volte nel film). Se dovessimo precisarne concettualmente il significato non potremmo far altro che pensare al concetto di catastrofe, a una sorta di “salto” improvviso che eccede l'idea di un progresso lineare dell'evoluzione umana.

In seguito al contatto ci troviamo di fronte a elementi che si trasformano radicalmente: un essere (la scimmia che si trasformerà in soggetto) e un elemento naturale (l'osso che si trasformerà in anese). Ma la trasformazione più suggestiva ed evocativa è a carico del gesto

della scimmia. Qui un comportamento esce dall'ambito della sola azione e comincia a produrre un sapere che è inizialmente un saper fare ma diventerà poi un saper dire, scrivere e costruire, diventerà insomma una via di accesso alla strumentalità del linguaggio tipica della conoscenza umana (il tutto viene, genialmente, rappresentato da Kubrick, attraverso la sequenza dell'osso che, volteggiando in aria, diventa l'astronave che condurrà al secondo incontro con il monolito).

Per proseguire il discorso, proverò a portare con me questa immagine che lega il contatto alla catastrofe cercando, in un primo momento, di ripercorrere brevemente alcune vicissitudini ed evoluzioni della psicoterapia psicoanalitica per tentare di precisare meglio alcune differenze fra le forme dei possibili regimi di interazione dipendenti dal contatto e dal contagio.

Prendendo poi, come riferimento, due idee di W. Bion (che approfondirò più avanti) arriverò a proporre l'ipotesi che in psicoterapia sia stata e sia ancora oggi fondamentale una sorta di loro azione "coordinata", (verrebbe da dire, con Jung, antinomica) e che tale azione non si sia fermata al suddetto "prestito" di immagini agli studiosi e ai "curatori d'anime" di tutti i tempi per dar conto di fenomeni "di confine", ma abbia anche modellato implicitamente le diverse pratiche psicoterapeutiche, cominciando dalla messa in evidenza dei rischi del mestiere; rischi del mestiere che sembrano, ancora oggi, muoversi su un asse immaginario costituito da questi due poli (basta pensare al cosiddetto "peccato di interpretazione", tanto discusso in ambito psicoanalitico, come tentativo "forzato" di entrare in contatto con delle verità "nascoste" del paziente, e a quello della "perdita di neutralità" come incapacità di non farsi contagiare da parti, affettivamente cariche, del paziente stesso).

### *1. Dalla pratica veritativa alla pratica del contagio nella psicoanalisi degli inizi*

È con l'Illuminismo, come ci ricorda M. Foucault, che la follia (dopo essere stata per secoli vissuta come evento abituale di cui l'arte, la filosofia e la cultura in genere testimoniavano) entrò nell'ambito di un regime morale che la relegò escludendola dal quotidiano,

portando la società a pensarla, alternativamente, come “malattia dell’anima” o come “malattia del cervello”. È con questa inclusione-esclusione che si sancì una seconda forte spinta alla suddivisione fra pratiche medico-scientifiche e pratiche religioso-esoteriche (arrivando a innumerevoli tentativi di sottolineare, ancora più marcatamente, la dicotomia fra pratiche del corpo e pratiche dell’anima e fra i loro linguaggi). L’introduzione di queste idee diede vita, da un lato a un’esigenza sempre più categorizzante e capace di individuare i segni della follia e i limiti concettuali di tali segni (esigenza che porterà allo sviluppo della psichiatria, della psicopatologia e, solo successivamente, della psicologia “scientifica”) e dall’altro alla necessità di riflettere sul problema della “distanza”: prima di tutto fra razionalità e irrazionalità, poi fra società e follia, infine fra paziente e terapeuta.

È proprio in quest’ultimo ambito che il problema del contatto/contagio emerse prepotentemente, in particolare nel momento in cui la psichiatria di K. Jaspers decretò l’importanza di un rapporto persona-persona oltre che medico-paziente. Uno di questi poli divenne infatti portatore di un’esperienza emozionale-affettiva con i caratteri del “non comune” con la quale bisognava necessariamente confrontarsi entrandoci, per quanto possibile, “in contatto”.<sup>6</sup>

Con l’affermarsi dell’ipotesi dell’“inconscio”, psicoterapia e psichiatria si videro poi costrette a legarsi, inestricabilmente, a un concetto di “inconoscibile”, finendo necessariamente per avvicinarsi a un serrato confronto con l’epistemologia. Da tale confronto emersero in primo luogo differenze teoriche fondamentali (come quella, arcinota, fra comprendere e spiegare) e profonde e raffinate descrizioni psicopatologiche (quali la *perdita del contatto vitale con l’ambiente*)<sup>7</sup> che ancora oggi danno conto di condizioni psicologiche estreme come gli stati schizofrenici ma, soprattutto, drastici ripensamenti riguardo il modo di stare di fronte ai pazienti.

Al di là dei problemi “scientifici e filosofici” immediatamente insorti, bisognava infatti ammettere la presenza di una dimensione per lo meno “estranea” alla coscienza vigile e quotidiana ma strategicamente affrontabile nella clinica; dimensione intesa non più come luogo di fatti dimenticati e inerti quanto piuttosto di memorie e di fantasie anche più ampie di quelle accessibili nella veglia, sufficientemente strutturate e, in qualche modo, motivate “affettivamente”, ca-

pacì cioè di agire in modo autonomo, indipendentemente dalla volontà del soggetto.

In questo quadro, per la psicoanalisi, cominciarono ad acquistare sempre più importanza i concetti di affetto e rappresentazione,<sup>8</sup> e i problemi clinici vennero risolti prendendo come oggetto di interesse le parole dei pazienti: i loro discorsi o la loro assenza, con il fine ultimo di *ristabilire un contatto perduto* fra la soggettività e la dimensione di cui sopra (identificata nella rappresentazione rimossa, dissociata dall'affetto). Era lo psicoanalista che, attraverso lo strumento dell'interpretazione, riusciva a portare il paziente a una sorta di esperienza "iniziativa" (caratterizzata da un senso di scoperta e dalla convinzione di "soluzione del problema", una sorta di illuminazione di un territorio oscuro) che, prendendo in prestito il termine dalla psicologia della *Gestalt*, sempre più comunemente cominciò a essere definita come *insight*.<sup>9</sup>

Le considerazioni che i clinici si trovarono a fare a partire da tale "pratica del contatto", divennero però via via più complesse e inquietanti: per una psiche completamente "influenzabile" poteva infatti essere assolutamente impossibile circoscrivere limiti o confini certi. Essa cominciò ad apparire "aperta", esposta e indifesa rispetto al mondo; la stessa idea di soggetto poteva essere radicalmente messa in discussione alla luce di una domanda del tipo: chi contagia chi?

Si cominciò allora a rivolgere sempre più lo sguardo al concetto di "contagio" preso a prestito dall'epidemiologia con tutti i risvolti medico-biologici legati a tale termine: perché contagio ci sia bisogna che un qualche tipo di "agente infettivo terzo" trovi un modo per passare dall'individuo "malato" a quello "sano".

Trasportata in questo modo alla psicoterapia, la metafora del contagio non poteva che produrre una pratica volta a differenziare attentamente gli psicoterapeuti "sani" dai loro pazienti. Così come si contrae un *virus* influenzale si può rimanere contagiati da un affetto che spinge per far sì che il terapeuta "incarni" un ruolo ben determinato. Lo sguardo della psicoanalisi degli inizi divenne dunque uno sguardo sospettoso e allarmato, e il compito dello psicoanalista non poteva essere che quello di esaminare nel modo più attento possibile le manifestazioni di senso indotte dal veicolo contagiante lavorando

in direzione dell'obiettivo di scoprire l'architettura "invisibile" di tali manifestazioni. La fuga di J. Breuer (a rischio contagio da parte di Anna O.) e la "contaminazione del setting" agita da C. G. Jung con Sabina Spielrein furono eventi precursori che aprirono a quell'immenso apparato teorico che, facendo riferimento ai concetti di *transfert* e *controtransfert*, si orientò negli anni successivi in direzione dell'individuazione di strategie e tattiche riferite a tale tematica.

Con l'affermarsi e l'approfondirsi di questi concetti, la "pratica del contagio" ha finito per dominare sempre più la scena dei resoconti clinici fino a portare la psicoanalisi degli ultimi venti-trenta anni a un vero e proprio viraggio dalla tradizionale enfasi sull'interpretazione e sull'*insight*, intesi come principali veicoli terapeutici di cambiamento, a un'attenzione sempre più marcata per i processi interattivi della coppia analitica. Tale enfasi ha spostato il "potere curativo" dell'analista dalla capacità di portare a un aumento di consapevolezza (pratica del contatto) alla comprensione empatica dello stato esperienziale del paziente.<sup>10</sup> La "pratica del contagio" ha finito insomma per essere sempre più considerata come indispensabile al processo terapeutico: pratica "pericolosa" ma, in fondo, sempre più vista come controllabile e utilizzabile. Anche in tali evoluzioni, tuttavia, si può notare come l'area semantica legata alla metafora medico-epidemiologica sia ancora forte e condizioni, più o meno implicitamente, ancora oggi, la pratica psicoterapeutica. Pensiamo alle recenti teorie del *deficit* o alle evoluzioni relazionali della psicoanalisi: la psicopatologia dell'adulto viene vista come la conseguenza dell'azione di un elemento estraneo penetrato nello "sviluppo normale" della soggettività che finisce per minarne la costruzione e di conseguenza la saldezza. Il terapeuta agisce, in sostanza, somministrando dosi di "nuova relazione", eliminando "l'agente infettante" con il fine di rendere "più solida" la soggettività.

## 2. Contatto e contagio "in situazione"

I limiti delle forme di psicoterapia guidate dalle pratiche suddette vennero evidenziati man mano che ci si apriva alla clinica dei pazienti a struttura psicotica di personalità: schizofrenici o *borderline*.

In quest'ambito, i clinici più attenti si accorsero ben presto che non ci si poteva limitare all'analisi delle manifestazioni di ordine verbale del paziente né ci si poteva accontentare delle pratiche "disvelanti" (guidate dalla metafora del contatto) e, tantomeno, di quelle "epidemiologiche" legate alla metafora del contagio; si capì che, in entrambi i casi, il clinico finiva per rivolgersi al paziente inquadrandolo implicitamente come un individuo "dato", in grado di generare autonomamente degli oggetti di senso analizzabili e interpretabili a distanza, generando in ogni caso un giudizio, relativo alla soggettività del paziente che, quando andava bene, era un giudizio "estetico".

In seguito al lavoro portato avanti da alcune correnti della psicoanalisi ma anche dalla teoria della comunicazione (con le sue specializzazioni, come la prossemica e l'aptica) ci si spinse sempre più a intendere la relazione terapeutica come la risultante di una "costruzione continua" che implicava un gioco complesso di rimandi fra ciò che poteva essere l'"essenza" degli oggetti analitici<sup>11</sup> presi in considerazione (il racconto di un sogno da parte del paziente, ad esempio) e ciò che dipendeva dal *fare* dei soggetti coinvolti nell'interazione; *fare* inteso come produzione di effetti legati all'intrecciarsi reciproco di codici diversificati (verbali, non verbali e pre-verbali).

Tale idea si sviluppò proprio a partire dalla raggiunta consapevolezza che da questo intreccio dipendeva non solo il senso della comunicazione stessa (nozione abbastanza scontata e data per acquisita) ma anche e soprattutto l'identità dei soggetti in gioco; per il paziente psicotico, in particolare, si capì che si trattava di aprire alla possibilità di interazioni che chiedevano al terapeuta di sospendere, in ogni incontro, l'idea implicita del dare/avere continuo su cui si basano gran parte delle negoziazioni quotidiane, riscoprendo quelli che J.P. Sartre chiamava "legami d'essere",<sup>12</sup> vale a dire legami che non implicano un "veicolo di trasmissione" fra i partecipanti all'interazione.

Cominciò così ad affermarsi sempre più, anche in ambito psicoanalitico, la convinzione che le persone con tali bisogni finiscono per comunicare essenzialmente la condizione di chi vuole allo stesso tempo ritrarsi dall'interazione e parteciparvi con tutto il proprio essere. Si capì insomma che tali soggettività entrano in circoli viziosi, determinati da una serie di fattori (costituzionali ed esperienziali)

che li conducono a soffrire la presenza di una qualunque soggettività “altra”; questo, non in conseguenza del loro eccessivo “egoismo libidico”, come teorizzava la psicoanalisi degli inizi, ma proprio a causa dell’indeterminatezza e della fragilità dei confini della propria identità; confini costruiti, come proposto da molti autori, più per “durare per sempre” che per tollerare, flessibilmente e permeabilmente le inevitabili modificazioni indotte dal quotidiano scambio di segni che fonda il legame con un individuo “separato” dal sé.

Le conseguenze di tali riflessioni hanno condotto sempre più a un passaggio fondamentale sul piano clinico-teorico: quello dal “fantasma”, della psicoanalisi degli inizi, all’“irrappresentabile”, al pre-simbolico, pre-rappresentazionale che dir si voglia; passaggio che ha fatto scaturire, inevitabilmente, l’idea che il paziente psicotico abbia una capacità “carente” di costruire rappresentazioni che lo costringe a una “fissità” dei contenuti identitari (fissità che dà ragione alle suggestive descrizioni psicopatologiche di cui si diceva nel primo paragrafo come l’“autismo povero” o l’“esistenza desertificata” di E. Minkowsky; l’“esistenza negativa” di H. Searles, la “perdita dell’evidenza naturale” di W. Blankenburg, ecc. ecc.).

L’immediato correlato clinico di queste acquisizioni è stato lo sviluppo di una particolare attenzione alla situazione presente, al “qui e ora” della relazione analitica, all’idea di un senso delle comunicazioni da cogliere nell’istante della sua emergenza. Tale senso viene considerato, ad oggi, alla luce degli effetti per entrambi i soggetti coinvolti nell’interazione con una immediata conseguenza: piuttosto che rimanere aggrappati all’idea di “far scoprire qualcosa al paziente”, è nata la problematica del come arrivare a “far essere” il paziente in un certo modo, con tutta la complessità etica legata alla possibilità di pensare ad accorgimenti tattici e strategici relativi a questa idea. Si è giunti insomma a un vero e proprio capovolgimento delle idee relative ai confini delle soggettività presenti nel gioco analitico. Questo ha portato inevitabilmente a nuove pratiche del contatto e del contagio: se nella metafora epidemiologica e in quella dell’*insight* la possibile trasformazione di stato del paziente (o del terapeuta) era un epifenomeno dovuto all’azione dei suddetti veicoli “contagianti” o “illuminanti”, con questo mutamento di prospettiva il cambiamento di stato non può che essere considerato “primario” e soprattutto inevitabile.

le; è la co-presenza dei due partecipanti all'interazione a produrre inevitabili "modificazioni" reciproche. In questa visione ciascuno subisce continuamente la presenza dell'altro, c'è qualcosa di contagioso in essa: qualcosa che non posso limitarmi a constatare a distanza di sicurezza ma che, volente o nolente, patisco come un "fenomeno inclemente" che mi vede "partecipante" mio malgrado.

A questo punto bisognava introdurre l'ipotesi dell'esistenza di "effetti di senso" legati non più solo a oggetti "mediatori" che potevano divenire "proprietà" dell'uno o dell'altro dei partecipanti all'interazione, ma alla pura e semplice compresenza degli attori in gioco.

È oggi abbastanza palese il risvolto pragmatico che questa visione porta con sé in psicoterapia: viene considerato come un buon risultato terapeutico la possibilità che il paziente psicotico arrivi a sviluppare una iniziale capacità di "generare rappresentazioni" riconoscendole come tali (distinte dalle cose in sé) e parallelamente arrivi ad accettare l'idea di dover riconoscere i confini della propria soggettività facendo differenze, di volta in volta, fra quanto c'è di sé nell'altro e quanto dell'altro appartiene a sé.<sup>13</sup> Per arrivare a questo punto, si dice, bisogna fare leva sulla "componente sana" della personalità del paziente e arrivare a entrarci in contatto senza rimanere contagiati dalla parte malata. Ma giunti a questo punto del discorso le idee di contatto e di contagio ci sembrano più complesse rispetto alle nozioni di senso comune, quasi che per esse, in psicoterapia, si possano prendere in considerazione diversi regimi epistemologici.

### *3. Evoluzioni cliniche*

È in questo quadro che si inseriscono due idee di W. Bion che vorrei utilizzare per porre qualche questione su tale tematica che a ben guardare è sempre stata al centro delle sue osservazioni cliniche (si può addirittura pensare ai suoi scritti dei primi anni sessanta come a un tentativo, fallito, di concepire delle "regole" per "produrre un contatto" con il paziente).<sup>14</sup>

La prima idea potrebbe essere formulata così: "la possibilità di contattare qualcosa si sviluppa parallelamente alla possibilità di confinarla".

Come ben compreso dallo psicoterapeuta anglo-indiano, nel conoscere si esercita sempre una distanza “confinante”; in generale il lavoro “efficace” del linguaggio, del nominare, è un lavoro che deve passare necessariamente per l’astrazione (dagli oggetti) tramite l’azione della *funzione alfa* (per dirla con un termine ormai molto noto) che genera i “mattoni” dei segni. Per Bion si tratta, in sostanza, della possibilità di concepire e tollerare l’“assenza” dell’oggetto riuscendo ad accettare lo scarto che passa, nel fare di una cosa nota il segno di una cosa ignota.

In questa visione alcuni individui (e non solo pazienti psicotici) non arrivano mai “a conoscere” (Bion direbbe alla possibilità di “pensare i pensieri”) in quanto le loro comunicazioni non arrivano mai ad avere potere di scambio. Qui il segno non arriva a significare, o meglio, significa sempre la stessa cosa o può anche significare infinite cose ma non diventa mai un mediatore, non entra mai in un gioco, in una negoziazione: tende solo a indurre, implicitamente, accomodamenti nella soggettività dell’altro. Per rendere meglio questa idea lo psicoanalista anglo-indiano prende a prestito il simbolo dello zero. Tale forma di pensiero si ritrova, in metafora, a cercare di “tradurre” le comunicazioni dell’altro mancando di quella funzione “pragmatica” che lo zero svolge negli scambi, un po’ come se si avesse solo un abaco per tradurre cifre piene di zeri, un sistema di conta che non include il paradosso che lo zero rappresenta: la possibilità di “essere” e “aversi” in un segno esterno da sé che è contemporaneamente estraneo e proprio: rappresentante della propria identità, in ogni caso un segno inevitabilmente soggetto a un continuato processo trasformativo proprio in quanto inserito in un dato sistema di scambi. Chiunque lavora con pazienti gravi sa quanto fatica bisogna fare di volta in volta per “ricordarsi chi si è” in termini di individualità e di competenza psicoterapica. La mia presenza attiva nel paziente una spinta a dequalificare la mia soggettività riducendola a oggetto dell’arredamento ( ma riprenderemo questo discorso).

Rimanendo in metafora, ogni strategia clinica diviene efficace per Bion solo alla luce della possibilità di accettare di tornare, insieme al paziente, al momento nel quale lo zero venne introdotto (al momento “dell’assenza”) ritrovando le sue origini e quindi la sua funzione pragmatica.

Qui, un primo punto da evidenziare: l'efficacia del conoscere, attraverso lo sviluppo "confinante" del linguaggio si riflette sempre sulla costruzione della soggettività del parlante, influenzandola nei suoi modi e nei suoi esiti (gli oggetti dell'universo del discorso così generati). In un certo senso è proprio il lavoro di *alfa* che "produce in modo continuato" i contenuti e i modi della soggettività, come risultato di un continuo processo delimitativo, enunciativo, cognitivo e affettivo che genera quella sorta di "filtro" degli stimoli sensoriali che Bion chiama appunto «barriera di contatto». <sup>15</sup> La barriera di contatto svolge una fondamentale funzione: dà la possibilità di rimanere coscienti di "qualcosa" in quanto, contemporaneamente, si diviene inconsci di "qualcos'altro". È questa originale idea di Bion che ci porta a pensare alla morfogenesi della nostra identità individuale come a un processo che non si lega in modo unilaterale a un "ricordare" che procede per sole "addizioni" ma anche a un attivo "dimenticare" che procede per sottrazioni.

La seconda idea contiene sviluppi di questa metafora, e appartiene alla seconda parte della produzione teorica di Bion; potremmo formularla così: la possibilità di arrivare al contatto con la "realtà ultima" ("O", per utilizzare un'espressione ormai conosciuta anche da coloro che non frequentano gli scritti bioniani) dell'altro è legata al concetto di "catastrofe" (intesa come evento trasformativo). La possibilità di contatto con l'universo linguistico dell'altro diviene un evento tanto sporadico quanto generativo che si lega alla possibilità di distanziarsi da un impianto linguistico conosciuto per rivolgersi verso fenomeni tanto carichi di mistero quanto "catastrofici" e forieri di rinnovamento (come il vuoto, l'assenza, l'oblio, l'infinito, ecc.). Qui Bion chiede al terapeuta la capacità di passare dalla pazienza alla sicurezza e a un regime terapeutico che sappia guardare al di là di ogni obiettivo strategico e di ogni calcolo (con tutti i paradossi del caso, per cui anche il fatto di non porsi obiettivi può divenire un obiettivo). Ci ricorda che i segni, così come le forme viventi, sono sempre in transito e non possono essere sostanziate: il vivente si espande sempre in senso metamorfico e questo è lo stesso destino che attiene ai segni, al linguaggio. In questa visione, come in quella del secondo Wittgenstein, un gesto non può essere ridotto a

una forma logica precostituita pena la perdita di vitalità del gesto stesso. In queste idee si apprezza il momento nel quale si cerca di scardinare l'impianto logico, denotativo, raffigurativo e ripetitivo del linguaggio con la conseguente affermazione di un nuovo modo di intendere gli atti linguistici.

È su questo punto che si delinea il suo tentativo di delineare la differenza fra *vita* e *conoscenza* inserendola poi nella pratica psicoterapeutica. La posizione del conoscere in questa visione diviene paradossale: il sapere aggiunge oggettività ma da sempre tende a dimenticare "la cosa"; da sempre la memoria e il desiderio fungono da "macchina della verità" per l'essere umano, in modo tale che ogni punto dell'orizzonte esteso dal sapere della memoria e dalla spinta desiderante rivela l'esistenza del suo corrispondente punto in una vita già tradotta nel sapere stesso e quindi, proprio per questo, necessariamente obliata e irrecuperabile, *a posteriori*, nel "saputo".

### *Conclusioni*

Arrivati a questo punto faccio una necessaria precisazione. Se la dicotomia fra contatto e contagio mi è servita da punto di partenza non è certamente per ridurre tutto a essa ma solo perché è necessario, su un piano "ordinatore", disporre di un minimo di punti di riferimento semplici e stabili – di un quadro concettuale – per rendere conto della complessità e della fluidità del "reale" e cioè delle forme di cambiamento osservabili sul piano dell'interazione, in prima persona, dei partecipanti alla terapia. Su questo piano, ogni clinico lo sa, quasi nulla sarà mai completamente unilaterale o completamente reciproco.

Si può però portare avanti una sorta di inventario delle varietà, degli intrecci e delle ambiguità. Del resto, se sul piano dei modelli i poli ai quali abbiamo fatto riferimento tendono necessariamente a escludersi a vicenda (contatto *vs* contagio, fusione *vs* autonomia, successione *vs* simultaneità, riproduzione *vs* creazione, estesico *vs* estetico), nell'esperienza clinica sembra viga la regola inversa: la produzione di effetti di senso ha a che vedere con il modo in cui i contrari si articolano gli uni con gli altri. L'inesauribile lavoro del conoscere, da questo punto di vista, non ha il fine di dire che "cosa siano" il conta-

gio o il contatto ma quali usi se ne possono fare e, più sottilmente, quali usi essi fanno di noi; in sostanza: quali pratiche finiscono per generare attraverso tale reciproco articolarsi. Dunque, come certamente si sarà intuito, vorrei seguire una posizione che potrebbe essere espressa, in modo sintetico, dicendo che: “dietro il significato delle parole non stanno essenze ma pratiche”. Le parole descrivono, esprimono e comunicano, ma solo in situazioni complesse, intrecciate necessariamente con il “fare comune” dei soggetti coinvolti.<sup>16</sup>

Ma proprio su questo punto, facendo ancora una volta riferimento all’esperienza clinica, nascono ancora almeno due complicazioni sulle quali non posso tacere anche a rischio di annoiare chi legge.

La prima si è resa manifesta a tutti coloro che hanno osservato attentamente il modo in cui, per alcuni pazienti, si crea un determinato rapporto fra un soggetto e un oggetto (definito, collettivamente, “non umano” o “inanimato”) dell’ambiente. I lettori che hanno avuto a che fare con tali soggetti si saranno trovati di fronte a parole come queste (pronunciate da una paziente ricoverata in una struttura terapeutica): — ho paura per gli oggetti che mi circondano, ho paura che possano soffrire (...) rovinarsi (...) è come se io fossi la responsabile di quello che succede agli oggetti che mi sono familiari, ad esempio se mi cade una bottiglietta di acqua mi ritrovo a soffrire per lei, mi rendo conto che “è una cosa” ma mi ritrovo lo stesso a soffrire quindi cerco di controllare sempre tutto ciò che faccio, le cose che tocco, gli oggetti della mia camera; averci a che fare mi rassicura (...) il rumore del cestello della lavatrice quando l’avvio mi dice che la lavatrice funziona e quindi c’è... la lampada che si accende mi rincuora (...) mi fa sentire meno sola.

Qui appare evidente come questa soggettività viva l’influenza degli oggetti (anche quelli che definiamo “inanimati”) come estremamente e inevitabilmente contagiosa.

Ma non dobbiamo necessariamente andare a pescare nelle strutture protette per osservare fenomeni come questi, essi, a ben guardare, fanno parte anche della nostra quotidianità: basta riflettere sulla nozione di senso comune secondo la quale si può capire meglio qualcuno osservando il suo animale da compagnia (ma anche la sua macchina). È abbastanza banale dire che si crea sempre inevitabilmente un dato rapporto dove l’oggetto (o l’animale) diventa “un

rappresentante della soggettività” che è allo stesso tempo “sia dentro che fuori” la soggettività stessa.

Mi spiego meglio. Pensiamo al rapporto fra un chitarrista e il suo strumento. Se è vero che il chitarrista possiede tutto ciò che è necessario per sentire *estheticamente* la sua chitarra e modellarla in base alle proprie esigenze, è anche vero che la stessa chitarra possiede un insieme di caratteristiche non scomponibili (consistenza, tipo di legno, colore, tessitura ecc.) che, di rimando, ha finito per far adattare il musicista a sé. I due si “riconoscono” in maniera precisa e raffinata: alla vista, al tatto, al suono ecc. Proviamo a chiederci: è così scontato che sia stato l’animale che ha cominciato ad assomigliare alla persona (o la chitarra al chitarrista) o è possibile pensare che si sia verificato anche un processo inverso? E qual è il confine?

Insomma ci si può anche chiedere se anche in questi casi esista un “fare comune” (inteso come si diceva più su) e se sia possibile definirlo in qualche modo: possiamo arrivare a definire “azione” l’influenza che un oggetto o un animale hanno su un essere umano?<sup>17</sup>

In ogni caso, è attraverso riflessioni su problematiche come queste che la clinica si è arricchita di un nuovo elemento: accanto a quella che potremmo chiamare “attenzione estetica” alle espressioni dei pazienti (attenzione che implica necessariamente un’interpretazione e un giudizio “linguistici”) è nata l’esigenza di prestare attenzione all’esperienza sensibile della coppia in situazione, a quella che potremmo chiamare dimensione *estesica* dei fenomeni clinici.

Aiutiamoci ancora con un’analogia, pensiamo alla “ridarella” scolastica: tutti noi ricordiamo che è proprio quando non si deve ridere che si ride in modo incontrollabile, contagiati non tanto da una “ragione per ridere” (da una valutazione cognitiva indotta da qualcuno, come si potrebbe verificare assistendo a uno spettacolo comico); qui (nella ridarella) non c’è una causa esterna, “primaria”, calcolata, studiata da qualcuno che vuole perseguire una strategia volta al raggiungimento di un effetto (come farebbe il suddetto comico che ha l’intenzione di farci ridere e si prepara appositamente), la cosa semplicemente ci accade (se la lasciamo accadere) e non possiamo che risalire in modo artificioso a una causa prima.

Inoltre, nel caso del ridere calcolato, ci vuole una sorta di “apprendistato del risibile”, una pratica, un fare comune, appunto, che

“ci prepara” per cui andando ad assistere a uno spettacolo comico in un certo senso ci predisponiamo a ridere; ma quando, per assurdo, ci si dovesse situare esclusivamente in funzione di questa dimensione finirebbe per apparirci risibile solo ciò che avremmo precedentemente imparato a riconoscere come tale (attraverso lo sguardo di approvazione di un anonimo “altro” sempre presente dietro le nostre spinte a ridere – alcuni pazienti psicotici diventano maestri a riguardo: ridono solo quando sanno che “si può e si deve ridere”).<sup>18</sup>

Ciò che suscita ilarità non può essere dunque solo legato alla presenza di una “forma del risibile” *aprioristica* che riproduce una convenzione estetica già prevista convenzionalmente. Tale operazione “strategica” non può rendere una situazione risibile in sé, semmai contribuisce a potenziarne l’effetto ma certamente non crea dal nulla la “risibilità”. Quest’ultima sembra dipendere anche e soprattutto da una condizione primaria che risiede proprio nella “messa in comune” di una pura “estesicità” incapace di calcolo, di misura, di confronto; una condizione guidata dallo “stato stesso”, in particolare dalla capacità di rendersi sensibili ad essa.

Considerata in questo modo, la risata nasce come “effetto di un effetto”, in una logica circolare e “prensiva” (con Whitehead), come ciò che “viene provato da ciò che viene provato”: formula che contiene, in primo luogo, un principio di inerenza tra percipiente e percepito (inerenza nella quale non è previsto un prima e un dopo ma reciproca trasformazione in atto nel modo della simultaneità). È proprio qui che non possono che entrare in gioco da un lato soggetti dotati di *sensibilità estetica* e dall’altro oggetti dotati di *esistenza estetica*.

Trasportando tale analogia alla terapia si tratta di mantenere viva, seduta dopo seduta, l’idea che la risibilità (come il desiderio) possa anche procedere (e lo faccia “molto volentieri”) per vie estranee a tutte quelle già codificate dalla razionalità collettiva (ben lo aveva capito Freud proponendo il suo discorso relativo alle perversioni). Ma questo è possibile solo tenendo presente la suddetta visione “circolare”, una visione potremmo dire: “senza capo né coda”; nel senso che così come è impossibile dire da dove parta o dove vada a parare la ridarella, è altrettanto impossibile individuare, a priori, chi contagia e chi è contagiato; è solo rimanendo nel gioco del “sentire reciproco” che può emergere una distinzione foriera di un qualcosa da distan-

ziare e quindi di un significato emergente (a posteriori, nel momento in cui si costituisce in entrambe le parti la figura, fittizia, dell'altro). Solo grazie a tale processo si può giungere (come fine terapeutico) alla "invenzione" di un confine che inizialmente non appartiene a nessuno dei due membri della coppia analitica ma che si costruisce insieme nell'azione (produttrice di effetti su entrambi i partecipanti): qualcosa di nuovo e inedito, un'opera che è frutto comune dell'"aggiustamento" dei due corpi-soggetto che entrano in un rapporto di co-presenza reciproca. Qui l'originale concetto bioniano del «linguaggio dell'effettività»<sup>19</sup> che chiude il discorso iniziato con l'introduzione dell'immagine della «barriera di contatto».

Tale modo di interagire non mediato, riposa sul rapporto diretto tra un'istanza che "prova" e una che è provata, entrambe definibili in termini estesici e non modali. Si tratta di un'interazione che a ben guardare è sempre presente e, solo se sostenuta, finisce per generare quel fenomeno emergente (e, con Bion, catastrofico) al quale diamo il nome di "contatto"; contatto fra universi di significati, inizialmente infinitamente lontani e carichi di mistero gli uni dagli altri – tanto che alcuni pazienti arrivano a pensare che siano le parole del terapeuta a essere frutto di un delirio – e poi sempre più condivisi.

Riprendo a questo punto l'ipotesi che mi ha guidato fin qui. Il dilemma del terapeuta che oggi come oggi si accosta alla terapia degli stati limite o della psicosi, appare relativo alla possibilità di tenere in tensione dialettica la spinta al *giudizio estetico* (che prevede necessariamente una partecipazione "affettivamente strategica" del terapeuta, "dall'interno della finzione analitica", potremmo dire a questo punto: una "pratica del contagio" per come la psicoanalisi l'ha pensata fino a oggi) e la *prensione estesica* (intesa come attitudine a sensibilizzarsi alle qualità delle manifestazioni del paziente non direttamente offerte alla distanza del pensiero ma "fondative" del discorso che si sta sviluppando: qui si potrebbe parlare di: una "pratica del contatto" che, per tornare alla metafora della risata, ci può portare, parafrasando Bion, a "divenire catastroficamente comici" insieme al paziente.

E qui entra in gioco la seconda complicazione di cui dicevo, legata al paradosso – evidente proprio nel rapporto con i pazienti di cui si diceva più su – che tale pratica possiede necessariamente i caratteri dell'ignoto, del mistero; essa non è traducibile in un insieme di signi-

ficati (sebbene la sua azione non si manifesti mai altrove che nei significati stessi); insomma si tratta di una pratica, di un fare comune che, come direbbe Wittgenstein, può essere solo esibita, mostrata unicamente attraverso la produzione di un'altra figura del fare comune.<sup>20</sup>

Mi farò aiutare per l'ultima volta dalle immagini di *2001*.

La genialità del regista inserisce nella scena che abbiamo visualizzato nell'introduzione un elemento "interessante" proprio perché carico di "inspiegabilità": il monolito (che Kubrick sceglie di rappresentare attraverso una paradossale *astrazione concreta*: il parallelepipedo nero); elemento che non consente di assumere la posizione di chi "sa" come sono andate le cose. Egli ci dice, sottilmente, che rimanendo il più possibile fedele ai fatti sta solo *rappresentando la scena*, ne sta parlando attraverso il proprio sguardo, attraverso la propria arte filmica, ammettendo implicitamente che non "sa" ma "può immaginare" – e sono appunto immagini (cariche di un mistero che non verrà mai svelato) quelle che restituisce allo spettatore invitandolo a "partecipare interessandosi" all'indicibilità stessa. Il monolito è una rappresentazione che non verrà mai "spiegata" nel film (come avrebbero voluto i suoi collaboratori), l'unica possibile per Kubrick, della realtà ultima.

Torniamo nella stanza d'analisi. È solo tenendo presenti tali complicazioni che non posso avere la pretesa di intuire ciò che l'altro sta provando in termini affettivi (perché, ad esempio, lo sto provando io stesso) né quella relativa al "dover condividere in ogni caso" ciò che l'altro prova (con il pretesto di indovinarlo e comprenderlo). Al contrario, è proprio dalla consapevolezza dell'esistenza di tale problematica, con la sua sfuggente ambiguità, che può nascere quella "libertà negativa" di non fare necessariamente una di queste operazioni. Evitarla significa invece correre il rischio di portare avanti una pratica psicoterapeutica che pur mostrandosi attenta al sensibile finisce per dimostrarsi radicalmente insensibile proprio a ciò che sembra più interessarla.

Forse, quanto possiamo fare con il paziente psicotico è condividere l'idea del cineasta americano: avere sempre ben presente il mistero insito nel tentativo di tradurre l'irrappresentabile nella rappresentazione (e contemporaneamente la spinta a continuare a tentare di farlo in ogni seduta al massimo grado possibile). Solo così è possi-

bile lo sviluppo di una dialettica fra intraducibilità e costruzione del senso: la non-conclusività di questo processo è tanto più reale quanto più interessante – rimanere arroccati su una delle due polarità porterebbe a trascurare la complessità della psiche.

### Note

- <sup>1</sup> Le parole di Kubrick rinforzano questa idea: «Ognuno è libero di speculare a suo gusto sul significato filosofico del film, io ho tentato di rappresentare un'esperienza visiva, che aggiri la comprensione per penetrare con il suo contenuto emotivo direttamente nell'inconscio». Intervista cit. in M. Chion, *Un'odissea del cinema: il «2001» di Kubrick*, trad. it. Lindau, Torino 2000. Cfr. E. Ghezzi, *Stanley Kubrick*, Il Castoro, Milano 2001.
- <sup>2</sup> Sebbene il termine 'contagio' venisse utilizzato fin dall'antichità classica, a indicare una modalità di trasmissione delle malattie (ne parla già Ippocrate), i medici cominciarono a farne sempre più uso con lo sviluppo delle conoscenze epidemiologiche che si diffusero in seguito alle grandi pestilenze del 1400-1500. Tali conoscenze generarono le premesse per il travagliato sviluppo della cosiddetta "teoria dei germi" e, successivamente, con le scoperte di L. Pasteur e R. Koch, della batteriologia. In tale concezione (definitivamente accettata dalla medicina proprio nel momento in cui la psicoanalisi andava sviluppando le proprie idee), risalta l'aspetto informativo-comunicativo del termine. Si prevede la presenza di un impersonale agente diffusore, "terzo", rispetto agli ospiti: la possibile variazione di stato dei soggetti coinvolti risiede essenzialmente nell'azione dell'agente diffusore (che può occasionalmente anche "distrarsi", non portando a termine il proprio intento). La batteriologia definisce il fenomeno come: «il meccanismo per mezzo del quale gli agenti infettivi vengono trasmessi da una fonte di infezione – che può essere un qualunque individuo, a un oggetto che fa da veicolo (per es., l'aria, l'acqua, il suolo, gli alimenti ecc.) o a un vettore animato (cioè un animale, generalmente un insetto) – a un soggetto recettivo». Per approfondimenti vedi: W. H. Mc Neill, *La peste nella storia*, trad. it. Einaudi, Torino 1981.
- <sup>3</sup> Prendo il termine da Alfred N. Whitehead., ad esempio in: *La scienza e il mondo moderno*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1979. Isolare un dato termine dal contesto d'uso porta a pensare che dietro il termine stesso ci possa essere una "cosa" che deve essere poi "scoperta". Per il filosofo inglese invece noi abbiamo davanti solo dei processi dinamici relativi a pratiche di vita in continuo divenire. Per approfondimenti vedi l'articolo di L. Vanzago in questo numero. Cfr. C. Sini, *L'analogia della parola. Filosofia e metafisica*, vol. I delle *Figure dell'enciclopedia filosofica*, Jaca Book, Milano 2004.

- 4 H. Ellenberger, *La scoperta dell'inconscio*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1976, vol. I.
- 5 Ad esempio, la psicoterapia della *Gestalt* mette al centro del proprio operare la possibilità di entrare in contatto (affettivo) con il paziente; la tecnica reichiana prevede la manipolazione del corpo, alcune psicoterapie di gruppo prevedono il contatto corporeo fra i partecipanti ecc. A ben guardare, anche la psicoterapia comportamentista, a un certo punto, si è posta questo problema, arrivando necessariamente e coerentemente a metterlo da parte. Qui il terapeuta non ha bisogno per operare di “entrare in contatto” con *l'utente* (il termine è in effetti adeguato al discorso) e tanto meno pensa di lasciarsi contagiare! In questa proposta viene messa in luce la strumentalità, l'utilizzabilità, che conduce a considerare il sintomo dell'altro (o la propria tecnica) alternativamente, come ostacoli rispetto a un ideale o mezzi ideali per ottenere un fine (anch'esso ideale).
- 6 Il rischio dell'uso della metafora lo conosciamo ormai bene: essa crea un nuovo oggetto del discorso senza spiegare nulla del problema (crea un nuovo oggetto linguistico, accosta un'immagine ad altre) e proprio a causa di ciò tende a volte a divenire una pseudo-verità che, in effetti, più che suscitare una spinta ulteriore alla soluzione del problema lo satura, suggestionandoci e incoraggiandoci a “non pensarci più”. Cfr. G. Jervis, *Fondamenti di psicologia dinamica*, Feltrinelli, Milano 1993 p. 55.
- 7 M. Foucault, *La nascita della clinica*, trad. it. Einaudi, Torino 1998.
- 8 Le scienze umane cominciarono a servirsi del termine “contatto” molto prima: con la sociologia e l'antropologia della fine del diciottesimo secolo ad esempio con Gabriel Tarde, e Lévy-Bruhl in Francia (vedi M. Fimiani, *L'arcaico e l'attuale. Lévy-Bruhl, Mauss, Foucault*, Bollati Boringhieri, Torino 2000); con Georg Simmel in Germania: *Moda e Metropoli*, trad. it. Piano B edizioni, Prato 2011 o, infine, con George. H. Mead negli Stati Uniti: *La voce della coscienza*, trad. it. Jaca Book, Milano 1996.
- 9 «Il contatto vitale con la realtà sembra rapportarsi ai fattori irrazionali della vita. I concetti ordinari, elaborati dalla fisiologia e dalla psicologia, quali stimolo, sensazione, riflesso, atto motorio ecc., le passano accanto senza raggiungerla, senza nemmeno sfiorarla. (...) Il contatto vitale con la realtà riguarda molto di più il fondo stesso, l'essenza della personalità vivente nei suoi rapporti con l'ambiente. E questo ambiente, ancora una volta, non è né un insieme di stimoli esterni, né di atomi, né di forze o energie; è un'onda mobile che ci avvolge da ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere». E. Minkowsky, *La schizofrenia*, trad. it. Einaudi, Torino 1998, p. 93. È proprio Minkowsky che comincia a parlare di affettività-contatto distinguendola dall'affettività-pulsione. A proposito di tale concetto Minkowsky introduce l'idea di *risonanza* o (*retentissement*). In tale discorso, la valutazione

del paziente può emergere solo dal dialogo, poiché è solo il dialogo che crea una “perturbazione” del valutatore. Emerge qui anche il negativo del contatto dato dall’«autismo povero»: qui il paziente *non è in contatto* con il vitale. Ricordo tuttavia che “il vitale”, così come “l’inanimato” sono concetti che possono essere resi solo attraverso metafore; darne una definizione non metaforica porta a implicazioni a loro volta metaforiche, come dire: “vitale è ciò che si riproduce”: anche definire il termine “riproduzione” diventa un’operazione metaforica. Dunque quando diciamo di pazienti “in contatto o non in contatto con il vitale” parliamo, per metafore, di un’altra metafora.

- <sup>10</sup> Con varie vicissitudini che segnano tutt’oggi differenze fondamentali fra la pratica psicoanalitica e quella della psicologia junghiana. Vedi: M. Ilana Marozza, *L’Altro ritrovato*, in M. La Forgia, M. I. Marozza, *L’Altro e la sua mente*, Giovanni Fioriti, Roma 2004.
- <sup>11</sup> La storia “ufficiale” dell’*insight*, in psicologia, inizia negli anni venti, con la teoria della *Gestalt*, in particolare con gli studi di W. Köhler e i suoi scimpanzè. Köhler, parlando di *insight*, si riferisce essenzialmente al momento in cui lo scimpanzè raggiunge una banana utilizzando bastoni di diversa lunghezza. Ci sono oggi due estremi tra i quali muoversi parlandone: uno concreto che teorizza la raggiunta capacità di *insight* come conseguente allo sviluppo di una certa configurazione di funzioni psichiche. Un secondo che guarda al problema da un punto di vista simbolico in stretto rapporto con le teorie linguistiche e semiotiche: l’esperienza “nuova” viene concepita come una rinnovata capacità di apertura rispetto alla possibilità di simbolizzare. Il significato del termine e il suo uso, in psicoanalisi, è cambiato molto nel corso del tempo; in ogni caso il fenomeno è stato esaminato da tutti i movimenti psicoanalitici che fino a qualche tempo fa lo usavano spesso nei resoconti clinici considerandolo, a volte come il vero obiettivo, a volte come lo strumento di elezione della terapia, in ogni caso come l’elemento che insieme all’interpretazione del transfert discriminava fra psicoanalisi e psicoterapie a orientamento analitico. Per approfondimenti vedi: E. Kris, “Vicissitudini dell’*insight* in psicoanalisi” (1956), in Id., *Scritti di psicoanalisi*, Boringhieri, Torino 1977. Vedi anche E. Peterfreund, *Il processo della terapia psicoanalitica. Modelli e strategie*, trad. it. Astrolabio Ubaldini, Roma 1985.
- <sup>12</sup> A proposito dell’importanza dell’atteggiamento empatico in psicoterapia, vedi H. Kohut, *Introspezione e Empatia*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2003. Cfr. M. Eagle, *La psicoanalisi contemporanea*, trad. it. Laterza, Bari 1988.
- <sup>13</sup> Prendo il termine da Bion. Vedi in particolare: W. Bion, *Gli elementi della psicoanalisi*, trad. it. Armando, Roma 1967, pp. 53 e sg.
- <sup>14</sup> J. P. Sartre, *L’essere e il nulla*, trad. it. Il saggiaiore, Milano 2008.
- <sup>15</sup> In questa idea che può apparire abbastanza banale è racchiusa in realtà tutta la complessità del problema della possibilità di trasferire qualcosa del pro-

- prio modo d'essere in una rappresentazione qualcosa che funga da "mediatore". Lo psicotico non riesce a "rappresentare" nel senso che non riesce a mettere qualcosa di sé in un segno della propria esistenza, questa carenza porta con sé l'impossibilità di ri-costruirsi di volta in volta facendo leva su un sé agente, narrante, sapiente, ecc. ecc. Per approfondimenti vedi G. Martini: *La psicosi e la rappresentazione*
- <sup>16</sup> Cfr. i primi tentativi di affrontare la tematica del modo di pensare del paziente psicotico. In W.R. Bion, *Note sulla teoria della schizofrenia in Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, trad. it. Armando, Roma 1970, pp. 45 e sg.
- <sup>17</sup> W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, trad. it. Armando, Roma 1972, pp. 45 e sg.
- <sup>18</sup> Il gesto inizialmente non significa niente, non ha questa funzione; come dice C.S. Peirce il suo significare viene fuori quando diviene: «abito di risposta», cfr. C. Sini, *Il Pragmatismo americano*, Laterza, Bari 1972.
- <sup>19</sup> Rimando necessariamente alle pagine di Searles sull'identificazione del paziente psicotico con l'ambiente non umano: H.F. Searles, *L'ambiente non umano*, trad. it. Einaudi, Torino 2004, ma gli studi in proposito sono numerosi; come punti di riferimento si può far riferimento alle ricerche sugli oggetti-sé di H. Kohut: *Narcisismo e analisi del Sé*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1976.
- <sup>20</sup> La stessa cosa accade quotidianamente con il desiderio: siamo circondati da una "desiderabilità" razionalmente "programmata", studiata, propagandata, suggestionata dalle scienze della persuasione che stabiliscono una sorta di legittimità di ordine razionale al nostro desiderare. In questo quadro per individuare un oggetto come desiderabile (o una battuta come risibile) bisogna aver imparato a riconoscere alcune elementari componenti comunicative in grado di suscitare dati effetti (che ci portano a designare una data persona come desiderabile o una data battuta come buffa). Del resto il discorso mediatico e pubblicitario fa ampio uso di tale idea determinando in modo molto persuasivo un'estetica sociale e una desiderabilità dei corpi e degli oggetti. Si tratta di nozioni alla base di tutta una scienza, un'industria, un commercio degli abbellimenti che mira alla trasformazione del corpo proprio in corpo oggetto rappresentato per l'altro.
- <sup>21</sup> W.R. Bion, *Attenzione e interpretazione*, trad. it. Armando, Roma 1977, pp. 169 e sg.
- <sup>22</sup> La forma della proposizione può essere solo esibita, non descritta. Il fare comune rinvia, come direbbe L. Wittgenstein alla «forma di vita» (a un intreccio talmente complesso di pratiche non riducibile a parola). Vedi S. Borutti, *Filosofia dei sensi*, Raffello Cortina, Milano 2006. Cfr. A. G. Gargani, *Wittgenstein. Musica, parola, gesto*, Cortina, Milano 2008.