

Scena edipica scomposta

Stefania Marinelli

Abstract

Si descrive il caso individuale di un paziente che porta all'inizio dell'analisi il tema predominante di una scena primaria arcaica multipla e stratificata, i cui fattori costitutivi appaiono "scomposti", come le fratture ortopediche frastagliate, e condensati in un tempo traumatico cumulativo. La scena edipica presa in esame risulta presto condivisa dall'intero gruppo familiare e, mediante l'attività delle "valenze" che collegano automaticamente all'interno del gruppo gli elementi inconsci affini (Bion, 1961), estesa all'ambiente sociale contiguo, che *risuona* (Neri, 1995) con i suoi elementi profondi. Sono considerate le difficoltà di enucleazione di tale scena edipica disseminata e dei frammenti che la formano, aggregati dal paziente nell'icona terrificata del *corpo materno che potrebbe morire* e organizzati infine nel sintomo ossessivo compulsivo severo. Si ipotizza che la diffusione nell'ambiente degli elementi collegati alla tragedia edipica della gelosia e invidia originarie, derivi dalla difesa da esso stesso organizzata a protezione del paziente, la cui vita emotiva, gravemente opacizzata dall'ossessività e destabilizzata dalla oscillazione umorale, esprime una cupezza destinale. Nella cura si potrà ricostruire che nel collusivo accordo difensivo soggiacente all'interno del gruppo, i sentimenti di emarginazione della scena primaria irrisolta erano stati trasformati in privilegio, e il desiderio edipico negato in sogno escatologico di redenzione dalla colpa, e speranza di ritorno edenico.

Parole chiave: scena primaria multipla, corpo materno, frammentazione, stratificazione, condensazione

Introduzione preliminare: scena primaria in un campo "curante"

Nel contributo sono trattati aspetti della scena primaria arcaica che compaiono in un caso di analisi individuale. Il caso è riportato in questa edizione che raccoglie contributi maggiormente "sociali" e gruppali, perché presenta una scena edipica di origine e natura multiple, diffusa nell'ambito del gruppo. Si considera come alcuni fenomeni di gruppo possano essere oltre che visibili e sociali, anche introversi e sincretici, cioè interni ad un soggetto portatore, o più soggetti collegati. Su questa base sono esplorati varie comunanze psichiche all'interno del gruppo familiare e allargato, determinate da legami fra elementi non captati dalla coscienza (rimossi, negati, forclusi, dissociati, del tutto o in parte).

La letteratura psicoanalitica ha individuato e concettualizzato vari tipi e livelli di elementi sincretici che possono prodursi in uno spazio condiviso anche a distanza di corpi fisici e identità singole, e che si rivelano nel transito (Bion, 1961; 1963; 1970) che li accomuna in una condizione di confluenza, effimera o stabile. Sono elementi privi di soggettività e non facilmente riconoscibili, prodotti non dai singoli soggetti

bensi dal *campo bipersonale* (Baranger, 1963-87) o dal “campo” *tout court* (v. gli studi di Corrao; Neri; Correale; Ferro, e altri, relativi ai diversi sviluppi di tale concettualizzazione (1). E ancora, i legami individuati da Bion fra elementi psichici e c) *protopsichici* (*ib.*) all’interno del gruppo, accorpatis dalle *valenze* inconscie che li collegano automaticamente sulla base delle reciproche similarità; e, nella scia di questi, gli *incorporati* linguistici esplorati da Rouchy (1998), che sono importati nel gruppo dai diversi membri mediante il lessico implicito non svelato nella comunicazione, che deve essere invece risignificato. Mi sono soffermata brevemente su questi accenni perché ritengo che l’attenzione nel riconoscere queste componenti sociali della mente e della formazione soggettiva sia di vero aiuto nei casi che presentano labilità e carenze identitarie, fragilità del sé – o ansie derivate da quella indicata qui come scena edipica irrisolta “multipla, frazionata e scomposta”.

Anche se la scena primaria chiamata qui a esemplificare eventuali scenari affini si era rivelata attraverso la rottura sintomatica di un singolo e apparteneva ad un solo individuo all’interno di un gruppo, o altri di cui non ci occuperemo, si vide nel lavoro della cura che descriverò, come essa assommava in sé segmenti e schegge di realtà psichiche ugualmente frammentate, affini e complementari di altri membri del gruppo, i quali tutti sembravano attingere ad una sorta di serbatoio primario comune (o scena edipica multipla stratificata) anche se con diversi gradi di coinvolgimento. Nel tempo lento e difficile della cura sarà possibile vedere come le icone edipiche “scomposte” e multiple del paziente fossero frazionate e concomitanti con quelle degli altri membri del gruppo meno sintomatici; e si renderà chiaro come le icone edipiche “suddivise” nel gruppo allargato si corrispondessero in modi interdipendenti rivelandosi nei resoconti del paziente, complementari o per contrasto o per affinità, in diverse occasioni. Nel tessuto associativo costruito e sostenuto dalla cura l’elaborazione degli *aggregati* (Bezoari, Ferro, 1992) psichici diffusi nell’ambiente apparve ripetutamente sinergica con i movimenti del gruppo generale e tale da stimolare e ricevere reazioni correlate del gruppo considerato. Sarà possibile vedere segrete collaborazioni dell’ambiente, oppure contrasti di volta in volta nel senso evolutivo o regressivo, secondo i casi di contenimento o meno dei conflitti del paziente.

Un accesso privilegiato di tutti i membri della famiglia e del gruppo alla configurazione edipica condivisa che stiamo ipotizzando basata sul legame primario di gruppo, era dato da una cultura condivisa orientata alla “riparazione”. La tradizione familiare estesa all’ambiente confinante, era basata su culture mediche e infermieristiche tendenti a compatire e riparare il dolore psichico solo in quanto accorpato a quello somatico. Tale “riparazione” era connotata dall’ideologia deontologica e dell’efficacia terapeutica, e orientata al ripristino dello *status ante quem* (v. Girelli, Neri, 2004) dell’organo curato. La psicoanalisi, con Winnicott in particolare, per *riparazione* non intende il ripristino dello stato precedente: favorisce piuttosto il processo di trasformazione evolutiva (*ib.*). Dunque da più punti di vista come tornerò a ribadire, la cura di Angelo si presentò difficile. Le relazioni e le

condotte del gruppo a cui apparteneva o con cui era simbiotico, erano ispirate piuttosto ad una cultura riparativa basata sull'ideale del sacrificio generoso. Il rimedio estremo, come nel caso della famiglia di Angelo, la cui madre aveva fatto ricorso ad ogni genere di "amore" materno regressivo, poteva perfino consistere nel ripristino delle cure infantili, eventualmente "reinfetanti" e edeniche per risolvere la tensione. Quell'ideale di maternità infinitamente dedita che aveva fatto e faceva parte, nella fantasia di Angelo, del "corpo materno" amato, era così intriso di valori multipli, ambivalenti e negati, che validava sì la cura *analitica* (se posso osare l'uso di questa parola); ma le conferiva insieme l'attesa liberatoria dal *corpo materno* e quella del compimento miracoloso della sua riunione. Quell'ideale familiare "curante" e riparativo giustificava e nutriva infinitamente i desideri di accoppiamento edipico, e li riciclava in una serie di condotte implicite in tutto l'ambito familiare e nelle relazioni extra-familiari affini e complementari. Si poteva ipotizzare che Angelo avesse creato da solo una tale scena di accoppiamento espanso della quale si era sentito chiamato ad essere il custode garante. O piuttosto il paziente riferiva una cultura sincretica della sua famiglia, condivisa e confermata dal gruppo degli amici contigui. Sarebbe stato impossibile toccare un punto di quella rete senza che si sollevassero tutti gli altri nodi. E ai nodi interni alla fantasia di Angelo sembravano corrispondere puntualmente i comportamenti e le ideologie di tutti gli altri attori che li impersonavano. Era su questa base che il paziente in seduta, ogni volta che si rifiutava di accedere alla funzione discorsiva e simbolica, usava le figure e perfino i nomi dei familiari e della cerchia stretta della famiglia, in modi intercambiabili, come se tutti fossero uniti da un destino comune "democratico" e sostituibile. Solo dopo anni di terapia ci rendemmo conto che nessuno dell'ambiente, più o meno intercambiabile, era stato fino a quel momento dotato di un nome proprio: erano piuttosto "mio fratello", il "mio amico", il "figlio di mio cugino", la "moglie di mio zio", e via così. A fronte di una scena allargata così compatta che risuonava in modo tanto vibrante nelle narrazioni del paziente, si poteva ipotizzare che essa non fosse solo il frutto delle sue concezioni soggettive ma che fosse condivisa profondamente o collusa dal suo ambiente. Presumibilmente il contesto più coeso del gruppo allargato tendeva indirettamente a evolvere anche mediante la ripetizione e amplificazione tematica fornite dalla cura di un suo membro, per trovare assetti più compatibili: in modo tale da usare la messa in comune degli elementi critici e il desiderio aggregato di cura in un senso evolutivo. Questa è un'ipotesi ottimistica, una sorta di equivalente umanistico della fede nel giuramento di Ippocrate, esteso ai contenitori che ne onorano la tradizione. Nel caso riportato si è potuto risalire attraverso una cura difficile, dalla sintomatologia e psicopatologia singola al riconoscimento di una costellazione edipica propria non solo della famiglia, ma che si ritrovava simile nelle famiglie e nei gruppi adiacenti ed era correlata con questi. Spesso si notava nei racconti che i movimenti di un singolo o di un sottogruppo dell'ambiente apparivano correlati con quelli di segno opposto di un altro singolo o sottogruppo. I portatori di quegli elementi e comportamenti regrediti e frammentati che erano diffusi nel gruppo

più ampio, apparivano indipendenti gli uni dagli altri; però risultavano ad un piano soggiacente legati da relazioni reciproche proprio al livello dei dati di affinità veicolati dalle culture curanti e “riparatrici”. Ritengo che quegli elementi edipici sincretici che ho chiamato “scomposti” (cioè fratturati su più piani non allineati) si fossero presentati troppo dolenti e immaturi per essere elaborati, dai singoli come dal gruppo familiare e allargato. E ritengo che la scena primaria arcaica, multipla e stratificata distribuita al suo interno, e collegata con altre affini, fosse stata a lungo ripetutamente agita, rimossa, negata, dissociata dai singoli e dalle culture prevalenti del gruppo, per tanto tempo quanto presumibilmente era servito a rendere il suo contenitore più capace di contenerla e possibilmente evolverla (dell’ambiente allargato facevano parte varie famiglie con genitori e figli malati anche gravemente). Presumibilmente, sottesa alle idee di riparazione e sacrificio e a quelle contrapposte di natura cinica, circolava nel gruppo un’attesa escatologica (Gatti, Neri, 1987) intesa a riscattare una invivibile scena frammentata; o a poterla incubare per darle un ordine accettabile e comprensibile. Il paziente singolo in tal caso corrisponderebbe non al capro espiatorio o designato di un gruppo aggressivo che evacua il suo male in lui; ma piuttosto alla fantasia dello sciamano del gruppo che gli rivela la sua verità dall’interno.

La storia clinica tenta di chiarire l’ipotesi di una scena edipica descritta come multipla e stratificata, sia nel caso che essa risiedesse esclusivamente nelle fantasie del paziente e nella ricostruzione analitica; sia che corrispondesse alle situazioni e ai personaggi esistenti e ad una scena familiare di cui il paziente era portatore se non sano però non così gravemente patologico.

Scena primaria “scomposta”, una difesa obbligata. Caso clinico

Con il termine *scomposta* tratto dall’ortopedia (come è noto la frattura scomposta è la più difficile da curare) vorrei esprimere che a volte la *scena modello* (Lichtenberg, 1995) di un analizzando, collegata alla sua scena edipica e alle sue configurazioni di base, si può presentare frantumata, o segmentata su piani diversi. È come se la scena primaria in questo caso sia chiamata a contenere non un trauma o traumi simili, ma piuttosto un trauma cumulativo disomogeneo, determinato da diverse fonti (non) comunicanti fra loro, confluite e addensate in un aggregato stratificato (v. in Bezoari, Ferro, 1992, la nozione idonea al caso di “aggregato funzionale” come “..campo analitico...[nel quale] emergono figure...costituite dalla sintesi di elementi eterogenei (verbali, emotivi, corporei) provenienti sia dall’analizzando sia dall’analista...correlate al funzionamento mentale della coppia e alle necessità comunicative del momento”).

Farò riferimento ad un caso che sembra esprimere bene questo punto di vista, vuoi per la difficoltà di accesso e di riconoscimento; vuoi per la verifica e la ricostruzione, durante il trattamento, di memorie frammentate e schermate, che si sarebbero disposte dopo tempo a testimoniare l’esistenza appunto di una “scena edipica precoce, frammentata e multipla”, che ho chiamato scomposta e stratificata.

Naturalmente ogni scena edipica degna di questo nome non si presenta intera, né nel tempo dell'esperienza né nella memoria del tempo longitudinale analitico. Quella che chiamiamo scena edipica ancorché possa essere diventata un'icona stabile e dotata di caratteri propri, si è comunque sedimentata in un tempo di esperienze inconscie che sono confluite formandola. Una interpretazione alquanto *naïve* del testo freudiano potrebbe far immaginare che la scena fondamentale sia insorta nella vita psichica profonda e inconscia a partire da un'esperienza fondamentale. Ma i testi teorici e i casi clinici trattati e narrati da Freud dimostrano che il metodo psicoanalitico non solo investiga e ricostruisce la memoria inconscia in termini di sviluppo temporale. Bensì anche, come sarà poi W.R.Bion a teorizzare, l'analisi produce nuovo inconscio e memoria mediante il lavoro della *funzione alfa*, attiva nella mente in stato di veglia e di sonno (1970) e capace di metabolismo psichico. La funzione alfa della mente sia riceve contenuti, anche non pronti per la mente, grezzi e inelaborati (elementi *beta*, *ib.*), sia li trasforma, producendone di nuovi durante il processo di trasformazione. Dunque la scena edipica fondamentale, che organizza la vita psichica di un soggetto promanando i suoi stili all'intero funzionamento psichico e investendo intere serie concatenate da monte a valle di contenuti, si determina mediante la confluenza o aggregazione di elementi sparsi. Questi si sono congiunti prima o si congiungono nell'esplorazione analitica, attraverso le loro *valenze* (Bion, 1961) e affinità, fino a diventare una scena significativa e coerente. L'analista e l'analizzando hanno entrambi incontrato schegge di quei funzionamenti e di quella scena, eventualmente rimasta priva di senso e motivazione tanto a lungo quanto sarà stato necessario durante il processo per darle una collocazione. La scena edipica arcaica (Gatti, Neri, 1987), come un tuono nella tempesta, fa sentire che vi è stato il lampo della scarica elettrica, ha mostrato tracce della sua attività e delle sue componenti prima di essere rintracciata per intero. Sappiamo per esperienza che quanto più essa si presenta precoce tanto più ha caratteri arcaici connessi con il dolore e le difese primordiali. Dagli stili "caratteriali" come si direbbe oggi, di un soggetto tendente al comportamento rigido ispirato alla crudeltà e alla colpa violenta, e alla perdita totale della fiducia e della capacità di tenere in se stesso i propri contenuti e la coesione vitale, comprendiamo che ha percorso una via difensiva dall'esclusione dell'accoppiamento dei genitori, precoce e drammaticamente inadeguata. Sappiamo che tale esperienza precoce risale a epoche dello sviluppo che precedono le stesse posizioni kleiniane dell'oscillazione PS÷D (Papuzza, 2019; e Nota 2), nelle quali il sé non ancora formato aveva rischiato di perdere la sua vitalità e coesione. Esso era attraversato da fragilità inesprimibili e *non pensabili* (v. Tagliacozzo, Opere) da correnti sensoriali e emozionali frammentarie, forze intense e capaci di strutturare esperienze significative, ma intermittenti e cariche di emozioni somatiche prive di sequenza, senso, pensabilità. Possiamo immaginare una tale drammatica circostanza secondo processi e combinazioni diversi. Ad esempio può essere avvenuta la perdita traumatica precoce di esperienze emozionali che erano state ordinate e organizzanti, che avevano

stimolato la presenza soggettiva e aiutato la costruzione del senso di sé, riempiendolo e rendendolo stabile. O le esperienze emozionali avevano avuto una potenza strutturante, ma che generava sovraintensità e disordine. O ancora dobbiamo riferirci alle esperienze che “non hanno mai avuto luogo” (3) e non sono state né organizzanti, né incontenibili o debordanti: il soggetto non ha mai saputo a quali sensazioni corrisponda l’esperienza di sentirsi vivo, esistente, attivo e capace di riempirsi di vita e di senso e avere una propria soggettività coerente. Il suo contatto con il vivere, e sentirsi vivere potrebbe farlo disperdere, o esplodere nel vuoto cosmico. Solo l’esperienza di una riappropriazione di sé mediante l’*eterno ritorno* dell’atto analitico differenziante lo aiuta a rifondare e affermare la soggettività (Soavi, 1988).

Si rende in tal modo comprensibile il ricorso difensivo patologico, ma infine utile, *extrema ratio*, alla scena primaria multipla tratta dal gruppo e dalla identificazione fusionale con esso; e il ricorso al sogno del contenimento materno prolungato trattenuto infinitamente, tanto più quanto più esso era stato variabile e insufficiente, o per inadeguatezza della madre stessa, o perché sottoposto a stimoli del figlio e/o dell’ambiente di difficile elaborazione. Sappiamo che il contenimento materno varia secondo molti fattori; e che la richiesta di sintonia di un infante passionale o invece ordinato, o passivo, o intraprendente, varia la relazione di contenimento; così come varia la tendenza dell’infante a debordare, travalicare il confine, o confondersi con l’oggetto, a seconda la sua costituzione e le spinte profonde del suo mondo originario, e il loro incontro con la sensibilità e attenzione dell’ambiente che lo accoglie.

Nel paragrafo che segue alcune possibilità di modulare la separabilità saranno dibattute da vicino anche mediante l’esemplificazione clinica.

Un esempio tra familiarità e soggettività: il problema dei segmenti terapeutici

Vorrei esprimere anche mediante il caso clinico, come per le ragioni accennate e numerose altre possa insediarsi precocemente in un soggetto anche in modi insistenti una fantasia carica di contenuti vibranti, incontenibili, che sembra corrispondere invece solo marginalmente alla memoria emotiva e fantasmatica dei genitori. Quella configurazione incontenibile, o vuota, caricata di sensazioni corporee, emozioni, sentimenti intensi, che ha avuto un peso determinante per il soggetto, ad ogni buon conto non ne ha avuto altrettanto apparentemente per un fratello o sorella. Spesso l’esperienza soggettiva originale di un individuo che ha intercettato all’interno del gruppo una serie emotiva inespressa e l’ha posta al centro dell’attenzione, costringe il genitore a interrogarsi con insistenza, e l’analista ad un processo perseverante di individuazione e sintonia. Durante l’analisi emergerà che la scena primaria arcaica e patologica in questione, contiene elementi non soggettivi e non soggettivati, direi “ego-alieni” (Bonaminio, Di Renzo, Giannotti, 1993) che non sono esclusivi di quel soggetto. Gli elementi frammentati (le schegge della frattura *scomposta*) sono piuttosto correlati con la scena primaria apparentemente più evoluta dei restanti membri della famiglia.

Sappiamo dall'esperienza che la serie dei figli e la successione delle loro nascite crea stili di sviluppo dell'intero gruppo e ne sovradetermina i valori relazionali e la cultura profonda. Gli studi familiari sistemici e la crescente letteratura psicoanalitica hanno indicato che la complessità dei legami tra fratelli ha una propria relativa indipendenza non necessariamente correlata con la complessità storica (intenzioni, fini, sentimenti e desideri inconsci) dei genitori e della successione dei loro concepimenti e le nascite. Essere figlio/a di una data coppia non corrisponde per tutti i figli/e all'esperienza degli stessi "dati" psichici dei genitori (ammettendo di poter isolare quelli "storici"); ciò dei genitori e della loro coppia che un soggetto mette al centro del suo trauma, e della sua scena edipica fondamentale, forse per l'altro è, almeno all'apparenza, quasi indifferente. Per qualche via segreta il passaggio comune degli elementi patologici e patogenici tende ad aggregarsi e condensarsi nel luogo dove le *valenze* sono più intense e le difese più deboli, permeabili. In molte famiglie sembra comparire spesso un membro/contenitore della scena edipica familiare arcaica, che consente agli altri o di condividere lo stesso destino (o simmetricamente opposto), o di accedere a sistemi difensivi più adeguati, o di trovare posizioni simmetriche per contrasto o complementari. In tutti i casi, quando si crea un "deposito" di elementi primitivi di cui tutto il gruppo ha avuto o *non* ha avuto esperienza (anche la non-esperienza è importante), quegli elementi promanati dalla scena arcaica faranno parte di un patrimonio psichico profondo comune. Tale scena sarà più pronta a riemergere nei temperamenti più labili dei membri più immersi o più protratti nell'indistinzione, e resterà maggiormente schermata da difese appropriate nei temperamenti più tendenti all'auto-differenziazione.

Ad esempio il giovane paziente impegnato con una grave ossessività, del quale parlerò di seguito più dettagliatamente (v. *Il caso*), rivela infine in analisi dopo molto tempo di avere concepito da sempre l'idea che sua madre lo avesse fatto nascere nonostante i gravi rischi indicati dai medici nel caso di una seconda maternità, per *offrirlo in dono al fratello maggiore*. Rivela nella stessa seduta che il corpo materno è stato da lui sempre sentito fragile. Un corpo dotato di erotismo e avvenenza, che era stato disgraziatamente abusato precocemente (all'età di 5 anni), e aveva sviluppato poi una forma di endometriosi che rendeva impossibile o complicato il funzionamento dell'apparato generativo. Quella fragilità, insieme a vari altri stimoli traumatici, come vedremo, aveva generato nel figlio aggrappato e attaccato, una grave ipocondria, spostata sul corpo materno, che per di più era esposto quotidianamente ai rischi professionali del lavoro ospedaliero. La madre era una tecnica specializzata che aveva collaborato nel reparto di infettivologia fin da giovanissima. Ella non aveva mai nascosto alla famiglia la sua passione di curante, e presumibilmente i figli spesso accuditi dalla nonna, ne erano stati gelosi. Quel corpo materno sembrava riassumere tutta la potenza e tutti i rischi di perdita; e secondo Angelo sicuramente sarebbe stato distrutto. Sembrava che quel *corpo* racchiudesse l'inizio e la fine della vita stessa del paziente e lo tenesse in ostaggio. L'ipocondria precoce e perseverante, rivolta esclusivamente al corpo materno, d'altro canto, fu

presto accompagnata da sensazioni di perdere se stesso e di annientamento, e si estese sempre di più, successivamente, all'altra metà dell'unità materna, la mente. Nel primo approdo puberale, coinciso con la perdita improvvisa del padre, la paura di perdere il corpo materno si organizzò presto come paura di impazzire, e anche la mente fu a rischio. Furono due metà divise in un pericolo indistinto di perdita definitiva. Il fratello maggiore invece non aveva risentito nel suo sviluppo di paure simili: era stato fisicamente debole, ma le sue paure erano state risolte presto con l'allontanamento da casa, e una stravaganza non allarmante del carattere.

Alcuni aspetti inerenti alle contraddizioni che stiamo vedendo sono stati esplorati da diverse prospettive. Ad esempio la psicologia sistemica, attenta a rintracciare le vie relazionali attraverso le quali hanno viaggiato le esperienze psichiche e emotive di un gruppo familiare che ha faticato a sviluppare un equilibrio, aiuta a dare contenuti psicologici all'esperienza di rottura e perdita del legame di realtà, all'angoscia di abbandono e tradimento che gravano su uno o più membri di una famiglia. Il percorso terapeutico spesso aiuta a re-individuare e ri-distribuire i pesi emotivi maggiori. L'esperienza terapeutica di riconoscere un funzionamento generale della famiglia e dei vari membri può essere di grande aiuto. Vediamo anche spesso che dopo un periodo preliminare di esame sistemico e relazionale di una famiglia, uno o più elementi fragili si metteranno alla ricerca di sé in un momento successivo in modi più individuali, sviluppando nuovi sintomi, conflitti, e una nuova richiesta di aiuto. Si rivolgeranno ad esempio alla psicoanalisi, che in precedenza non avrebbero concepito né potuto sostenere, per diventare capaci di contenere la discontinuità del sé e le sue perdite – o la perdita del senso e della presenza di sé, che dovrebbe avere preceduto la formazione dei legami e degli scambi emotivi e affettivi.

Però non è facile suddividere le tappe terapeutiche. Né è facile ereditare una terapia, specie se il metodo praticato prima non era stato lo stesso. A volte faticiamo a comprendere in analisi quale elaborazione di quali conflitti abbia prodotto la situazione che si presenta oggi e come il quadro attuale debba essere rivisitato, rielaborato, approcciato con il metodo nuovo, che non aveva fatto parte dei cambiamenti pregressi. A volte abbiamo immediatamente una sinergia fra processi di prima e di ora. Altre volte abbiamo invece una complicazione in più: da un lato un passo accelerato, ma non più fruibile ora e che ostacola il nuovo, e dall'altro un passo del tutto nuovo da creare.

Tornerò brevemente al mio esempio dei due fratelli e delle fantasie che si erano sviluppate all'interno del loro legame, e per farlo cercherò di chiarire il seguente punto. Potrebbe in alcuni casi avvenire che la terapia basata sulle relazioni familiari vada a saturare, oppure oscurare, elementi soggiacenti del processo, bloccando la fiducia in un altro percorso individuale possibile. Questi elementi che potrebbero essere stati tacitati, o sono confluiti indistintamente nell'esame del legame familiare (il ruolo dei singoli e la posizione all'interno della famiglia; il campo dei fratelli; la relazione con la coppia dei genitori e con i due genitori) potrebbero orientare il processo di cura in modo tale da eludere l'esperienza della responsabilità soggettiva e

dei bisogni psichici della soggettivazione. Potrebbe in altri termini essere stato difficile nella cura della famiglia dare significato simultaneamente ai due registri, relazionale e soggettivo. Riconquistare lo spazio e la funzione di quei bisogni in un processo successivo di cura può risultare complicato e ingombrante. Questa possibilità di evoluzione e conoscenza sistemica e familiare si colloca, a volte, fra una circostanza favorevole e una non. Quella favorevole è di avere avviato nei soggetti familiari un processo coesivo di appartenenza e individuazione e l'idea che esso sia graduale e progressivo. La seconda circostanza invece ha bloccato o saturato una possibilità trasformativa, incapsulando elementi che saranno riposti senza essere stati sviluppati alla giusta profondità e individualità, e rendendoli meno rintracciabili nel seguito, perché è stata resa meno rintracciabile la fiducia verso la ricerca soggettiva profonda. Una questione di metodo, e di tempo evolutivo (della sofferenza e della cura). In altre parole la comunicazione fra segmenti terapeutici è complessa e coinvolge molti aspetti: da quello della preparazione (alla situazione analitica) o della ripresa (spesso difficile quanto e più della analisi iniziale), fino a quello delle tracce transferali che ogni cura costruisce, compreso il bagaglio di sentimenti connessi, o non, con la speranza (v. in Ferro, 2006-2008, l'importanza di tale elemento come costitutivo del transfert) e la fiducia nelle risorse trasformative. Gli elementi spesi in una terapia spesso si eclissano se sono stati saturati dall'esperienza di cura e dal suo metodo idealizzato, o sono rimasti ancorati rigidamente a modelli passati, a memorie trattenute divenute improduttive, che schermano la possibilità di rimettersi in contatto con il bisogno di altro aiuto e conoscenza.

L'analisi, quando è possibile e accettato di farne una, si trova talvolta, per lasciare socchiusa la porta del futuro di un paziente, a giocare una possibilità che si pone al limite fra la tollerabilità della frustrazione e dolore dell'esperienza analitica, e il bisogno di attingere sviluppi positivi e successi. La bussola che orienta l'analisi non indica sempre facilmente un nord chiaro e la valutazione degli elementi di vita dell'analizzando non sempre corrisponde alla valutazione della sua verità analitica e del processo. Quanto era intenso e chiaro quel compito della psicoanalisi indicato da Freud come funzione paragonata alla scultura, di "togliere, non di mettere", diversamente dalla pittura! L'analista che resta nascosto perché sa più di quanto esprime e verbalizza, costa un prezzo all'analizzando in termini di incertezza di restare in contatto creativo con il suo inconscio da solo, dopo l'analisi. L'inespresso dell'analisi reca un carico di dubbio verso il futuro; non vi è alcun garante, durante l'analisi, che le scoperte della verità inconscia siano tollerabili e compatibili con la trasformazione evolutiva. E, dopo, mancheranno la garanzia di attendibilità e la condivisione che abilitavano in presenza dell'analista a sperare di non percorrere vie cieche.

Dunque la comunicazione fra segmenti temporali del percorso di cura, lo ripetiamo, è difficile e complessa; così come è complessa la scelta di dividere in "tappe" il percorso analitico. Su quest'ultimo punto ad esempio alcuni autori orientati al modello del lavoro longitudinale con le aree precoci dello sviluppo psichico e al

lavoro della ripetizione trasformativa (Soavi, 1989) e alla continuità del riconoscimento di sé, non temono quello che per altri (Fazio, 2017) è invece il rischio di perdita della produttività analitica e di perversione del legame. Vi è inoltre da considerare l'uso del paziente di porre uno contro l'altro i modelli e le esperienze di cura pregressi verso i nuovi, spesso in modo defatigante e improduttivo. Da tutto ciò si deduce chiaramente l'importanza di ogni cura di contenere il presente ma anche il futuro delle tracce che lascerà impresse nel sistema di elaborazione della cura che opera nell'analizzando. Ogni processo, in buona sostanza, dovrebbe prevedere uno spazio vuoto, una domanda almeno, o più, non risolta, che possa risorgere ed essere risignificata per nuove richieste elaborative.

Ho posto alcune premesse prima di presentare la discussione di un caso clinico nel quale il paziente risultava da subito eccezionalmente collegato con il sistema familiare e coinvolto con la madre. Inoltre il paziente, Angelo, aveva attraversato periodi di cure psicologiche familiari non fortunate e si presentava ora tanto aggrappato e bisognoso quanto spaventato e inadeguato, oltre che sofferente.

Il caso

Angelo, il paziente che qui presenterò per illustrare quella che ho chiamato la scena edipica "scomposta" e multipla, giocava in seduta, all'inizio e per un lungo tempo lo schema dato da una precedente esperienza di cura familiare e quello della più recente e temuta consultazione psichiatrica e farmacologica dalla quale era derivata l'indicazione alla psicoterapia – contro la psicoterapia attuale e a favore della resistenza. Il "fatto", costituito dal riconoscimento "psichiatrico" e oggettivo della sua malattia, gli dava un crisma (un lasciapassare). Il crisma per sua natura nobilitante anche se negativo conteneva un sacrificio, e sembrava giustificare la passività bloccando qualsiasi mutamento e esplorazione. Restava per la cura giusto l'esiguo spazio lasciato dal bisogno vivo e vitale di controbattere la diagnosi infausta, e cercare la smentita, la rassicurazione e la speranza (Ferro, 2006). Protetto dal grande sforzo di avere accettato di far parte del mondo negativo (dei matti) Angelo usava la fantasia di sottrarsi alla malattia, a cui aveva già tributato tanto, negandola e proteggendola dietro lo scudo della diagnosi, verità assoluta che conteneva l'oggetto della sua ipocondria: il timore di impazzire. Il timore di impazzire irrompeva in modi compulsivi e disperati ad ogni seduta; ma almeno era suo e non era spostato sull'esclusivo timore che il corpo materno si ammalasse e venisse meno. Incredibilmente lo sforzo di farsi curare e di accettare i due fronti, quello farmacologico e quello psicoterapico, doveva servire nella sua fantasia di trionfo negativo e disperato sulla possibilità di cambiare, a mantenere al sicuro i suoi costrutti patologici e la loro inalterabilità. Il paziente lottava contro ogni costrutto o soltanto parola che gli appariva diversa dall'uso comune, accusando la terapeuta, di volta in volta, di eccedere con concezioni negative e di accanirsi invece di normalizzare la conversazione. Comunque, mentre il paziente si allenava a combattere affilando le sue armi insperate, cercando di recuperare l'onnipotenza trafitta e perduta e mostrandosi grandioso agli occhi della dottoressa per avere sfidato la follia (di cui si sentiva colpevole); e mentre immaginava per questo di reggere i destini del mondo e della salute universale...intanto, però, il processo avanzava, seppure faticosamente.

Forse però Angelo non aveva solo torto. Forse questa posizione nella quale versava rispecchiava un fatto già avvenuto (Winnicott, 1964). Forse egli era stato richiesto di reggere i destini familiari pericolanti.

Farò un passo indietro e cercherò di spiegarmi meglio.

Un cenno storico sul caso

Angelo mi fu mandato dal servizio territoriale al quale la madre lo aveva portato, all'età di 18 anni. La signora era assistente medico in un ospedale romano e aveva anche un figlio maggiore, da anni migrato negli Stati Uniti per lavorare nell'industria alberghiera. Angelo la preoccupava da sempre per un aggrappamento sovrintenso e una inseparabilità eccessiva, che lei aveva corrisposto accogliendo le richieste anche più estreme e usando la fiducia nelle proprie risorse di fermezza e amorevolezza. Ma infine si trovò a permettergli di dormire nel letto matrimoniale dopo la perdita del marito, che era avvenuta nella prima adolescenza di Angelo, e a prolungare quell'uso fino ad un'età impropria. Evidentemente si era accorta che quella pratica era divenuta eccitante per il ragazzo e inibiva pericolosamente il processo di separazione. L'usanza era antica ma prima corretta dal padre. Poi però fu sancita dalla sua morte improvvisa, per un tumore invasivo e distruttivo (un linfoma) senza preavviso, che aveva attaccato la vita dall'interno del corpo, segnando severamente lo sviluppo di Angelo e dando la base concreta alla sua ideazione di un pericolo imminente di perdita totale inaspettata. Questo quadro di allarme generalizzato velocemente approntato dopo il lutto lo aveva trovato impreparato. Al suo primo ingresso nella fase adolescente Angelo era ancora alle prese con i terrori infantili e l'aggrappamento, e l'evento luttuoso improvviso aveva scatenato in lui un processo regressivo grave, che trasformava la colpa inconscia in paura compulsiva che il danno si estendesse punitivamente al corpo amato della madre. Quest'ultimo era stato da sempre un corpo erotico, sovrintenso e confidenziale, che lo rassicurava e lo turbava; ma anche un corpo fragile, che assommava in sé, come lentamente emergerà nella cura, le minacce dell'abbandono catastrofico. Un corpo che aveva da sempre promanato nel piccolo figlio la potenza inebriante della beatitudine e lo stimolo del possesso; ma insieme l'esperienza abissale della perdita, che si era presentata già nei pericoli del parto e dell'allattamento.

Quando nel lungo lavoro analitico di ritessitura del ricordo e stimolazione di un alfabeto emozionale che rianimasse la memoria, che si presentava concreta e inerte, sorgeranno le prime immagini dalla massa familiare indistinta, si libererà anche qualche ricordo distinto, e subito una sensazione di estremo allarme. Il ricordo concerneva la cognizione di avere vissuto una precoce e sovrintensa confidenza corporea familiare, diffusa nelle ideologie e pratiche nudiste dei genitori. L'allarme fu subito celato dietro l'adesione assoluta agli stili condivisi e a quella cultura, apparentemente sentita da Angelo come privilegiata e salutare, che rendeva normale lo scambio visivo insistito dei corpi nudi e delle funzioni corporee, e normale la confidenza interna alle stanze da letto e al bagno. Ma una spia segreta comparsa ad un certo punto nei ricordi – la perplessità nello scambiare le stesse confidenze con il padre, il quale risultava più alieno in quegli scambi e anzi gli aveva suscitato penose sensazioni di compassione per la sua emarginazione – suggeriva che il piccolo, curioso e solidale custode dei tesori genitali e corporei della casa, si sentisse colpevole e travolto dalla sensazione di sopraffazione per inadeguatezza a corrispondere con il “mandato” di custodire i preziosi beni dei corpi erotici, e i diritti esclusivi della “visione”. Angelo aveva intrattenuto rapporti con il padre non frequenti ma positivi; il padre era descritto da lui come generoso e protettivo, anche più della mamma rigorosa, verso la quale il padre lo sosteneva. Ma presto il piccolo bimbo aveva notato di volta in volta una debolezza in lui, e lo aveva compatito ogni volta che si era presentata l'occasione. Il padre era descritto come qualcuno che viveva vari contrasti, oscillando tra una felicità ideale verso la cultura, da lui idealizzata ma non praticata se non in modo amatoriale ancorché intenso; e la serietà lavorativa (era contabile per una catena di forniture idrauliche da lui stesso fondata). A ciò si aggiungeva la forte ideologia familiare “comunista”, che faceva sentire lui stesso e la famiglia speciali e superiori. Il conflitto di Angelo era insanabile, fra sostenere l'eroismo del padre accessibile e buono, e tentare di spiegarsi le debolezze e ambivalenze di lui (il padre aveva avuto sintomi visibili come varie pratiche ossessive

che svolgeva; o poteva cadere imprevedibilmente in crisi di rabbia che lo rendevano irriconoscibile e pauroso agli occhi del figlio). Angelo lo teneva a distanza, o lo disprezzava, o ne aveva compassione. Poi si vergognava di aver provato quei sentimenti e di averlo compatito. E il gioco ossessivo così iniziava il suo viaggio, scegliendo le tracce ossessive, "facilitate" (4) dal comportamento del padre. Già piccolissimo era costretto a difendere i suoi divertimenti con rituali scaramantici, che sarebbero diventati poi, soprattutto dopo la morte del padre, ipocondriaci e compulsivi.

La cura

Per varie ragioni e perché lo aveva portato sua madre, Angelo aveva apprezzato subito di farsi curare. Fra le motivazioni vi era il rischio di perdere la sua ragazza, idealizzata e amata come una madonna, ma che iniziava a stancarsi della sua gelosia ossessiva e forse più in generale del suo erotismo monomaniacale, che prevedeva frequenti pratiche masturbatorie e accoppiamenti compulsivi. Era legato a lei da diversi anni; ma da quando aveva sviluppato alcuni dubbi e un timore ossessivo di essere tradito o abbandonato e che lei gli preferisse un altro più bello di lui, la ragazza non riusciva più a contenerlo; o forse, rassicurata dopo tanta idealizzazione, cominciava a cercare altri più stabili e meno richiedenti. All'inizio della cura Angelo era spaventato. Paradossalmente però, man mano che il lavoro procedeva e lo rincuorava, nutrendolo di maggior fiducia, e rendendolo più sicuro e meno aggrappato, diventava meno accessibile e più diffidente. Temeva, continuando a progredire, di maniacalizzarsi, superando e abbandonando i modelli familiari che ora teneva a distanza. Così lottava per controllare e limitare nuove acquisizioni o nuove sensazioni, perché avrebbero potuto diventare incontenibili. Sua madre era ostile verso il suo desiderio conflittivo per lui e per lei inconcludente di finire l'accademia d'arte e impegnarsi nella fotografia; esigeva da lui un rapido esito della cura, e un lavoro certo e produttivo. Infatti improvvisamente gli ne procurò uno (lo stesso deposito di forniture idrauliche di suo padre) costringendolo a cambiare progetti e direzione di vita. Questo scatenò un nuovo sintomo – l'attacco di panico, che si verificò durante la seduta poco dopo che la madre e il fratello maggiore lo avevano condotto nel posto di lavoro. Per questi motivi più esterni e altri più profondi, Angelo temeva i suoi progressi, anche quando uscì dal panico, lavorò con efficacia guadagnando un discreto salario, e sviluppò nuove relazioni amichevoli sulla base di una relativa stabilità e coerenza. Il sogno artistico della fotografia, bocciato dalla madre alla quale non poteva opporsi, era diventato un segreto colpevole e pauroso, che presto si riversò o si tramutò in una compulsiva paura della psicosi. Aveva visto la vita di un caro amico coetaneo distrutta da un esordio psicotico recente e temeva che anche la sua mente e la sua vita sarebbe stata devastata in un tempo imminente e definitivo. Tale paura irrefrenabile e ossessiva aumentava a causa degli attacchi di panico, portandolo a studiare compulsivamente e controllare ogni movimento ideativo e emotivo che nascesse al suo interno, per stabilire quale fosse il suo grado di malattia. Non si fidava più del suo mondo interno, che così a lungo sua madre aveva garantito per lui e che ora aveva improvvisamente denigrato, denigrando la sua arte. Inoltre l'assimilazione al padre mediante il posto di lavoro, associato al timore di essere emarginato dalle proprie qualità soggettive per diventare alla fine un "marito di riserva", lo claustrofobizzava. Chiedeva sempre più insistentemente all'analista se era pazzo o se lo sarebbe potuto diventare; e questo occupava un ampio spazio della cura, crescendo proporzionalmente all'aumento di mobilitazione emotiva e distinzione del ricordo. Viveva un conflitto frontale e stentava a credere che davvero il sostegno dell'analista potesse aiutarlo a riacquisire una forma di fiducia. Nelle sedute ricorse perfino in quel periodo a un deciso rinforzo del turpiloquio e del gergo borgataro estremo, con questo sembrando volere sia aumentare la confidenza accorciando le distanze (usava espressioni che richiedevano l'uso del "tu"); sia neutralizzare la cultura dell'analista e la sua presenza, confermando la potenza del suo lignaggio, e conservando il contatto con la tradizione. Nella sua

tradizione compariva in prima linea la scena primaria “scomposta” e multipla che ho anticipato e che cercherò di descrivere. Era una scena regressiva ma pur sempre potente, che gli garantiva mediante l’aggrappamento la capacità di contenersi e restare coeso, senza sprofondare nell’impotenza. L’attività di lavoro che dimostrava di saper svolgere frattanto, che lo equiparava a suo padre ma anche ai sentimenti ambivalenti e di disistima di lui, non bastava a rassicurare il fondo del suo sé, che anelava ad una nascita più autonoma e “artistica” che si faceva sempre più impossibile. Il paziente era costante nel lavoro di analisi e attaccato alla dottoressa e alle sedute, nonostante la cura appartenesse nella sua fantasia ad un livello culturale che sentiva diverso dal proprio, prediletto, ma che non lo aveva ricambiato. Per queste ragioni contrastanti, mentre aumentavano in seduta la sua partecipazione e la cognizione del suo stato psichico, e si attenuava il sintomo, aumentava la freddezza quasi cinica con cui narrava, come se si trattasse di una materia esterna a sé e oggettiva, che esaltava la capacità narrativa ma svuotava la comunicazione emozionale. Questo complicava il lavoro. Con il tempo mi resi conto che quel contegno con cui si dava forza era per lui un contenitore assicurato, che schermava lo sguardo estraneo e manteneva la continuità dei piaceri segreti e il riempimento dato dal sintomo. Il sintomo, erotizzante e erotizzato, era sì l’ultima spiaggia; ma anche il luogo esclusivo del sogno di nascere, rinascendo dall’unione con il corpo materno, questa volta non mortale! Per lui era importante la continuità del piacere sensuale almeno quanto quella del senso di sé; e il senso di sé era condensato nel bisogno di essere accorpato alla madre. Un sé relativamente indipendente lo faceva sentire annientato. In fondo gli si stava chiarendo che riempire se stesso di vita, esperienze autonome e fiducia, attenuando la paura di perdere sua madre e la vitalità del suo corpo e del suo contatto, gli avrebbe però sottratto l’eden del corpo materno e degli eroici timori di esserne il guardiano, ancorché impotente e sopraffatto. La sua “ipocondria spostata” sul corpo materno limitava la sua vita, certo; ma le conferiva in cambio una forma eccitante e stabile (forse il corpo come “oggetto superiore” del quale parla Paola Camassa per i casi di anoressia, 2010) e l’esperienza di ciò che è eterno e immutabile, contrapposto al caduco ed effimero. Angelo non intraprendeva in molti casi alcuna iniziativa che richiedesse un tempo e un’attenzione, perché aveva consapevolmente e concretamente il compito di fare il “guardiano” e rendersi disponibile per la salute del corpo di sua madre, perché non rischiasse di morire. La cercava per essere rassicurato sulla sua salute più volte nella giornata; e ogni volta che l’impulso sembrava affievolirsi ricompariva in tutta la sua forza o con forza maggiore in modi casuali: per una parola detta che riecheggiava malattie, per un foglio medico trovato su un tavolo, per una analisi clinica che era andato a cercare nella borsa di sua madre, o, in mancanza, in cartelle pregresse che riesaminava, o in Internet, dove si informava di tutti i mali e dei dispositivi medici, per proseguire le sue indagini. Si era abituato a pensare la sua dipendenza concreta dal suo problema come un destino inconfutabile che avrebbe strutturato per sempre la sua mente e il suo destino, cupo ma vivente e erotico, e vedeva se stesso come un condannato a vita, un prigioniero ergastolano. La colpa, che non riconosceva e non elaborava apparentemente, era il corpo stesso di sua madre, e il timore di perderla; il carceriere era il garante della immutabilità della sua condizione, o la soglia che nessuno poteva varcare. Angelo così, insieme ai suoi sentimenti derivati dal nucleo compulsivo, si rendeva intoccabile, da se stesso e dall’altro. L’eventuale traffico di “ricavi” aggiuntivi tratti dalla sicurezza di un tale oggetto statico cristallizzato, era segreto, e il segreto era impenetrabile perché era dotato di una sola faccia, rivolta esclusivamente verso l’interno e basato sul piacere della continuazione eterna. Il segreto, che conteneva anche una presunta repulsione verso il corpo materno non più giovane, non era condivisibile, anche se veniva narrato (con grandissima fatica; anzi, forse più che narrato, veniva “estorto” seduta dopo seduta, con una tecnica di colloquio attiva che bypassava la dissociazione). Era chiaro che Angelo nel suo inconscio profondo traeva piacere dopo tanto tempo dalla memoria emotiva e sensoriale del corpo della madre tanto quanto dalla scena del suo abbandono; dalla paura spropositata di separarsene quanto dalla gioia di rievocarne la potenza;

dal piacere edipico panico e compulsivo, genitale e masturbatorio, ai terrori della catastrofe della perdita definitiva. Quel corpo era il suo possedimento segreto concreto e intoccabile. Analisi e analista giravano intorno alla stanza segreta, ma l'amministratore unico della prigione era lui stesso.

Angelo appariva a me e a se stesso come stretto in una morsa di acciaio e in una catena infinita di conflitti e rischi. Sembrava inutile continuare a cercare almeno un pezzetto di cielo azzurro, fra tutto quel grigio cupo. In una data occasione però fui fortunata e riuscii a dire, dopo che aveva bocciato vari tentativi verbali ritenuti esagerati e negativisti, che lui al tempo (il suo racconto stava pescando fra i molti timori vissuti nella vita infantile, solitamente ricordati come felicità eroiche connesse alla grandezza familiare) doveva aver vissuto sensazioni di annientamento. E veloce arrivò la risposta dal sé profondo: "Sì. Ecco, questo sì". Era bastata una parola! e chissà per quanto tempo l'avevamo cercata. Quel giorno le stelle erano state favorevoli, si erano congiunte, dopo tanto tempo, in una configurazione testimoniale, benevolente e pietosa. Avevamo un trivio: Angelo; il sintomo; l'analisi. La scena primaria; la beatitudine, e l'emarginazione dalla scena primaria; la testimonianza dell'annientamento. Credo che sia qualcosa di simile al trivio di cui parla Bion (1962; 1963) quando raccomanda all'analista di non trascurare mai di far sì che nella seduta i sentimenti del paziente contenuti nel ricordo, siano ricongiunti con il "fatto" che li aveva originati (v. Civitarese, 2011), riportandoli nel contatto attuale con la mente dell'analista.

Da quel tempo nonostante le gravi difficoltà Angelo si dispose a dibattere e evolvere tutta una serie di posizioni derivate da quel suo stato profondo e radicato, e attenuò una certa boria sprezzante, a favore di riabilitare lentamente una maggior sicurezza di sé in termini di elaborazione depressiva. Per compensare il sospetto di avere distanziato, cioè perduto, l'oggetto prediletto, aumentava e variava i suoi sintomi, pure con una discreta maestria. Ormai sapeva dimostrare interesse per la disciplina psicologica, però voleva dirigerla, valutarla, ridimensionare il suo potere: perché nessun potere fosse più forte di quello del corpo di sua madre e del rischio che morisse. La sua collaborazione fra diverse motivazioni e ostacoli progrediva: ma costringendo la cura a potare ogni attesa e eliminando ogni apporto dell'illusione, dell'immaginazione, della fiducia nella soggettività delle emozioni, che solo lui voleva e poteva saldamente controllare. Patti chiari e razionali. Il confine era uno e per sempre. Il mostro della perdita non si lasciava ingannare. Se Angelo sentiva rispettate tali condizioni, poteva a tratti diventare più diretto e spontaneo, animare un discorso, vivere sensazioni non sequestrate dall'area prigioniera. Così, passo passo, si procedeva. L'analista si contentava di una costruzione lenta che rasentava l'inanimazione; e garantiva d'ufficio per accordo implicito, di continuare a onorare la solennità della concretezza e l'adorazione del trauma. Così la mente del lavoro analitico sopravviveva nonostante tale sfida ipnotica e carpiva segmenti espressivi anche se minimali dal tessuto frammentario della scena edipica tragica, evolvendola verso disegni forse rammendati, ma più armonici. Emersero ancora dati, freddi e storici sì, ma che sarebbero ricomparsi e messi in lavorazione (sogni non c'erano; o ne comparivano pochissimi).

Nei momenti di attenuazione del controllo, di abbassamento della cupezza e di rianimazione di un sé capace di sentire e pensare, Angelo produceva memorie, racconti, considerazioni, confronti, e ordinava pensieri verso un sé ormai quasi esistente e quasi sottratto all'onnipresenza e onnipotenza materna. Quegli elementi, tessera tessera, composero un mosaico: quello di una scena edipica primaria arcaica stratificata, scheggiata, "scomposta" in mille pezzi, che avevano rischiato e rischiavano di esplodere, o implodere all'interno di Angelo e che lo avevano tenuto paralizzato o ipnotizzato (bisognava ancora capire) per molto tempo – tutta la vita.

La scena primaria scomposta

Angelo aveva fatto una parte del racconto della scena edipica in modo chiaro fin dall'inizio del lavoro: le sensazioni di timore protratte dalla prima infanzia fino alle età successive, provate nell'udire i rumori sessuali dalla stanza dei genitori.

Ci volle tempo per comprendere che quel nucleo iniziale era soltanto un organizzatore formale, rievocato con la chiarezza e i dettagli della memoria traumatica, ma che era connesso con una quantità di traumi cumulativi confluiti in epoche successive e depositati a strati. Indico di seguito i principali:

- a) dopo la *scena dei rumori e timori*, e il racconto dei continui tentativi di infilarsi nel letto dei genitori da cui era compito del padre prelevarlo ad esempio la sera tardi se il bimbo vi si era addormentato, si presentò presto il secondo,
- b) l'immagine onirica di *una donna potente e attraente, spiata da lontano, dotata di grande pene*. All'inizio del lavoro venne sognata ripetutamente e associata in seduta alla libera confessione ricca di dettagli erotici e sensuali e di linguaggi particolarmente vividi e scurrili, di una predilezione verso l'esperienza della perfezione sessuale e somatica ermafroditica (non che il paziente usasse alcun riferimento culturale, solo il crudo repertorio di culture borgatara o in alternativa connesse alle arti fotografiche e musicali).
- c) La fase della donna dotata di pene fu elaborata a lungo e produsse il terzo elemento, quello del legame di ammirazione e *dipendenza dal fratello maggiore*, a fronte del quale Angelo neppure pensava di potersi paragonare (a meno di considerare le sue attitudini "artistiche" e cognitive, connesse però con la temuta onnipotenza). In questa fase di elaborazione dei triangoli e quadrangoli edipici, emersero ripetuti episodi di molestie patite da parenti e amici di famiglia. L'*identità maschile* di Angelo era certa, anche se l'iniziale ingresso nel mio studio in punta di piedi, quasi volante, era stato più simile a un passo di danza e al desiderio di nascondere la virilità. Presto tuttavia si rivelò l'assetto fisico di un ragazzino sveglio e dotato, che nel seguito della cura continuerà a confermarsi. La sua vocazione appassionata verso il sesso femminile era ferma, anche se associata alla nostalgia della donna dotata di pene e al disprezzo per la castrazione che manifestava verso le ragazze prive di quella potenza – foss'anche data solo dalla bellezza attribuita agli organi femminili, che in fantasia contenevano anche quelli maschili. La vera incertezza era per lui accettare di ricercare l'oggetto femminile fuori di sé, piuttosto di ricercare in sé il sé femminile mediante la masturbazione. Questa, all'inizio compulsiva e in seguito attenuata, non sempre lo faceva sentire capace di traghettare le immagini dell'eccitamento verso il culmine e nel giusto momento, in modo tale da confermare il valore assoluto del piacere solitario, che poteva regolare e controllare senza l'apporto femminile esterno con il massimo rendimento.

d) Il quarto elemento della scena edipica che ho chiamato scomposta si presentò in un tempo successivo, ai suoi 23 anni di età. Quasi casualmente Angelo riferì in due sedute ravvicinate due temi relativi alla madre. Si trattava di due *danni del soma materno*, sui quali era stato pudico per ben quattro anni dall'inizio della cura. Prima raccontò che la madre era stata molestata all'età di 5 anni. Poco dopo riferì che a causa di un problema ematologico i parti della madre, sconsigliati dal ginecologo e a maggior ragione sentiti eroici dal figlio e dai maschi della famiglia (non vi erano elementi femminili oltre la madre) avevano causato gravi problemi di sopravvivenza. Dunque i maschi della famiglia avevano eretto un altare su quella base, su cui si potevano compiere molti sacrifici.

Fu in quest'ultima fase d) del racconto a strati della scena edipica di Angelo, le cui schegge apparivano intrecciate pur se compattate dall'unico sentore predominante del corpo esclusivo della madre, che compresi il fattore successivo,

e) in una esclamazione casuale con cui Angelo rispose ad una mia domanda, mentre raccontava la preparazione di un imminente viaggio estivo con il fratello maggiore. Riportò di essere molto felice, e che sua madre si era detta contenta. Chiesi se la madre fosse davvero contenta o se...(invece si sentisse esclusa, avrei voluto aggiungere) e Angelo mi prevenne esclamando con un tono aspro: beh mica mia madre è il diavolo! Attribuiva all'analista ostilità alla madre! temendo per il suo corpo fragile e intoccabile. Si riferiva apertamente a quanto la madre fosse stata criticata in seduta per averlo costretto a impiegarsi ostacolando il suo sviluppo nell'accademia e i progetti di studiare per fotoreporter. Colsi in quel passaggio che la *madre "diavolo"* esisteva; ed era presumibilmente quella che gli impediva di unirsi al fratello e realizzare mia madre un grande coito familiare. Prima di quel momento Angelo mi aveva fatto ritenere che fosse il padre a frapporsi all'*orgia dei corpi*, con la sua "alienità" e diversità inspiegabile (colpevole) dalle intimità corporee condivise con la madre e il fratello. Faceva parte dei compiti di Angelo proteggere tutti da tutti, trattandosi di beni preziosi e sessuali a rischio di offesa e di rottura dell'unità.

La raccolta tematica in cui è inserito il presente contributo contiene preziosi apporti orientati a trattare la scena edipica gruppale, mentre la mia presentazione è strettamente individuale. Però credo che a guardar meglio, non solo la scena "scomposta" si presenta come una sorta di gruppo nel tempo, nello spazio, nella storia, nella mente "fusionale" (v. nota 1) aggregante dei membri di una famiglia e dei suoi contesti allargati e sociali. Ma si presenta anche come garante di coesività del gruppo familiare e, lo ripeto, del gruppo allargato e sociale, che nei racconti delle sedute si presentava ripetutamente a puntate sparse, come un gruppo complementare o "omogeneo" (sulla nozione di "omogeneità" vedi *Gruppi omogenei*, S.Corbella, R.Girelli, S.Marinelli, 2004) messo in "risonanza" con elementi "scomposti" e

traumatici affini (il termine *risonanza* è usato da Neri nel suo libro *Gruppo*, per descrivere con un paragone tratto dai sistemi fisici, stati emotivi straordinari, di membri che si corrispondono all'interno del gruppo). Nelle narrazioni che ad un certo punto del lavoro comparvero e rapidamente si fluidificarono, non più stimolate a forza dal silenzio o dall'inerzia improduttiva, vi erano sempre stati un curante e un curato; una pietà e un sadismo; una distruzione e una superiorità. In tali scene, riportate da Angelo per esprimere emozioni significative con un linguaggio consueto e del tipo concreto, egli usava a scambio se stesso, i familiari e gli amici più stretti: e costoro all'interno dello stesso racconto a turno scambiavano qualità reciproche e complementari. L'amico più pazzo era il più savio; la madre più opaca, nutriente; il padre più indifferente, generoso.

Possibilmente da una tale "creativa" confusione (5) sarebbero nate la discriminazione e l'uscita dal temuto mostro della schizofrenia. La confusione in seduta con Angelo era anche un'arte e un esercizio di compenetrazione; e l'inclinazione sadica (fotografava scene contadine di uccisioni di animali) appresa dalle passioni mediche della famiglia (vedi i diversi significati che ha in Freud il gioco al dottore nei bambini (6), potrebbe essere considerata una difesa infantile quasi tenera, nata dall'impreparazione a concepire l'esperienza e dal bisogno di non esserne sopraffatto: derivante comunque più che da un esito perverso, piuttosto da un orientamento irrisolto e parziale alla criminalità infantile.

Conclusioni

A ritroso, dato che per anni era stato impossibile ricostruire o costruire o co-costruire una scena primaria analitica, mi ero fatta l'idea che quel primo nucleo dei rumori dalla stanza primaria fosse stato l'addensante di una quantità di elementi traumatici; e che si potesse presumere che la sua funzione fosse quella di fare una amplificazione tematica gruppale di elementi incontenibili, arcaici, troppo sofferenti per essere resi visibili o espressi – ad esempio le molestie patite a 5 anni dalla madre (Ferenczi dedicò un intero drammatico *Diario Clinico* a questo tema); o altri, come lo iato fra la gentilezza del padre e le sue esplosioni di rabbia, o l'umiltà del lavoro di lui e l'idealità delle sue passioni culturali, che contenevano lo spettacolo introverso dei suoi sintomi ossessivi; o il fratello potentissimo che, seppi con sei anni di ritardo, quanto era stato difficile confessarlo! era più "basso" e meno bello di lui.

Si potrebbe concludere ipotizzando che le generazioni tramandino alle successive il formato edipico principale, che comprende anche i nuclei arcaici traumatici che hanno creato vittime nello sviluppo evolutivo, per riuscire a evolverlo, onorando così la generazione dei nuovi nati, i *bebé révolutionnaire* (Mellier, 2017). Questi infatti, nascendo e imponendo i nuovi bisogni, sfidano e riplasmano la grandiosità dei genitori, modificando il loro universo presente e obbligandoli, con la comparsa del loro nuovo progetto vitale, al cambiamento finalizzato a proseguire la socialità, la continuità della specie e la partecipazione dei membri (7).

Note

- 1) Vari sviluppi del paradigma proposto da W. e M. Baranger sono riportati in Neri C., *Gruppo*, Notizie storiche, Borla, 1995; e in Marinelli S., *Contributi della psicoanalisi allo studio del gruppo*, Introduzione. Borla, 2008). Vedi in particolare gli elementi psichici (protopsichici) connotati da protosoggettività, ubiquità, volatilità e deposito impersonale, trattati da alcuni autori come: a) fenomeni *trans-personali* (Neri, 1995; De Toffoli, 2000; v. anche Nota 1) che potrebbero appartenere all'ambiente o derivare da un suo *medium* (Neri, *ib.*) che li ospita in un contesto determinato, oppure tali che potrebbero circolare in esso per: b) *aggregazione* (Bezoari, Ferro, 1992) anonima e mista di elementi prodotti da due o più individui attivi in un *campo bipersonale*.
- 2) Il tema della *Fusionalità* è trattato nel libro pubblicato nel 1990 a cura di C.Neri, L.Pallier, G.C.Petacchi, G.C.Soavi, R.Tagliacozzo. La ricerca riportata nel volume era stata longitudinale e comprendeva alcune concettualizzazioni teorico-cliniche innovative, che erano state messe in dialogo con i temi trattati in varie occasioni di congressi societari della SPI e seminariali. L'elaborazione era stata in parte spontanea, e creata dalle nuove richieste cliniche. In parte era prodotta dal bisogno di orientare il piccolo gruppo di lavoro verso una corrispondenza originale e indipendente con le novità teoriche che provenivano dallo sviluppo disciplinare. La psicoanalisi andava confrontandosi in quel periodo con le nuove popolazioni patologiche da un lato, e con i nuovi costrutti e scuole di pensiero sviluppati nel solco psicoanalitico classico e nelle sue immediate vicinanze in quegli anni. I temi del libro sono stati riproposti recentemente in un ambito maturato e ampliato nel convegno romano "Fusionalità - Storia del concetto e sviluppi attuali" (Roma Auditorium, 23-24 aprile 2019). In quell'occasione il termine "fusionalità" era reso da C.Neri equivalente a quello di "buona socialità", con riferimento alle caratteristiche storiche del gruppo di lavoro che aveva prodotto il libro, e contenuto nel suo lavoro le interazioni psicoanalitiche fra oggetti teorici e clinici; e quelle fra i soggetti partecipanti al processo di elaborazione creativa, messo in relazione con i processi più generali del gruppo disciplinare.
- 3) All' "VIII Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana, Sorrento, maggio 1988", G.C.Soavi presentò una relazione sul tema dell'Eterno Ritorno e il lavoro analitico della ripetizione trasformativa; fra gli altri elementi la relazione sottolineava, accanto e prima del valore negativo delle esperienze traumatiche, l'aspetto drammatico e di difficile trasformazione analitica, delle esperienze che *non* avevano avuto luogo, che erano *mancate* durante lo sviluppo.
- 4) Nel *Progetto per una psicologia* nel 1895, Freud descriveva le *vie facilitate* della trasmissione neurale, come vie nervose che dopo il trauma che le ha danneggiate tendono a riprodursi selettivamente anche negli eventi successivi al trauma, in termini prioritari di trasmissione *facilitata*.
- 5) In una generosa Intervista inserita in *Contributi della psicoanalisi allo studio dei gruppi* (Marinelli, 2008) René Kaës aggiunse alla descrizione dei due poli di oscillazione psichica del gruppo dalla posizione omomorfica a quella isomorfica, e viceversa, l'idea di una terza posizione che chiamò *tourbillonnaire*, nella quale l'angoscia del caos (forse *tourbillon* meglio corrisponderebbe a turbine, vertigine) e dell'esperienza di frammentazione e perdita della coesione e senso, è da lui prospettata invece come stato di attesa e previsione angosciante del cambiamento creativo. Il paradigma in quella occasione era nuovo e qui ringrazio il valente autore per questo. Nel paradigma kleiniano e bioniano PS=D il tema della creatività di PS, che sta alla base della creatività di D, maggiormente considerata, è stato individuato da un minor numero di autori (v. Eigen, 1987).

- 6) In *Totem e Tabu*, dove Freud mette a confronto il *pensiero dei selvaggi e dei nevrotici*, “l’azione magica [non] risponde al bisogno di dominare gli uomini, gli animali e le cose ... come per il primitivo...ma è un’azione che proviene dal bisogno speculativo, dalla sete di sapere per non essere sommerso dall’ignoto angosciante...I miti sessuali infantili infiltrano allo stesso modo i giochi dei bambini...: giochi del concepimento (il papà e la mamma), giochi di nascita (giocare al dottore) e soprattutto, giochi della morte, mimati dal sonno.” (Chianese D., 2009, in *Psiche e Storia*, di AA.VV. Milano, FrancoAngeli). In una nota sul gioco al dottore nell’infanzia presente nel caso clinico dell’*Uomo dei topi*, lo stesso gioco assume invece un valore di imitazione sadica.
- 7) Interessante in questa direzione la proposta di pensiero contenuta nel lavoro di B.Duez (2017-20) sulla trasmissione intragenerazionale e intergenerazionale contenuta nelle tracce impresse nei moderni oggetti tecnologici, che contengono e traghettano insieme le orme edipiche della generazione precedente; la rivolta adolescenziale; e la continuità familiare e sociale.

Bibliografia

- Baranger M., W. (1963-87), *La situazione psicoanalitica come campobi-personale*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- Bezoari M., Ferro A. (1992), Percorsi nel campo bipersonale dell’analisi: dal gioco delle parti alle trasformazioni di coppia. In *L’esperienza condivisa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Tr.it. Armando, Roma, 1971.
- Bion W.R. (1962), *Learning from Experience*. Karnac, London. Tr.it. *Apprendere dall’esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- Bion W.R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*. Tr.it. Armando, Roma 1973.
- Bion W.R. (1970), *Attenzione e Interpretazione*. Tr. it. Armando, Roma, 1973.
- Bonaminio V., Di Renzo M.A., Giannotti A. (1993), Le fantasie inconscie dei genitori come fattori Ego-alieni nelle identificazioni del bambino. Qualche riflessione su identità e falso Sé attraverso il materiale clinico dell’analisi infantile. In *Rivista di Psicoanalisi*, XXXIX, 4.
- Camassa P. (2010), Anoressia: un’epidemia del corpo come “oggetto superiore”, *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 549-559.
- Civitaresse G. (2011), *La violenza delle emozioni*. Raffaello Cortina, Milano.
- Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (2004), *Gruppi omogenei*. Borla, Roma.
- De Toffoli C., L’analista e i suoi pazienti un campo transpersonale. *Rivista di Psicoanalisi*, 2000, 2.
- De Toffoli C., Scritti, *Transiti corpo-mente*, a cura di B.Bonfiglio. FrancoAngeli, Milano, 2014.
- Duez B. (2017-20), Dalle tracce enigmatiche dell’altro nell’informatica alla folla virtuale: la funzione emissaria dell’adolescente. In “Psicoanalisi familiare” II, a cura di S.Piermattei. *Funzione Gamma*, 44.
- Eigen M. (1987), Catastrofe e fede, in *Lecture Bioniane*, a cura di C.Neri, A.Correale, P.Fadda. Borla.
- Fazio A., comunicazione personale.
- Ferenczi S. (1932), *Diario clinico*. Raffaello Cortina, Milano, 1988.
- Ferro A. (2006-08), Riflessioni preliminari su Psicoanalisi e Narratologia, in “Tempo e Narrazione”, a cura di S.Marinelli e M.Bernabei, *Funzione Gamma*, 17.
- Freud S. (1895), *Progetto per una Psicologia*. OSF, vol. 2.
- Freud S. (1912-13), Totem e Tabu, OSF, 7.
- Gatti F., Neri C. (1987), Sull’idea di scena primaria. In *Lecture bioniane*, a cura di Neri C., Correale A., Fadda P. Borla, Roma.
- Girelli R., Neri C. (2004), La nozione di malattia. Considerazioni storiche, antropologiche e cliniche. *Rivista di Gruppoanalisi*, 2, pp. 41-49.

- Kaës R. (2008). Intervista a cura di Stefania Marinelli, in: Marinelli S.(2008), *Contributi della psicoanalisi allo studio dei gruppi*. Borla, Roma.
- Lichtenberg J.D. (1995), “L’uso della scena modello nella terapia del paziente grave”. In *Psiche: Rivista di cultura psicoanalitica*, III, 2-3, pp. 43-53.
- Marinelli S. (2004), cura di, con S.Corbella e R.Girelli, *Gruppi omogenei*. Borla, Roma.
- Marinelli S. (2008), *Contributi della psicoanalisi allo studio del gruppo*. Borla, Roma.
- Mellier D. (2017). [Bebé « rivoluzionario », rito e famiglia](#), In Gruppo e Rito, a cura di A. Tirabasso. *Funzione Gamma*, 40.
- Neri C.(1995), *Gruppo*. Borla, Roma.
- Papuzza E. (2019), Recensione del Convegno “Fusionalità - Storia del concetto e sviluppi attuali” (Roma Auditorium, 23-24 aprile 2019). In *Funzione Gamma Site*, Eventi. www.funzionegamma.it
- Rouchy JC. (1998), *Le groupe space analytique*. Paris: érès. Tri it. A cura di S.Marinelli *Il gruppo spazio analitico*. Borla, Roma, 2000.
- Soavi G.C.(1988), Relazione presentata all’ “VIII Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana, Sorrento, maggio 1988”.
- Soavi G.C. (1989), Il mito dell’eterno ritorno. In *Rivista di Psicoanalisi*, 1989: XXXV; 4.
- Tagliacozzo R., Opere, cura di N.Bonanome, L.Tagliacozzo, *Ascoltando il dolore*. Astrolabio, Roma, 2005.
- Winnicott D. (1965), Fear of breakdown, *Int.Rev. Psycho-Anal.* 1965, 1, 103. Tr. it. in *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1965.

Stefania Marinelli è psicologa, psicoterapeuta e psicoanalista di gruppo; già Professore Associato Sapienza Università di Roma e direttore di *Funzione Gamma*; già membro ordinario con funzioni di Training presso l’IIPG. Presidente di Argo, Associazione per la ricerca sui gruppi omogenei; dirige la rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*, e due collane editoriali per le edizioni Borla e FrancoAngeli.

Email: stefaniamarinelli2014@gmail.com