

Il gruppo omogeneo nella clinica dei nuovi sintomi

Nicolò Terminio

«Basta far apparire al termine logico degli *altri* la pur minima disparità perché si manifesti quanto la verità per tutti dipenda dal rigore di ciascuno, ed anche che la verità, se raggiunta solamente dagli uni, può generare, se non confermare, l'errore negli altri. Inoltre, se in questa corsa alla verità si è soli, se ad accostare il vero non si è tutti, nessuno tuttavia l'attinge se non attraverso gli altri. »

J. Lacan, *Il tempo logico*

Abstract

Il presente lavoro mira a rispondere a tre domande. La prima: che cosa giustifica i cambiamenti delle forme psicopatologiche contemporanee? La seconda: perché avvalersi del dispositivo gruppale per il trattamento dell'anoressia e bulimia? La terza: quali fattori rendono terapeutico un lavoro di gruppo per dei pazienti con disturbi alimentari? La prospettiva teorica assunta fa riferimento alla psicoanalisi di orientamento lacaniano, in particolare le riflessioni elaborate negli ultimi quindici anni dallo psicoanalista Massimo Recalcati.

Parole chiave: prospettiva lacaniana , nuovi sintomi , gruppo omogeneo, discorso sociale.

Introduzione: “il collettivo è il soggetto dell'individuale”

Come scrive Lacan nell'epigrafe riportata, per il soggetto il rapporto *ad se ipsum* non è possibile senza un rapporto *ad alterum*. Questa tesi è in sintonia con quanto pensava Freud¹ per il quale il mentale è sempre già sociale e «il collettivo non è altro che il soggetto dell'individuale» (Lacan 1945, pag. 207).

In ambito psicoanalitico si osserva che nell'epoca contemporanea ai mutamenti storico-sociali si accompagna sempre più un cambiamento delle forme psicopatologiche. Tra questi “nuovi sintomi” consideriamo, ad esempio, l'anoressia: prima era la malattia delle giovani adolescenti e della borghesia, mentre adesso sta avendo una diffusione sempre più epidemica e riguarda sempre più l'infanzia e tende a cronicizzarsi nella vita adulta.

Il percorso di lettura che si propone nel presente lavoro² mira a rispondere a tre domande. La prima: che cosa giustifica questi cambiamenti delle forme psicopatologiche contemporanee? La seconda: perché avvalersi del dispositivo gruppale per il trattamento dell'anoressia e bulimia? La terza: quali fattori rendono terapeutico un lavoro di gruppo per dei pazienti con disturbi alimentari?

La prospettiva teorica che verrà assunta per affrontare la questione del soggetto nella clinica contemporanea fa riferimento alla psicoanalisi di orientamento lacaniano. In particolare vengono prese in considerazione le riflessioni elaborate negli ultimi quindici anni dallo psicoanalista Massimo Recalcati³.

Il lavoro sviluppa tre nodi tematici principali, che si articolano in modo consecutivo: dapprima vengono brevemente delineati alcuni tratti della teoria del soggetto in J. Lacan (parr. 1-2-3); successivamente viene esposta la prospettiva lacaniana sulle nuove declinazioni sintomatiche del discorso sociale contemporaneo (parr. 4-5-6); infine vengono illustrate le coordinate essenziali delle strategie psicoterapeutiche impiegate nel trattamento preliminare dei “nuovi sintomi” (parr. 7-8-9-10).

Il vertice di osservazione che si privilegia trova quindi il suo ancoraggio in una dimensione che è al contempo clinica e storico-sociale. Naturalmente l'intersezione tra questi due campi – così cruciali per il futuro della psicoterapia, nonché del soggetto *tout court* – non può essere qui pienamente tematizzata, pertanto in questo scritto si propone un “semplice” giro di lettura dei fenomeni antropologici a cui la pratica e la ricerca clinica tentano di rispondere.

1. Il soggetto dell'atto di parola

«La nozione di soggetto va sicuramente rivista a partire dall'esperienza freudiana» (Lacan 1957-1958, pagg. 44-45). Con queste parole lo psicoanalista Jacques Lacan sottolineava l'importanza del contributo di Freud per la comprensione della questione del soggetto. «L'opera di Freud è un tentativo di patto tra l'essere dell'uomo e la natura. Questo patto è cercato certamente altrove da una relazione di innatismo perché l'uomo nell'opera di Freud è sempre sperimentato a partire dal fatto che si costituisce in quanto soggetto della parola, in quanto io dell'atto di parola. Come negarlo, visto che nell'analisi non è sperimentato altrimenti?» (Ivi, pag. 415).

L'esperienza della cura psicoanalitica mette infatti in evidenza la dimensione simbolica che abita il cuore del soggetto. Per la psicoanalisi il soggetto in questione non coincide però con il soggetto della conoscenza e non equivale «al concetto di *percipiens* di quel *perceptum* che è il mondo». (Ivi, pag. 404). Lacan introduce il concetto di soggetto per rivitalizzare il concetto freudiano di inconscio, sottolinea infatti come Freud ci consegna la nozione di inconscio per chiarire la natura di quelle ragioni che, al di là del campo di giurisdizione dell'io cosciente, delineano la

trama simbolica del percorso esistenziale di ciascuno. È una sfida all'idea della ragione autonoma e a cui Lacan darà valore distinguendo l'io in quanto funzione immaginaria (*le moi*) dal soggetto in quanto funzione simbolica (*le je*).

Il "ritorno a Freud" di Lacan è contrassegnato da un aforisma: "l'inconscio è strutturato come un linguaggio". Per Lacan (1958, pag. 686) «si tratta di ritrovare nelle leggi che reggono quell'altra scena (*ein anderer Schauplatz*) che Freud a proposito dei sogni designa come quella dell'inconscio, gli effetti che si scoprono a livello di quella catena di elementi materialmente instabili che costituisce il linguaggio». Le fasi iniziali del suo insegnamento si concentrano infatti attorno alla struttura logico-linguistica dell'inconscio, dato che «Freud nota scrupolosamente il modo in cui un testo di un sogno si verbalizza, ed è sempre e unicamente a partire da questa verbalizzazione, da una specie di testo scritto del sogno, che gli sembra concepibile l'analisi di un sogno» (Lacan 1957-1958, pag. 370).

Il riferimento alla linguistica strutturale da parte di Lacan è volto a dissipare due fraintendimenti storici fondamentali dell'inconscio freudiano, in base a cui esso non sarebbe stato altro che un serbatoio di pulsazioni arcaiche o un'istanza non ancora cosciente, non ancora assorbita dal potere di sintesi dell'io. La psicoanalisi però non cerca di ricostruire il «codice della *langue*» (de Saussure 1916, pag. 24) come si propone la linguistica e neppure intende classificare le unità semantiche o narrative proprie del mondo delle passioni, ma concerne piuttosto la decifrazione di un punto di discontinuità nell'esperienza dotata di senso.

L'oggetto della psicoanalisi è dunque un punto di inciampo nel fluire della vita del soggetto, è una faglia che, con una certa ripetitività, emerge al di là del senso. Lacan chiama il luogo simbolico aperto da questa faglia verità, poiché si tratta di una questione che interroga il soggetto e che in quanto interrogativo si articola in elementi discreti, come quelli di un messaggio⁴. E il referente di questa questione-messaggio è il desiderio, concetto che nell'ultimo Lacan si trasformerà in quello di godimento.

2. L'inconscio e l'etica del soggetto

Nella clinica di Lacan il sintomo (Cfr. Soler 1992, pagg. 39-56) viene considerato nel suo statuto di messaggio, metafora e godimento, e gli algoritmi⁵ elaborati servono ad estrarre quelle leggi attraverso cui decifrare il sintomo, ma anche tutte le altre "formazioni dell'inconscio". Si tratta dei sogni, dei motti di spirito, degli atti mancati o dei lapsus. A differenza di queste ultime però il sintomo ha uno statuto temporale diverso, esso cioè ritorna a manifestarsi nella vita del soggetto con un certo carattere ripetitivo.

Nella diacronia della *parole* il fenomeno della ripetizione segue le leggi dell'inconscio (sincronia della *langue*) e trova il suo campo gravitazionale in un reale corporeo non completamente metabolizzabile nell'universo simbolico. Lacan ha definito la causa di tale ripetizione "godimento". Il godimento non è il piacere, ma esprime semmai la soddisfazione nel dispiacere, è un paradosso soggettivo per cui i pazienti arrivano a dire dei loro sintomi: "non ne posso più ma non ne posso fare a meno". In questo paradosso la psicoanalisi coglie il soggetto.

L'apporto di Lacan alla psicoanalisi si riassume nell'individuazione di due registri dell'esperienza soggettiva tra loro irriducibili: significante e godimento⁶. Se infatti all'inizio del suo insegnamento Lacan credeva di riuscire a significantizzare tutti gli aspetti dell'esperienza, nelle diverse scansioni del suo percorso teorico, arriverà a concettualizzare, attraverso la nozione di "discorso", una neo-struttura che contempla l'articolazione degli elementi significanti con un elemento che seppur non significativo è inserito in un circuito simbolico, orientandone addirittura l'economia di funzionamento. Si tratta dell'invenzione lacaniana: l'oggetto *a*. L'oggetto *a*, che *ex-siste* al di là della parola, afferra il reale del godimento e si fa oggetto causa di desiderio, «la passione unica che orienta e calamita il desiderio del soggetto» (Recalcati 2005a, pag. 82).

Sebbene l'oggetto *a* sia ciò che impedisce sempre che la simbolizzazione sia esaustiva, si configura come «la faccia docile del godimento. È il godimento in quanto il suo posto gli viene assegnato, laddove deve essere, dal significante» (Miller 1999, pag. 89).

Sono formulazioni a cui Lacan approda durante circa un trentennio. L'interrogativo a cui cerca di rispondere mira al cuore del soggetto: come è possibile intervenire con una pratica simbolica, come la psicoanalisi, su un modo di godimento che sta al di là del simbolico⁷? Nell'affrontare questa questione Lacan cerca di coniugare le due linee di forza concettuali dominanti il pensiero filosofico contemporaneo, quella di matrice fenomenologico-esistenziale e quella linguistico-strutturale. La pratica clinica che si ispira all'insegnamento di Lacan non consegna infatti la cifra etica del soggetto ad un determinismo strutturale, ma ne preserva la posizione particolare, in virtù della quale un soggetto potrà scegliere la sua apertura all'*ex-sistenza*.

«Se non ci fosse scelta, perché autorizzare un soggetto a rimettere in gioco nell'esperienza analitica la sua propria posizione? A mio avviso l'analista non riceve casi clinici: siamo noi a trasformarli, per le nostre elaborazioni di sapere, in casi clinici. Lo psicoanalista, se riceve dei casi, riceve casi etici. [...] L'etica concerne l'*ex-sistenza*, cioè la dimensione impensabile in cui si decide la posizione soggettiva, la scelta» (Miller 1983, pag. 275).

3. L'Altro e il discorso sociale

Nella prospettiva psicoanalitica il rapporto del soggetto *ad se ipsum* non è possibile senza un rapporto *ad alterum*. È proprio grazie all'Altro che il soggetto può ritrovarsi nella sua dimensione simbolica: «l'Altro è il luogo ove si costituisce colui che parla con colui che ascolta [...]. L'Altro deve essere considerato anzitutto come un luogo, il luogo in cui la parola si costituisce» (Lacan 1955-1956, pagg. 323-324).

Come nasce l'Altro nella nostra esistenza? In psicoanalisi – ma anche negli studi della teoria dell'attaccamento e nell'*infant research*⁸ – si fa riferimento alle prime cure che il bambino riceve dai *caregivers*: in questo periodo inizia a configurarsi un rapporto con un Altro che non dà soltanto soddisfazione ai bisogni, ma fa delle sue attenzioni un segno d'amore. Inoltre ai pianti e ai sorrisi del bimbo viene attribuito un senso. È in questa fase precoce della vita che inizia a costruirsi quel rapporto con un Altro che per primo dona un senso a ciò che viviamo semplicemente come una sensazione. L'Altro traduce in parole, in significati, quel reale che si fa sentire nell'esistenza di ciascuno. Inizia lì, ma continua poi per tutta la vita, perché la crescita e l'incontro con il nuovo ci espongono sempre alla necessità di dare un senso a ciò che ci sta accadendo. In questo percorso antropologico ci affidiamo all'Altro, che se dapprima veniva incarnato dai genitori – che lo veicolavano attraverso l'educazione – con il tempo si estende a tutti coloro che possono trasmettere dei valori, una tradizione culturale e spirituale. Il soggetto dunque è epigeneticamente strutturato dalla relazione che instaura con l'Altro e con la cultura della sua epoca (discorso sociale).

Ciò che i pazienti dicono in seduta è indicativo della loro posizione soggettiva rispetto all'Altro, un Altro che vediamo rappresentato anche dal discorso sociale. Possiamo notare quindi che l'ambito degli interventi psicoterapeutici, sebbene sia confinato alle stanze di consultazione, si apre non solo sui fenomeni psicopatologici, ma anche sulla loro intersezione con il discorso sociale dominante. I labirinti delle vicissitudini sintomatiche ci indicano infatti le modalità particolari con cui un soggetto si inserisce nel legame sociale.

4. Il Nome-del-Padre e i classici sintomi nevrotici

Nella prospettiva qui delineata la cultura rappresenta la dimensione sociale degli eventi psichici e la soggettività individuale rivela a sua volta la dimensione psichica degli eventi sociali e ambientali. Nel vissuto umano c'è quindi un nodo strutturale tra soggetto e storia, un nodo che si iscrive grazie ad una funzione simbolica che in ambito psicoanalitico lacaniano viene chiamata "Nome-del-Padre".

Il Nome-del-Padre non coincide con il padre reale, ma corrisponde piuttosto con la funzione paterna. Nell'insegnamento di Jacques Lacan il Nome-del-Padre è un operatore psichico che consente al soggetto di accedere alla funzione simbolica, alla possibilità cioè di dare un senso all'esperienza. A rigore, il Nome-del-Padre è la condizione di possibilità perché un soggetto diventi soggetto d'esperienza, di un'esperienza propriamente umana⁹.

La funzione paterna inserisce il soggetto in un'invisibile trama simbolica che umanizzando il desiderio instaura una progettualità intramondana¹⁰. Nell'apertura all'esistenza il soddisfacimento *pulsionale* non è mai riducibile ad uno sfogo *istintuale*, poiché nell'uomo l'esperienza di soddisfacimento è, sin dalla nascita, strutturalmente legata alla presenza dell'Altro. Il marchio simbolico del Nome-del-Padre articola la pulsione – intesa come «uno dei concetti che stanno al limite tra lo psichico e il corporeo» (S. Freud 1905, pag. 479) – con l'inserimento nella dialettica Soggetto-Altro, dialettica che abita il cuore del soddisfacimento libidico.

Nel periodo storico in cui Freud scopri e inventava la psicoanalisi il desiderio inconscio si manifestava come una irriducibile spinta al soddisfacimento¹¹ e affinché il soggetto potesse partecipare alla condivisione dei valori comuni doveva rinunciare a una parte del suo godimento¹². La funzione d'interdizione e la rinuncia pulsionale che attraversava il complesso d'Edipo rispondeva alle esigenze normative del legame sociale. Tutto questo era la fonte di quel disagio che poneva in conflitto soggetto e civiltà¹³: i sintomi, che nella prima parte del XX secolo portavano le persone a chiedere una consultazione, erano la forma metaforica di un desiderio inaccettabile per le istanze etiche del soggetto.

I classici sintomi nevrotici rappresentano infatti un'incrinatura dell'identificazione al ruolo sociale, si insinuano come una faglia nella vita troppo levigata del soggetto e la disarticolano dal suo interno. I sintomi decifrati da Freud¹⁴ sono le righe scritte da una passione inaccettabile, che riaffiora tra le maglie incerte della “feroce coazione” ad adeguare la propria vita alle esigenze della società¹⁵.

5. L'evaporazione del Nome-del-Padre e i nuovi sintomi

Nell'epoca contemporanea le manifestazioni sintomatiche hanno smesso di veicolare la corrente inconscia del desiderio, suturando quella divisione soggettiva che tormentava il classico nevrotico, tutto preso dal dilemma su come dar voce alla verità nascosta dei suoi sintomi. I nuovi paradigmi clinici non sono più i rappresentanti di una discrepanza tra il desiderio soggettivo e le richieste della società, non sono l'indice di quella questione che pone il soggetto in *impasse* rispetto all'Altro¹⁶.

La clinica dei nuovi sintomi è una “clinica del vuoto” (Recalcati, 2002), dove osserviamo un utilizzo ipertrofico della maschera. La maschera non esprime una difficoltà nell’identificazione, si configura semmai come un eccesso di identità che non lascia posto ad un’apertura verso l’alterità. Il sintomo odierno è l’ipertrofia dell’Io, che esclude la possibilità di un rapporto dialettico tra il proprio desiderio e l’Altro: non c’è alcuno spazio simbolico per la dimensione particolare del desiderio, che piuttosto viene alienata in una saturazione narcisistica. Mentre la clinica della nevrosi trova il suo perno nella rimozione¹⁷ e i sintomi sono il segno di una “mancanza a essere”, ossia di un’enunciazione che non si lascia cristallizzare nella serie degli enunciati (Cfr. Licitra Rosa 1999, pagg. 84-123), la clinica del vuoto si costituisce nel segno di una rottura del legame con il Simbolico e rigetta quindi ogni questione rispetto al desiderio e all’Altro.

I nuovi sintomi (attacchi di panico, anoressie, bulimie e nuove forme di dipendenza) non sono più la metafora di un significato rimosso, ma rappresentano sempre più la spinta ad agire, scavalcando la mediazione del simbolo, mostrando un godimento mortifero e senza dialettica con l’Altro. Il fondo psicotico (Recalcati 2000, pagg. 133-156) della clinica contemporanea riguarda in effetti proprio questa debolezza nei confronti del godimento (effetto dell’evaporazione della funzione del Nome-del-Padre¹⁸) che va di pari passo con il ritorno dei sintomi sul corpo del soggetto. «Anoressia, bulimia, tossicomania e attacchi di panico mostrano la varietà di questi ritorni e il loro motivo comune: la parola è surclassata dal godimento come evento del corpo» (Recalcati 2004, pag. 49). I sintomi contemporanei sono quindi marcati da un eccesso libidico che scarta la funzione della parola.

L’anoressia o le tossicomanie aprono uno scenario psicopatologico che esclude il riferimento all’Altro e si configurano come il tentativo di fare barriera alla relazione intersoggettiva. L’anoressia è infatti la drammatica messa in atto del rifiuto dell’Altro. L’uso di sostanze stupefacenti è invece il ricorso ad un oggetto che consente di godere, facendo però a meno della presenza di un altro soggetto. L’attacco di panico e la depressione sono un altro indice di questa vacillazione profonda delle fondamenta del soggetto e del legame interpersonale: il panico fa emergere infatti la vita fuori da qualsiasi rappresentazione e da qualsiasi limite, mentre la depressione evidenzia lo svuotamento del desiderio, che strutturalmente si configura come desiderio del desiderio dell’Altro (Cfr. Zuccardi Merli, 2005). Assistiamo al passaggio dalla dialettica del desiderio al nichilismo dell’Altro. Questa tendenza auto-segregativa è un aspetto che in modo più diffuso investe anche altri livelli del vivere contemporaneo: basti pensare all’acquisto sproporzionato di oggetti-gadgets (ormai unica meta del desiderio) (Cfr. Manzetti 2001-2002, pagg. 102-104) o alla ricerca del godimento fine a se stesso.

6. Discorso sociale contemporaneo e discorso psicoanalitico

Jacques-Alain Miller ha scelto, partendo dall'insegnamento di Lacan, di chiamare il regime di funzionamento attuale della civilizzazione, "l'epoca in cui l'Altro non esiste"¹⁹. Nella contemporaneità il rapporto con l'Altro è segnato dal declino del Nome-del-Padre, declino che lascia il soggetto privo di riferimenti simbolici. Il tramonto della funzione (edipicamente) strutturante dell'Ideale ha lasciato il posto ad un imperativo che impone una spinta all'eccesso. Nell'epoca contemporanea l'unico Ideale è infatti quello (anti-ideale), cinico, della spinta a godere. Tra Freud e noi passa lo spartiacque di un mutamento socio-culturale che ha visto la trasformazione del messaggio delle istanze sociali: dall'interdetto rivolto al desiderio si è passati ad un invito a godere in modo sempre più eclatante.

Nelle formule di Miller la struttura di questo fenomeno viene espressa con "I < a", l'Ideale ha cioè perso valore rispetto al godimento (Cfr. Miller, Laurent 1997, pagg. 15-63). In un suo recente lavoro Miller osserva però come questa formula, oltre ad indicare la cifra del discorso sociale contemporaneo, indichi anche il risultato del discorso psicoanalitico (Miller 2004, pagg. 17-34). Ma mentre la psicoanalisi opera una disgiunzione che separa l'Ideale dall'oggetto *a*, simbolizzando quel godimento²⁰ insito nell'identificazione all'Ideale, il discorso contemporaneo della civiltà opera la stessa disgiunzione inducendo però una idealizzazione della de-idealizzazione e incoraggiando un consumo sempre più eclatante dell'oggetto, che però non è mai il proprio oggetto *a*. Il discorso consumistico illude le masse di trovare il proprio oggetto *a* per poi alimentare ipnoticamente²¹ il circuito infinito del suo consumo, nel rimando da un oggetto al successivo. Il rapporto con la particolarità del proprio desiderio viene assorbito nella spersonalizzazione del consumo degli oggetti, che riduce il soggetto a solo elemento di una massa.

Se il valore simbolico degli Ideali non organizza più lo stile di vita del soggetto, assistiamo allora ad una deriva soggettiva in cui il percorso esistenziale di ciascuno è ridotto a una modalità di godimento, a una modalità di consumo della vita. L'eclissi degli Ideali favorisce inoltre le personalità narcisistiche: «è sempre più difficile, in assenza di ideali comuni, che ci si interessi del proprio vicino e quindi in effetti ci sono più personalità narcisistiche e ciò modifica la clinica» (Laurent 1997, pag 49). Se si assiste all'evaporazione di quella funzione da cui scaturisce il senso dell'esperienza umana, in nome di cosa si può interferire nelle pratiche di godimento di qualcuno? «Sono le questioni di ordine pubblico che appaiono regolarmente perché in fondo nessuno può dire di no a un modo di vita che afferma il godimento rivendicato come tale» (*Ivi*, pag. 50).

Ecco come il disagio della civiltà contemporanea si riflette sul disagio della clinica, malessere a cui la psicoanalisi è chiamata a rispondere nel chiuso (solo in apparenza) di una stanza²².

7. Una questione preliminare al trattamento dei nuovi sintomi: “l’inclinazione olofrastica”

In un percorso psicoanalitico l’attenzione viene centrata su due versanti dell’esperienza del soggetto: la pulsione e l’intersoggettività (Miller 2002, pagg. 137-139). Parlare di pulsione equivale a specificare i modi di godimento del soggetto, ossia la coazione a ripetere del sintomo che si contrappone ad una possibile sublimazione. Quando invece si osserva il rapporto del soggetto con l’Altro si considerano le vicissitudini delle identificazioni che hanno guidato il paziente nella sua storia.

Quindi il cambiamento psicoterapeutico riguarda da un lato la possibilità di *sublimare* quel godimento che resisteva ad ogni dialettica con il senso (per esempio una bulimica che passa dalla solitudine del vomitare al cantare in un coro²³) e dall’altro la *separazione* del soggetto da quelle identificazioni che erano fonte di sofferenza nel suo rapporto con l’Altro.

La clinica dei nuovi sintomi pone maggiormente l’accento non più sull’amore e sulla dialettica del desiderio, ma sull’*anti-amore* e sull’autismo del godimento: il godimento cancella la dimensione dell’incontro con l’Altro e l’oggetto d’amore diventa un oggetto di godimento. La sfida psicoterapeutica dell’epoca contemporanea si confronta quindi con maggiore pressione con quella dimensione dell’esperienza soggettiva che si situa al di là del significato, un punto dell’esperienza che la parola non riesce a saturare. In ambito lacaniano questa è la sfera del “reale”.

Occorre distinguere questa accezione del reale dalla realtà: il reale lacaniano è ciò che non va, ciò che non funziona; il reale indica quella dimensione soggettiva che non tiene assolutamente conto dell’adattamento alla realtà. Il reale orienta l’economia pulsionale del soggetto e definisce il suo rapporto con il godimento. Il godimento non è però articolabile in una dialettica intersoggettiva, non tiene conto dell’Altro perché appartiene ad una dimensione indivisibile e non civilizzata. Il godimento è l’anti-amore del soddisfacimento libidico.

Il godimento, inoltre, non deve essere inteso solo come piacere, poiché si configura semmai come un misto di piacere e dolore. Lacan designa con il concetto di godimento (*jouissance*) una «soddisfazione autodistruttiva, maligna, spinta libidica irresistibile verso qualcosa che arreca al soggetto una sofferenza che lo fa godere» (Cosenza 2003, pag. 29). In riferimento alla clinica, questa pulsione autodistruttiva

– la pulsione di morte di Freud – è rintracciabile per esempio nella relazione del tossicomane con la droga o nel rapporto della bulimica con il cibo.

Le forme contemporanee della clinica pongono ancor di più il problema del trattamento del godimento, ossia di ciò che è refrattario alla dimensione della parola e che il paziente indica come “ciò che è più forte di me”. Se nella clinica della nevrosi questo aspetto è ciò che si fa cifra sintomatica di una sofferenza soggettiva, nella clinica del vuoto il sintomo non è metafora del soggetto dell'inconscio, ma è segno di un regime di godimento da tutelare o ripristinare.

In sede di primo colloquio può capitare di ascoltare una bulimica che ci chiede di aiutarla a ridiventare anoressica, perché per lei la bulimia è solo un inceppamento del funzionamento anoressico: “nel comportamento sono una bulimica, ma di testa sono un'anoressica”²⁴. In questo enunciato osserviamo l'assenza di una messa in questione del sintomo, che si presenta invece come la maschera garante di un'identità. Dietro questa maschera potrebbe però esserci il niente, potrebbe cioè nascondersi l'assenza di un'iscrizione effettiva nel campo dell'Altro. In questi casi sarà cura del clinico saper interrogare la struttura psichica che si cela dietro questo fenomeno. «Ovvero: ciò che ritorna è dell'ordine del rimosso o del forcluso? È questa in effetti la discriminazione fondamentale che occorre poter stabilire di fronte al ritorno del reale nell'economia del soggetto anoressico-bulimico» (Recalcati 1998, pag 39).

Il punto cruciale nella diagnosi è stabilire dunque la differenza tra nevrosi e psicosi, a partire da un sintomo che però rimane solo segno e che non rivela alcun significato rimosso. Nella prospettiva sviluppata da Recalcati e dal suo gruppo di ricerca l'anoressia e la bulimia sono infatti indice di una “posizione del soggetto” e non di una struttura nevrotica o psicotica. Sarà il lavoro svolto nei colloqui preliminari a chiarire la diagnosi di struttura e da lì il sintomo verrà interrogato nella sua valenza metaforica (nevrosi) o verrà garantito in quanto supplenza all'assenza forclusiva del Nome del Padre (psicosi).

«Nella clinica dell'anoressia-bulimia il fenomeno tende a coprire con la sua univocità seriale la differenzialità della struttura» (*Ivi*, pag. 45). I nuovi sintomi sono l'indice fenomenico di un'identità solidificata in «un cortocircuito olofrastico che non concatena in una logica significante il senso ma lo abolisce, lo pietrifica» (*Ivi*, pag. 46).

Il concetto di “olofrase” – mutuato dalla linguistica e ripreso da Jacques Lacan²⁵ – indica una parola con significato equivalente a quello di un'intera frase²⁶. Lacan «livella così l'olofrase alla solidificazione della coppia di significanti $S_1 S_2$. Ora, lo ricordiamo, il significante non può designarsi da solo, ma è designato da un altro significante. Tra un significante e il significante con cui il primo significante è designato c'è una non-coincidenza, una faglia, un intervallo, che permette ci sia meta-

fora, e cioè che ogni significante possa venire al posto di un altro e produrre così una certa significazione. Essa fonda nello stesso tempo il desiderio dell'Altro, per il fatto che questo desiderio può essere così interrogato da parte del soggetto» (Stevens 1983, pagg. 89-90).

«L'inclinazione olofrastica del discorso» (Recalcati 1997, pag. 216) produce quindi un effetto di congelamento della dialettica tra il Soggetto e l'Altro, dove il sintomo non diviene metafora di una verità rimossa, ma custode di un Io che fa a meno dell'Altro. Ecco perché, a differenza della classica nevrosi, il paziente chiede soltanto di "aggiustare" il funzionamento del suo Io senza voler sapere quali implicazioni intersoggettive siano nascoste nel suo sintomo. La clinica del vuoto si configura dunque come un'esclusione a priori dell'Altro, il vuoto non è aperto sull'Altro.

Nell'epoca contemporanea la diffusione epidemica di certi sintomi psicopatologici ci induce a diagnosticare un nuovo scenario relazionale. Nella classica nevrosi l'Altro viene implicato nella verità rimossa del sintomo, per cui il soggetto si rivolge al terapeuta in quanto incarnazione dell'alterità, ponendolo nella posizione di "soggetto supposto sapere": "Ti parlo perché tu sei in grado di ascoltare la verità che mi sfugge". Nella clinica del vuoto invece il paziente non si presenta come soggetto diviso dal proprio sintomo, poiché il soggetto è alienato in un'identificazione con il sintomo – "sono un'anoressica", oppure "sono un depresso" – che non viene interrogata nella sua valenza metaforica, ma solo nei suoi aspetti comportamentali, non simbolici. Nei nuovi sintomi la domanda di aiuto tendenzialmente è refrattaria alla dimensione della parola, si articola su uno sfondo alessitimico²⁷, da cui deriva la precarietà del legame transferale, ossia della domanda di senso che viene rivolta all'Altro, al Soggetto-Supposto-Sapere.

Nel caso dell'anoressia, ad esempio, il sintomo «non dà luogo alla domanda perché si configura già come una risposta del soggetto rispetto a ciò che l'Altro vuole da lui: l'Altro vuole che mangi e il soggetto a questa domanda risponde con un no inflessibile!» (Recalcati 1999, pag. 145).

La caratteristica anti-metaforica della domanda apre allora la questione del trattamento preliminare della domanda, affinché il paziente possa riconoscere l'enigma (il sintomo-messaggio) che potrebbe coinvolgerlo in una domanda inedita sulla propria verità. Il tempo preliminare della cura contempla dunque un percorso diagnostico da cui poter ricavare le coordinate per la direzione della cura²⁸, ma anche un processo di "rettifica" dei rapporti del Soggetto con l'Altro.

8. Sulla soglia dell'Altro

Nella cura psicoanalitica classica il tempo preliminare serve a produrre una “rettifica soggettiva”²⁹, ossia la responsabilizzazione del soggetto all’interno del discorso di cui si fa portatore. Questa fase è cruciale affinché il soggetto possa riconoscere la parte che egli ha nel mantenimento della sofferenza di cui si lamenta e per cui chiede aiuto. La rettifica preliminare consiste dunque nel trasformare la domanda iniziale per aprire nel soggetto un’interrogazione sulla propria implicazione etica nella causa della sua sofferenza.

Questo passaggio trova comunque il suo presupposto nella tendenza del soggetto ad indirizzare all’Altro la questione che egli è. Nel caso dei nuovi sintomi invece le condizioni di possibilità per l’entrata del soggetto nella cura pongono «la questione di un *preliminare ai preliminari* classicamente intesi» (Lolli 2004, pag. 11). L’aspetto monolitico di un godimento che non si lascia condizionare dal legame intersoggettivo «sembra introdurre la necessità di pensare [...] ad un’iniziale soglia da attraversare affinché il soggetto possa accedere alle fasi seguenti della cura. È la soglia di un *primo trattamento* del godimento che riapra il soggetto ad una minima, appena abbozzata, dialettica con l’Altro» (*Ibidem*).

Il problema della clinica contemporanea è che il sintomo non ha più qualcosa da dire, è solamente un segno che non allude ad alcun senso, è semmai completamente appiattito sulla dimensione dell’agire³⁰. La dimensione olofrastica dei nuovi sintomi impone di “operare preliminarmente una rettificazione dell’Altro anziché del soggetto”. Solo in questo modo il soggetto potrà sganciarsi dalla sua posizione anti-dialettica. L’aspetto olofrastico della clinica del vuoto nasce infatti come risposta, come barriera rispetto ad un Altro che lo asfissia con il soddisfacimento del bisogno, lasciando però intatta la dimensione del segno d’amore, di quel segno che particolarizza le cure “materne”. Si tratta qui di un Altro che non lascia spazio per la particolarità del soggetto, che tende cioè ad assorbirlo tutto, ad “assoggettarlo”. Questa saturazione del campo relazionale – olofrasizzazione in termini più lacianiani – impedisce al soggetto di tracciare la lettera singolare del proprio desiderio che rimane perciò in balia delle determinazioni dell’Altro.

Cosa significa dunque rettificare l’Altro? «Significa incarnare come analista un Altro diverso da quello reale che il soggetto ha incontrato nella sua storia e che si presenta come un Altro incapace di operare con la propria mancanza. Si tratta innanzitutto di dire di ‘sì’ al soggetto, dunque di incarnare un Altro che sappia non escludere, non cancellare, non rifiutare, non azzittire, non riempire, non soffocare, non tormentare» (*Ivi*, pag. 31). Da qui possono aprirsi per il soggetto nuove condizioni per un possibile legame con l’Altro.

Nella clinica del vuoto «il nostro lavoro clinico inizia necessariamente come un lavoro preliminare sulla domanda» (Recalcati 2005b, pag. 84). È importante che il lavoro preliminare non coincida con un lavoro della risposta, il rischio sarebbe

quello di mettersi nella stessa posizione di un Altro che con il suo sapere non lascia spazio alla parola particolare del soggetto.

Il tipico lavoro della risposta è rappresentato dalle prescrizioni di stampo comportamentale che intendono trasmettere al soggetto un sapere a proposito della gestione del suo sintomo. L'Altro che può comparire in questi casi – anche se mosso dal desiderio di aiutare – è un Altro che assume le sembianze dell'intruso e che inevitabilmente conduce ad un irrigidimento dell'identificazione olofrastica del soggetto. Si tratterebbe di una collusione – anche se inconsapevole – con il sintomo. La somministrazione di un progetto educativo o comportamentale sarebbe, ad esempio, l'occasione per presentificare l'angoscia fondamentale del soggetto anoressico, cioè di essere divorato, di essere completamente assorbito dal sapere e dalla volontà dell'Altro.

9. Il gruppo omogeneo come preliminare

Come affrontare dunque l'identificazione olofrastica che caratterizza i nuovi sintomi? Una delle tattiche più efficaci che è stata elaborata nel corso degli ultimi quindici anni³¹ contempla l'utilizzo del dispositivo gruppale, in particolare del piccolo gruppo monosintomatico. La scelta di formare dei gruppi omogenei per patologia è infatti solo un espediente terapeutico che si propone di far passare il soggetto dall'identificazione anonimizzante offerta da un "sintomo alla moda" (anoressia-bulimia, attacchi di panico, depressioni, nuove forme di dipendenza) all'estrazione della cifra particolare della propria differenza.

Quindi da un lato la rettifica dell'Altro implica una rettifica dell'offerta – la posizione del terapeuta non è quella di un esperto dell'alimentazione, ma di un esperto dell'ascolto – e dall'altro l'esclusione della dimensione intersoggettiva viene affrontata attraverso il piccolo gruppo monosintomatico³².

Nello specifico il dispositivo gruppale, così come lo ha elaborato Recalcati, trae la sua efficacia da sei "variabili di processo"³³. Le operazioni della cura che fondano «la produttività analitica di questo dispositivo» (Recalcati 2005b, pag. 89) contengono:

- a) *Istituzione della tavola dell'Altro*. Questo è un primo passaggio importante, soprattutto nei disturbi alimentari: una giovane paziente anoressica quando pranzava con i genitori mangiava nella stessa tavola, ma con una tovaglietta a parte, che separasse gli spazi. Il gruppo, grazie al sentimento di appartenenza che attiva, si configura come un modo per aggirare «la solitudine mortifera del godimento sintomatico» (Ivi, pag. 89).
- b) *Annodamento della pulsione di morte*. Il livello minimo di socialità offerto dal gruppo può deviare e arginare gli effetti distruttivi della pulsione di morte, «il 'nodo' del gruppo può interporsi tra il soggetto e l'oggetto della sua

passione maledetta» (*Ivi*, pag. 91): oltre al cibo o alla droga può esserci uno spazio per la parola.

c) *Riattivazione dell'alienazione significante* (*Ivi*, pag. 91). La dimensione della parola impone al soggetto una perdita, la parola cioè non può dire tutto del suo essere; per partecipare al legame con gli altri il soggetto deve dunque sottoporsi alla legge del significante, che non cattura del tutto il significato.

d) *Metonimia Vs identificazione*. «La dimensione plurima della parola nell'ambito del piccolo gruppo» può produrre uno scivolamento del discorso in base a cui «la parola dell'uno viene ripresa e rilanciata nella parola di un altro a partire, appunto, dalla risonanza di senso che essa è in grado di promuovere» (*Ivi* pag. 92). E questo è un fenomeno che si situa in controtendenza rispetto al congelamento olofrastico del discorso.

e) *Estrazione Vs identificazione*. Il piccolo gruppo si costituisce inizialmente sull'illusione di una reciprocità garantita dall'omogeneità del sintomo: si tratta di una “comunanza immaginaria”, che però sostiene il legame. La logica dei gruppi monosintomatici ad orientamento analitico intende però «rompere l'omogeneità dell'identificazione anonima al sintomo per estrarre il nome proprio del soggetto» (*Ivi* pag. 94). Il desiderio dell'analista si situa qui come quel fattore che mantiene aperta “la mancanza dell'Altro”, fa decadere cioè il potere totalizzante dell'identificazione generica.

f) *Drammatizzazione del transfert* (*Ivi* pag. 95). Nel dinamismo gruppale il soggetto può incontrare delle situazioni contingenti in grado di attivare “la ripetizione fantasmatica” che muove il suo sintomo e qui gli altri membri del gruppo partecipano ad una “psicodrammatizzazione collettiva” da cui può scaturire un significato inedito.

Come osserva Recalcati, il gruppo non è di per sé terapeutico se non è guidato dal desiderio dell'analista. L'analista si configura però come “una guida che segue”, non come l'Altro che esercita il potere di determinazione della verità del soggetto. Il desiderio dell'analista sostiene l'enigma di un'enunciazione che scavalca la condensazione degli enunciati, si tratta di un desiderio che punta all'al di là della parola – cioè all'oggetto *a* – ma sempre a partire dalla parola: il reale viene circoscritto con il simbolico. La psicoanalisi rimane quindi all'interno del discorso della civiltà, nonostante abbia come oggetto ciò che rimane in esilio rispetto alla civilizzazione. In questa prospettiva il piccolo gruppo monosintomatico si configura come una strategia preliminare per il trattamento dell'omogeneità dei nuovi sintomi, con lo scopo di offrire al soggetto l'occasione per ricostituire le condizioni di possibilità per la dialettica della parola.

10. Dai colloqui preliminari alla cura dell'anti-amore: una sfida esistenziale

Dopo il tempo preliminare il soggetto può entrare effettivamente nel dispositivo della cura: affronterà i tornanti di un percorso che circoscrive i suoi rapporti con il reale. Fino alla fine dell'analisi il reale rimane però come una zona interdotta, c'è sempre un resto, che è poi anche la parte più intima del soggetto. Durante la cura psicoanalitica il soggetto impara a gestire (a saperci fare con) questo fulcro indicibile, facendo però a meno di tutte le sue costruzioni sintomatiche. In seduta il paziente fa fluire il suo discorso e i tagli e le interpunzioni³⁴ del terapeuta limano la direzione di una cura in cui «la parola collega la traccia visibile alla cosa invisibile, alla cosa assente, alla cosa desiderata o temuta, come un fragile ponte di fortuna gettato sul vuoto» (I. Calvino 1988, pag. 85). La psicoanalisi rilancia la sfida, l'apertura del simbolico per quel reale che si fa spazio nel vuoto soggettivo della clinica contemporanea.

Il nuovo (o cambiamento) concerne la possibilità del soggetto di ristoricizzare la sua vita, di sospendere ciò che si era istituito fino ad allora, schiudendo una dimensione esistenziale che possa agganciarsi al desiderio dell'Altro.

Possiamo accostare il lavoro psicoanalitico, in quanto pratica simbolica, alla poesia, e definirlo quindi «come una sfida. La sfida di dire ciò che è 'impossibile dire', la sfida di dire il reale. Di operare, con strumenti simbolici, laddove l'umano è abitato dal fuori-simbolico» (Lolli 2004, pag. 14).

La scelta esistenziale avviene dunque sullo sfondo di un "impossibile a dire" e conduce ad un autentico rapporto con l'Altro, poiché sulla base della sua inconsistenza, ossia nell'impossibilità dell'Altro a chiudersi sul soggetto fino a diventare Uno, emerge la radicale alterità del soggetto.

Note

¹«Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto, in quest'accezione più ampia ma indiscutibilmente più legittima, la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale» (S. Freud 1921, pag. 261).

²Questo contributo, pubblicato qui per la prima volta, è frutto dell'elaborazione personale avvenuta all'interno del *Cartel* su "Gruppo e Istituzioni" della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi. Agli altri membri del *Cartel* va un mio sentito ringraziamento; essi sono: Emanuela Mogliani, Fabiana Radicati, Patrizio Romano e Sergio Sabbatini (quest'ultimo nel ruolo di "più uno"). – Solo per una maggiore chiarezza: il *Cartel* è un piccolo gruppo di lavoro, concepito da Jacques Lacan come "l'organo di base" della sua Scuola. Questo piccolo gruppo è un dispositivo che si propone di articolare il lavoro del gruppo con l'elaborazione particolare di ciascuno.

³Recalcati è psicoanalista e autore di diverse pubblicazioni in cui si è occupato dell'applicazione del gruppo monosintomatico al trattamento dell'anoressia-bulimia. Nel suoi lavori il riferimento teorico e clinico all'insegnamento di Lacan è sempre puntuale, antidogmatico e aperto al dialogo con altre prospettive. Ecco, ad esempio, come conclude l'introduzione del suo ultimo libro sul gruppo, *L'omogeneo e il suo rovescio*: "Un dialogo invisibile tra Lacan e Bion scorre tra pratica della psicoanalisi e riflessione teorica e costituisce lo sfondo più dottrinale di questo lavoro. Sebbene qui non sia ancora compiutamente formalizzato questo dialogo costituisce sempre più per me un riferimento imprescindibile nel mio lavoro coi gruppi".

⁴«In una frase pronunciata, scritta, qualcosa viene a incespicare. Freud è calamitato da questi fenomeni ed è lì che va a cercare l'inconscio. [...] Dunque la forma essenziale in cui ci appare inizialmente l'inconscio come fenomeno è la discontinuità – discontinuità in cui qualcosa si manifesta come un vacillamento» (J. Lacan 1964, pag. 26).

⁵Per approfondimenti su questo punto si rimanda a J.-L. NANCY, P. LACOUÉ-LABARTHE (1973), *Il titolo della lettera. Una lettura di Lacan*, Astrolabio, Roma 1980, pp. 38-52; J.-A. MILLER (1978), *Algoritmi della psicoanalisi*, in ID., *I paradigmi del godimento*, Astrolabio, Roma 2001, pp. 73-82; J.-A. MILLER (1980-1984), *Schede di lettura lacaniane*, in J. LACAN, *Il mito individuale del nevrotico*, Astrolabio, Roma 1986, pp. 73-105; J.-A. MILLER (1997), *L'apparato per psicoanalizzare*, in ID., *I paradigmi del godimento*, Astrolabio, Roma 2001, pp. 113-131.

⁶Per un approfondimento si rimanda a J.-A. Miller (1999), *I sei paradigmi del godimento*, in n. 26 *La Psicoanalisi* (1999), pp. 15-54.

⁷«In fondo il problema del caso è come una pratica simbolica, come quella della psicoanalisi, possa interferire e modificare una pratica pulsionale come quella bulimica. Quindi la difficoltà del caso è misurare l'azione del simbolico nel modificare, nel trattare la spinta della pulsione» [M. Recalcati in J.-A. Miller (a cura di), *Tu puoi sapere... come si pratica. La Conversazione di Bologna*, Astrolabio, Roma 2002, p. 142].

⁸Si pensi agli studi pioneristici di John Bowlby e alle più recenti ricerche di Peter Fonagy e Daniel Stern.

⁹Paradigmatica a questo proposito la lezione della psicopatologia psicotica: l'eclissi del significato dell'esistenza mette in luce ciò che ci rende umani proprio nel momento del suo dissolvimento. Per approfondimenti su questi temi si rimanda a G. Benedetti (1992), *La psicoterapia come sfida esistenziale*, Cortina, Milano 1997.

¹⁰Nella lettura lacaniana dell'opera di Freud il complesso d'Edipo è il mito dove vengono indicati quegli operatori psichici che introducono il soggetto in un mondo attraversato e ristrutturato dal simbolico. Lacan (1957-1958) distingue "tre tempi",

ossia tre scansioni logiche che si svolgono in una certa successione cronologica. In un primo tempo, in una fase precoce dello sviluppo, il bambino sente di essere tutto per la madre, ciò che l'appaga completamente. L'entrata in scena del Nome-del-Padre segna la separazione della coppia madre-bambino, instaurando il passaggio da questa dialettica immaginaria al secondo tempo dell'Edipo: quello dell'interdizione paterna. La funzione paterna opera una duplice manovra d'interdizione (castrazione simbolica), rivolgendosi sia al bambino che alla madre: quest'ultima non può più soddisfarsi completamente nel bambino, che a sua volta viene sganciato dall'identificazione fallica. La legge veicolata dal Nome-del-Padre non è però soltanto un'interdizione del godimento, infatti il tramonto dell'Edipo apre al bambino una dimensione che sta al di là del sacrificio del suo godimento. In questa terza fase, definita da Lacan la tappa "feconda", la funzione del padre consiste nel fornire al soggetto un modello in cui identificarsi, ma questa volta su un piano simbolico. Il padre risarcisce il sacrificio pulsionale del bambino con un dono simbolico: un ideale che struttura nel soggetto l'annodamento tra legge e desiderio. Freud indicava con questo concetto l'"Ideale dell'Io". L'intervento del Nome-del-Padre è dunque necessario affinché il soggetto trovi posto in un apparato simbolico. Questo è il carattere duplice della funzione paterna dal punto di vista della legge: da una parte l'interdizione e dall'altra, l'abilitazione al desiderio.

¹¹Nel saggio intitolato *Al di là del principio del piacere* (1920) Freud metteva in luce la tendenza al godimento maligno, inassimilabile ad un principio omeostatico, che caratterizza gli esseri umani, definendola pulsione di morte.

¹²Nella teoria freudiana la pulsione di vita (*Éros*) viene distinta dalla pulsione di morte (*Thanatos*). Quest'ultima è impermeabile ad ogni dialettica con l'Altro.

¹³Ne *Il disagio della civiltà* (1929) Freud si interroga sulla possibilità di costituire una comunità che sappia non farsi travolgere dalla forza dissipativa della pulsione di morte.

¹⁴Occorre ricordare che sebbene l'opera freudiana trovi il suo punto di appoggio nella clinica della nevrosi, con il celebre "caso del presidente Schreber" Freud ci consegna un saggio illuminante sull'*impasse* della psicosi.

¹⁵Nel suo romanzo *Una scrittura femminile azzurro pallido* Franz Werfel illustra i drammi e le contraddizioni della società viennese del periodo storico a cui ci riferiamo.

¹⁶Queste osservazioni sono sempre più frequenti soprattutto in ambito istituzionale.

¹⁷La rimozione evidenzia il carattere simbolico-linguistico dei sintomi nevrotici, ovvero il valore di cifra enigmatica per il soggetto.

¹⁸A tal proposito Lacan parla di "evaporazione del padre". Cfr. J. Lacan (1968), Nota sul padre e l'universalismo. In n.33, *La Psicoanalisi*, 2003, pp. 9-10.

¹⁹Nell'orientamento lacaniano il punto di riferimento costante su questi temi è stato J.-A. Miller, E. Laurent (1996-1997), *L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique*, Corso tenuto al Dipartimento di Psicoanalisi dell'Università di Parigi VIII.

²⁰Si tratta di un godimento che tende a saturare la mancanza-a-essere del soggetto.

²¹Per questa associazione tra "l'Ideale, la massa e l'ipnosi" si rimanda al capitolo 8 di S. Freud (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in ID., *Opere*, vol. IX, Torino, Bollati Boringhieri 1977, pp. 257-330.

²²In Italia le riflessioni sulle nuove forme del sintomo e l'idea di una nuova istituzione di psicoanalisi applicata alla terapeutica, hanno portato nel gennaio 2003 alla nascita (su iniziativa di M. Recalcati) di JONAS. *Centro di ricerca psicoanalitica per i nuovi sintomi*.

²³Comunicazione orale di M. Recalcati nel corso di una supervisione.

²⁴Frammento clinico riferito da F. Lolli nell'ambito della *Conferenza su "Anoressia e Bulimia"*, organizzata dalla sede JONAS di Pescara (18 novembre 2003).

²⁵«Arriverò persino a formulare che, quando non c'è intervallo tra S_1 e S_2 , quando la prima coppia di significanti si solidifica, si olofrasizza, abbiamo tutta una serie di casi, anche se, in ciascuno, il soggetto non occupa lo stesso posto» (Lacan 1964, pag. 233).

²⁶In psicologia dello sviluppo viene anche indicata una fase "olofrastica" nell'acquisizione del linguaggio.

²⁷Circa trent'anni fa nell'ambito della ricerca in psicosomatica Sifneos (1973) parlò per la prima volta di *alessitimia*. Il costrutto alessitimico (alessitimia: *a* = mancanza, *léxis* = parola, *thymós* = emozione) indica una configurazione cognitiva e affettiva caratterizzata da: una difficoltà a identificare e descrivere le emozioni; una difficoltà a distinguere i sentimenti dalle sensazioni fisiche; un'incapacità a produrre fantasie e una vita onirica povera o assente; una modalità espressiva che riflette uno stile di pensiero orientato all'esterno. Quest'ultimo fattore era stato già osservato nel 1963 da Marty e de M'Uzan, che coniarono il termine *pensée opératoire* (pensiero operatorio) per descrivere uno stile comunicativo caratterizzato da esposizioni dettagliate degli eventi, senza però alcun riferimento agli aspetti emotivi. Cfr. Sifneos P.E., The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients, in n.22, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, pp. 255-262; P. Marty P., de M'Uzan M., La 'pensée opératoire', in n.27, *Revue Française de Psychanalyse*, 1963, pp. 1345-1356.

²⁸La distinzione fra nevrosi e psicosi è un punto cruciale perché, come ci ricorda Lacan a proposito della manovra del transfert nel trattamento della psicosi, "far uso della tecnica da lui istituita – Lacan si riferisce qui a Freud – fuori dall'esperienza cui si applica, è altrettanto stupido quanto affannarsi ai remi quando la nave è sul-

la sabbia” [J. Lacan (1958), *Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi*, in ID., *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 1974, p. 579].

²⁹Per ulteriori approfondimenti si rimanda a J. Lacan (1958), *La direzione della cura e i principî del suo potere*, in ID., *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 1974, pp. 580-642.

³⁰«In questa predominanza dell’agire rispetto alla simbolizzazione la clinica dei nuovi sintomi sembra svelare la sua dimensione costitutivamente psicotica; il che non significa affatto operare una riduzione diagnostica dei sintomi contemporanei alla struttura della psicosi secondo uno schematismo meccanicistico, quanto piuttosto riconoscere che la clinica della rimozione – e dunque il sintomo come formazione dell’inconscio – non può integrare in sé la nuova clinica che è appunto, una clinica contrassegnata dallo sfaldamento del carattere simbolico del sintomo e dai ritorni di godimento nel reale» (M. Recalcati 2004, pag. 17).

³¹Il riferimento qui è relativo alla clinica psicoanalitica sviluppata da M. Recalcati durante gli anni della sua direzione scientifica dell’A.B.A. (*Associazione per lo studio e la ricerca sull’anoressia, la bulimia, i disordini alimentari e l’obesità*) e successivamente con la fondazione di JONAS. *Centro di ricerca psicoanalitica per i nuovi sintomi*.

³²Occorre ricordare che affinché un soggetto possa essere inviato in gruppo deve essere esclusa una diagnosi di psicosi.

³³Ci si riferisce qui al processo psicoterapeutico. Per un approfondimento sul significato di “ricerca sul processo” (*process research*) in ambito psicoterapeutico si rimanda al classico testo di L.S. Greenberg, W.M. Pinsof (A cura di), *The psychotherapeutic process: a research handbook*, Guilford, New York 1986.

³⁴Per un primo approfondimento sulla pratica interpretativa nella psicoanalisi ad orientamento lacaniano si veda J.-A. Miller (1995), *Il rovescio dell’interpretazione*, in n.19, *La Psicoanalisi*, 1996, pp. 121-128; J.-A. Miller (1995), *Piccola introduzione ai poteri della parola*, in ID., *I paradigmi del godimento*, Astrolabio, Roma 2001, pp. 132-136.

Bibliografia

Calvino I. (1988). *Lezioni americane. Sei proposte per il nuovo millennio*. Mondadori, Milano.

Cosenza D. (2003). *Jacques Lacan e il problema della tecnica in psicoanalisi*. Astrolabio, Roma.

de Saussure F. (1916). *Corso di linguistica generale*. Laterza, Bari 1986.

Freud S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in ID., *Opere*, vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino 1966-80.

Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in ID., *Opere*, vol. IX, Torino, Bollati Boringhieri 1977.

Lacan J. (1945). *Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata. Un nuovo sofisma*. In ID., *Scritti*. Einaudi, Torino 1974.

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

Lacan J. (1957-1958). *Il seminario, Libro V, Le formazioni dell'inconscio*. Einaudi, Torino 2004.

Lacan J. (1958). *La significazione del fallo*, in ID. (1966), *Scritti*, vol. II. Einaudi, Torino 1974.

Lacan J. (1964). *Il seminario, Libro XI, I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Einaudi, Torino 2003.

Laurent E. (1997). I nuovi sintomi e gli altri. In n.21, *La Psicoanalisi*.

Lolli F. (2004) *Introduzione*, in ID. (a cura di), *Sulla soglia. Preliminari nella clinica dei nuovi sintomi*. Angeli, Milano 2004.

Miller J.-A. (1983). *Non c'è clinica senza etica*. In *Il lavoro di apertura. Per una strategia dei preliminari*. Maiocchi M.T., (A cura di). Angeli, Milano 1999.

Miller J.-A. (1999) (a cura di). *Gli imbrogli del corpo*. Borla, Roma 2006.

Miller J.-A. (2002) (a cura di). *Tu puoi sapere... come si pratica. La Conversazione di Bologna*. Astrolabio, Roma 2002.

Miller J.-A. (2004). Una fantasia. In n. 38, *La Psicoanalisi*, (2005).

Soler C. (1992). Il sintomo. In n. 12, *La Psicoanalisi*.

Licitra Rosa C. (1999). Dalla parola al linguaggio: la significazione e il senso. In n.26, *La Psicoanalisi*.

Zuccardi Merli U. (a cura di) (2005). *Il soggetto alla deriva. Depressioni e attacchi di panico*, Angeli, Milano.

Manzetti R.E. (2001-2002). Prendere i gadgets come dei sintomi. In n. 30/31, *La Psicoanalisi*.

Miller J.-A., Laurent E. (1997). *L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique*. In *Il rifiuto dell'Altro nell'anoressia. Studi di psicoanalisi*. Bonifati L.S., Galimberti F. (A cura di) (2001). Angeli, Milano.

- Recalcati M. (1997). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, B. Mondadori, Milano.
- Recalcati M. (1998). *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia e bulimia*, Borla, Roma.
- Recalcati (1999). *Anoressia-bulimia: il trattamento della domanda*. In Il lavoro di apertura. Per una strategia dei preliminari. Maiocchi M.T. (A cura di). Angeli, Milano.
- Recalcati M. (2000). Psicosi fuori scatenamento nelle nuove forme del sintomo. In *Studi di Psicoanalisi*.
- Recalcati M. (2002). *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Angeli, Milano.
- Recalcati M. (2004). L'angoscia e la maschera. In n. 1, *Attualità lacaniana*.
- Recalcati M. (2004b). *La questione preliminare nell'epoca dell'Altro che non esiste*. In Sulla soglia. Preliminari nella clinica dei nuovi sintomi. Lolli F. (A cura di). Angeli, Milano.
- Recalcati M. (2005a). *Per Lacan. Neoilluminismo, neoesistenzialismo, neostrutturalismo*, Borla, Roma.
- Recalcati M. (2005b). *L'omogeneo e il suo rovescio. Per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo monosintomatico*, Angeli, Milano.
- Stevens A. (1983). Nota sull'olofrase. In n. 2, *La Psicoanalisi*, 1987.

Note sull'autore

Nicolò TERMINIO Psicologo - Dottorando di ricerca in "Ricerche e metodologie avanzate in Psicoterapia" presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Docente incaricato presso il Corso di Laurea in Psicologia della LUMSA di Roma (sede decentrata di Caltanissetta).
Via Sisto IV, n. 9 - 00167 Roma
e-mail: nicoloterminio@gmail.com