

## DISTURBI PSICO-SOMATICI

### I. LA MALATTIA PSICO-SOMATICA: ASPETTI POSITIVI E NEGATIVI

*In origine, conferenza tenuta presso la Società per la ricerca  
psico-somatica il 21 maggio 1964<sup>1</sup>*

#### PREMESSA

1. Il termine "psico-somatico" è necessario perché non esiste una parola semplice altrettanto adatta a descrivere certi stati clinici.
2. Il trattino unisce e separa nello stesso tempo i due aspetti della pratica medica costantemente in discussione ogni volta che si parla di questo tema.
3. La parola descrive con precisione qualcosa che è insito in questo lavoro.
4. Il medico psico-somatico si vanta della propria capacità di cavalcare due cavalli, tenendo un piede in ognuna delle due staffe ed entrambe le redini saldamente in mano.
5. Bisogna individuare un agente che tenda a separare i due aspetti del disturbo psico-somatico, per dare un posto al trattino.
6. L'agente è in realtà una dissociazione del paziente.
7. La malattia, nel disturbo psico-somatico, non è lo stato clinico espresso in termini di patologia somatica o di funzionamento patologico (colite, asma, eczema cronico). La vera malattia è la persistenza

<sup>1</sup> Pubblicata in questa forma in *Int. J. Psycho-Anal.*, 1966. Copyright © Institute of Psychoanalysis. [NdC]

di una scissione, o di dissociazioni multiple, nell'organizzazione dell'Io del paziente.

8. Tale stato di malattia è esso stesso un'organizzazione difensiva dalle determinanti molto potenti e per questa ragione è molto comune che medici ben intenzionati, ben informati e anche eccezionalmente ben equipaggiati falliscano nei loro sforzi di curare pazienti con disturbi psico-somatici.

9. Se le ragioni di questa tendenza al fallimento non vengono capite, i medici sono portati a scoraggiarsi. La psico-somatica diventa allora argomento di indagine non-clinica o *teorica*, il che è relativamente facile perché il teorico è più distaccato, e non deve confrontarsi con la responsabilità dei pazienti reali. Il teorico è l'unico adatto a prendere le distanze dalla dissociazione ed è in grado di vederne facilmente entrambi i lati.

Vorrei fosse chiaro che *le forze in campo nel paziente sono terribilmente forti*. Il dilemma del clinico psico-somatista è davvero una realtà.

Una o due complicazioni devono essere menzionate a questo punto della discussione:

a) alcuni medici non riescono a cavalcare realmente entrambi i cavalli: siedono su una sella e conducono l'altro cavallo per le briglie, o addirittura lo perdono di vista. Dopotutto, perché i dottori dovrebbero essere più sani, in senso psichiatrico, dei loro pazienti? I medici non vengono selezionati su una base psichiatrica e dunque la dissociazione del dottore deve essere considerata insieme alle dissociazioni nella personalità dei suoi pazienti;

b) i pazienti possono avere più di una malattia. Un uomo con una tendenza allo spasmo coronarico, secondaria a una confusione emozionale, può anche avere le arterie calcificate; una donna con fibromi e metrorragia può avere un'immaturità sessuale, e così via. Spesso proprio gli ipocondriaci finiscono per non essere sottoposti alle indagini necessarie quando hanno un cancro al seno o un ipernefoma, e pazienti fisicamente malati si presentano come bisognosi di psicoanalisi o di ipnosi. I pazienti che continuano a importunare tutta una serie di dottori molto raramente hanno qualcosa che si possa scoprire con un esame fisico: ecco perché i dottori finiscono fuori strada e si sentono raccontare storie di sorprendente negligenza, ad alcune delle quali non si può non credere;

c) molti pazienti non scindono le cure mediche in due parti: la scissione avviene invece in diversi frammenti e noi medici ci troviamo ad agire nel ruolo di uno di essi. Ho usato (1958), per descrivere questa

tendenza, l'espressione "dispersione degli agenti responsabili".<sup>2</sup> Tali pazienti ci forniscono gli esempi che si trovano nelle relazioni di *casework* sociale<sup>3</sup> in cui venti o trenta servizi vengono interpellati per l'intervento su un disagio familiare. I pazienti con dissociazioni multiple sfruttano anche le scissioni normali della professione medica:

{ medico  
 { chirurgo  
 { psichiatra  
 { psicoanalista  
 { psicoterapeuta  
 { omeopata  
 { osteopata  
 { guaritore

vari servizi complementari.

#### LA PSICO-SOMATICA COME MATERIA

La psico-somatica è, da molti punti di vista, una materia curiosa, perché se si ascende alle sfere dell'intellettualizzazione e si perde contatto con il paziente reale, si scopre ben presto che il termine "psico-somatica" perde la sua funzione integrativa. Presto si finisce per chiedersi perché mai esista questa specialità: non riguarda essa ogni aspetto della crescita umana, tranne forse quello del comportamento? Mi sono quindi trovato alle prese con le stesse considerazioni che ho tentato di chiarirmi ne "L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma" (1949),<sup>4</sup> e infatti proprio scrivendo quel saggio mi sono accorto della confusione che esiste nell'uso del termine "disturbo mentale", un termine che in qualche modo non arriva a includere il caso di un bambino con un attacco di bile o il caso di una persona con una malattia fisica fatale che pure non cessa di sperare.

Secondo me, ogni tentativo intellettuale di rendere facile la psico-somatica mostra in tutta chiarezza il vero pasticcio clinico in cui finiamo per impantanarci nel corso del nostro lavoro. Ci impegniamo a

2. Si veda la recensione di Winnicott al volume *Medico, paziente e malattia* di Michael Balint, 1958, in questo volume (52). [NdC]

3. Il *casework* è un metodo di intervento sul caso individuale diffuso nei paesi anglosassoni ed effettuato da assistenti sociali con formazione universitaria (*social workers*), i quali possono anche avere una specializzazione psichiatrica. [NdT]

4. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, cit. [tr. it. in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, cit. NdT].

tentar di costruire una *teoria*, mentre il termine giusto dovrebbe essere *teorie* (al plurale). Il mio scopo non è stabilire una verità definitiva, ma chiarire la mia opinione e fornire così materiale per la discussione.

L'elemento che ci dà il nostro lavoro su quella che ho definito "coesione psico-somatica" mi sembra essere la scissione patologica dell'apporto ambientale da parte del paziente. La scissione è quella che separa le cure fisiche dalla comprensione intellettuale, e soprattutto separa la cura della psiche da quella del soma.

Se prendo un caso dalla mia pratica clinica attuale per tentare di descrivere questo dilemma, corro il rischio di compromettere il trattamento perché, per quanta cura io ponga nell'esprimere ciò che ho da dire, non riuscirò mai a persuadere il mio paziente, nel caso leggesse il mio resoconto. La soluzione, di qualunque paziente si tratti, non va cercata in un resoconto sempre più preciso, ma può venire soltanto dalla riuscita del trattamento che, con l'andar del tempo, può condurlo a non aver più bisogno della scissione su cui si fonda il dilemma clinico che sto descrivendo. Come clinico, devo essere quindi molto attento nel presentare il mio materiale illustrativo.

Facciamo finta che tra i miei lettori ci sia anche un mio paziente, un paziente con una serie di quei disturbi che si definiscono psico-somatici. Al paziente probabilmente non importerà di essere citato: il problema non è questo. Il problema è che *non mi sarebbe possibile dare un'idea accettabile di qualcosa che non è ancora diventato accettabile nell'economia interna del paziente*. Solo la continuazione del trattamento è di qualche utilità nel caso reale; nel corso del tempo il mio immaginario paziente potrebbe arrivare a liberarmi dal dilemma in cui mi pone la sua malattia e che è appunto l'argomento di questo saggio. E una cosa che non potrei mai fare sarebbe sedurre il paziente inducendolo a prestarmi il suo consenso, perché ciò implicherebbe un abbandono del campo psiche-soma e la fuga in una collusione intellettualistica.

Comincia a essere più chiaro che *nella clinica* esiste davvero un'insuperabile difficoltà del paziente derivante dalla dissociazione che, come difesa organizzata, mantiene separata la disfunzione somatica e il conflitto psichico? Dati tempo e circostanze favorevoli, il paziente tenderà a ridurre la dissociazione. Le forze integrative faranno sì che egli abbandoni la difesa. Devo ora tentare di dare una definizione che eviti il dilemma.

È evidente che faccio una distinzione tra il vero caso psico-somatico e il problema clinico pressoché universale del coinvolgimento funzionale nel processo emotivo e nei conflitti mentali. Non è necessario

che io definisca "un caso psico-somatico" la mia paziente la cui dimenorrea è in relazione con componenti anali nell'organizzazione genitale, né mi sentirei di definire così un uomo che, in alcune circostanze, avverte un impellente bisogno di urinare: questa non è che la vita. Ma il paziente che afferma che la sua ernia del disco è dovuta a uno strappo muscolare potrebbe essere qualificato psico-somatico e quindi meritare la nostra attenzione in questo saggio.

#### MATERIALE ILLUSTRATIVO

Quando mi capita di cercare degli esempi clinici, mi trovo a essere sommerso da una massa enorme di materiale. Ci sono centinaia di strade per esporre la mia opinione.

##### *Un caso di anoressia mentale*

Nei casi di anoressia ci sono alcuni tratti comuni benché in certi casi la ragazza (talvolta il ragazzo) possa essere del tutto normale e in altri possa essere invece molto malata. Una può quasi morire di fame in una fase acuta del disturbo eppure ristabilirsi spontaneamente; un'altra, meno a rischio, può rimanere una paziente psichiatrica.

Descriverò qui brevemente una ragazzina di dieci anni, in analisi. Fisicamente sta bene perché assume il cibo come una medicina: non mangia nulla come cibo. Si può ben immaginare che questa ragazza è molto sospettosa di quanto si dicono il suo medico e il suo analista; nello stesso tempo conta, completamente e consciamente, su una stretta cooperazione tra l'analista, i medici e il personale infermieristico. Le scissioni sono numerose: le infermiere e i dottori sono classificati dalla paziente tra quelli che capiscono e quelli che non capiranno mai. Viene fatto ogni sforzo da parte di tutti gli interessati per evitare i momenti in cui la logica entra in scena e rende palese l'esistenza della dissociazione nella paziente. La cosa peggiore sarebbe forzare la mano. Una volta un dottore le disse: "Stai buttando via il tempo, dovresti andare a scuola"; ciò produsse un attacco di angoscia estremamente intenso e solo il fatto che la seduta analitica avvenne subito dopo questo evento rischioso poté salvare la situazione. La paziente sapeva di poter contare sul suo analista perché le proibisse di andare a scuola, ma io non ebbi bisogno di fare nulla perché la paziente trovò subito un altro dottore, "l'unico che capisse" ed egli naturalmente proibì la frequenza a

scuola, con il che la questione fu risolta. È possibile, comunque, che una delle infermiere e una delle inservienti potessero effettivamente apparire prive di tatto, cioè dire qualcosa che ignorasse la dissociazione della paziente. Io credo che, per ora, nessuno nel raggio di dieci miglia potrebbe davvero dire a questa ragazza di *mangiare*, tanto è ben conosciuto e accettato, sia pure con riluttanza, il suo enorme bisogno di essere lasciata in pace rispetto a questo argomento.

C'è un altro modo di descrivere questo aspetto della paziente: per molti mesi, in analisi, le sensazioni della paziente, le sue angosce e i suoi sogni apparvero nella forma di materiale relativo alla pancia. C'era un intero mondo di oggetti che stavano dentro alla sua testa e che ne cadevano fuori; una volta sognò degli scaffali e delle porte d'acciaio con punte aguzze che le davano un acuto mal di pancia. Tutto ciò non veniva modificato da interpretazioni relative a oggetti interni. Un giorno (dopo diversi anni) riferì di avere *mal di testa*: qui finalmente c'era un cambiamento nello stato dissociativo, perché la ragazza poteva accettare che il mal di testa fosse associato con una confusione di idee e di responsabilità. A quel punto interpretai che mi stava parlando di una malattia della sua *mente* e smisi di essere parte di un team psico-somatico nel ruolo di psicoterapeuta. La cosa continuò e per molti mesi non ci fu quasi nessun racconto in termini di pancia. Ora, come paziente psichiatrica, la ragazza era in grado di fornirmi un materiale che potevo interpretare in termini di oggetti interni se lo ritenevo opportuno, e potevo lavorare con lei sulle fantasie relative al suo mondo interno, alle cose che ci si potevano trovare, a come c'erano arrivate e a cosa farne. Nella fase precedente, invece, c'era stata una fuga delirante nei sintomi addominali e un diniego dei contenuti mentali.

Se la paziente ora fosse qui e leggesse queste righe, si sentirebbe a disagio, perché si renderebbe conto che i dottori che si occupano di lei sono amici del suo analista. I pazienti psico-somatici si lamentano sempre che i vari dottori non cooperano tra loro, ma diventano ansiosi quando essi si incontrano davvero per discutere il caso. Per fortuna, i miei colleghi pediatri sono un po' scettici sul punto di vista dello psicologo dinamico o dello psicoanalista e così può rimanere una certa scissione nel gruppo dei medici. Questo fa sì che la ragazza senta di avere degli alleati da qualunque parte si trovi ad essere nel conflitto interno che deriva dalla dissociazione.<sup>5</sup>

5. 1965-66. Da quando queste note furono scritte, nel 1964, la natura della malattia di questa paziente è cambiata. Ora non è più un caso psico-somatico. Presenta invece un grave disturbo dello sviluppo emozionale e usa l'analisi per trovare sollievo dal conflitto psichico e dall'angoscia, senza mettere in atto la difesa psico-somatica. (Nota successiva: la paziente sta bene.)

Nella cura dei pazienti psico-somatici, ciò di cui il terapeuta ha bisogno è la collaborazione di un medico con un'impostazione *non troppo scientifica*: capisco che ciò suoni molto male e mi aspetto che questa dichiarazione susciti delle obiezioni, per cui è necessario che io chiarisca meglio cosa voglio dire. Quando analizzo un caso psico-somatico, mi piacerebbe che chi collabora con me fosse *uno scienziato che si prende una vacanza dalla scienza*: ci serve più la fantascienza che una rigida e ossessiva applicazione della teoria medica sulla base della percezione e della realtà oggettiva.

#### *Una paziente adulta*

Una mia paziente in analisi, una donna di mezza età, è stata dipendente da molte persone, oltre che dal suo analista, nel corso del suo trattamento. Ne citerò alcune:

La famiglia G.P. e un gruppo di ginecologi e patologi.

Il suo osteopata.

Il suo dermatologo.

Il suo precedente analista.

La sua massaggiatrice.

Il suo parrucchiere, specialmente *l'altro*, quello che cura la sua alopecia occasionale senza essere pagato.

Uno spiritista chiaroveggente.

Il parroco.

La tata dei suoi figli, scelta con molta cura perché sappia occuparsi abbastanza bene dei bambini e quindi sia in grado di diventare una bambinaia psicologica per lei.

Il garage speciale che usa per la sua macchina.

E così via.

Qui la dispersione degli agenti responsabili è secondaria a una disintegrazione attiva nell'economia della personalità della paziente. Nella sua analisi, l'integrazione è stata, in realtà, un graduale recupero della dispersione e della dissociazione multipla della sua personalità con la quale si difendeva da una perdita di identità nella fusione con la madre. È chiaro che inizialmente la paziente usava tutti questi aiuti in modo dissociato: si verificava una sorta di fluttuazione dall'uno all'altro, e poiché c'era una dissociazione multipla essenziale la paziente non era mai tutta in una volta in un posto e in contatto con ogni aspetto della cura che aveva organizzato.

Ma nel corso del trattamento si verificò un cambiamento enorme:

ho visto tutti questi agenti diventare a poco a poco altrettanti *aspetti del transfert*. Quando la paziente fu prossima a questa conquista divenne in grado, per la prima volta, di amare qualcuno: suo marito. La scissione della personalità era in relazione col bisogno che la paziente aveva di salvaguardare un'identità personale e di evitare la fusione con la madre. Fu un giorno speciale quando la paziente mi telefonò per errore mentre voleva invece telefonare al suo macellaio.<sup>6</sup>

#### *Un caso di colite*

In questo terzo caso posso riferire di un esito meno felice, per bilanciare i due precedenti. Una bambina era in analisi con me per via di una colite, sicuramente un buon esempio del tipo di disturbi correlati alla scissione che sto tentando di descrivere. Sfortunatamente, non riuscii a capire abbastanza presto che la malata, in questo caso, era la madre. La madre aveva la scissione essenziale e la bambina aveva la colite, ma fu la bambina a essere portata da me per essere curata.

Andavo avanti molto bene con la bambina e pensavo di poter contare sulla collaborazione della madre. Sicuramente la sua attitudine era amichevole. Quando la bambina ebbe otto anni dissi che poteva andare a scuola se lo avesse desiderato, e ciò produsse un cambiamento nell'attitudine inconscia della madre. La bambina andò a scuola, ma presto si ammalò gravemente.

Scoprii a questo punto che la madre, all'età di otto anni, aveva avuto una fobia scolastica, che aveva certamente a che fare con la psicopatologia della propria madre. La madre, benché inconsapevole della cosa, non poteva permettere alla figlia, che stava rivivendo la sua vita al proprio posto, di uscire dallo schema.

Dopo il fallimento inaspettato del mio trattamento, seppi che la bambina era in cura da diversi medici generici e anche da un pediatra; inoltre, in un'epoca vicina alla fine della mia amministrazione, andava da un ipnotista e da un altro psicoterapeuta. Non molto tempo dopo subì la rimozione del colon; io dovetti rinunciare al caso e la mia uscita di scena fu notata a stento. Non fui nemmeno congedato. Appena tre mesi prima avevo l'intero caso nelle mie mani, o almeno così mi sembrava; pensavo di avere la piena fiducia della famiglia e sicuramente avevo la fiducia della bambina nella misura in cui era un

6. Nel caso che la paziente leggesse queste parole, vorrei precisare che la descrizione non solo è inadeguata da tutti i punti di vista, ma non è nemmeno accurata. La sto usando solo per illustrare un'idea. (Nota successiva: la paziente sta bene.)

essere umano autonomo. Sfortunatamente, proprio questo la bambina non era.

Non conosco l'esito finale e non ho cuore di informarmi. Il mio errore fu quello di trattare la bambina mentre la malattia era nella madre, e la malattia includeva la dissociazione psico-somatica essenziale che è l'argomento di questo scritto. Non che io avessi trascurato la psicopatologia della madre, che la bambina conosceva e che fu per tutto il tempo un elemento importante del lavoro fatto da lei e da me, ma avevo dimenticato il bisogno inconscio, terribilmente potente in una madre di questo genere, di disperdere gli agenti responsabili e di mantenere lo *status quo* di cui, in questo caso, la malattia somatica della bambina era parte integrante. La madre poteva avere un corpo sano solo se la malattia era nella bambina.

#### Per riassumere

Una quantità di esempi clinici potrebbero illustrare l'argomento: non c'è area dello sviluppo della personalità che non sia coinvolta in uno studio del disturbo psico-somatico. La minaccia di una grave disintegrazione può nascondersi in un'artrosi cervicale; un'insignificante eruzione cutanea può celare una depersonalizzazione; il rossore può essere tutto ciò che resta a testimonianza di un fallimento infantile nello stabilire una relazione umana durante la minzione, forse perché al momento giusto non c'era nessuno a guardare e ad ammirare la potenza urinaria. In una difficoltà di saldatura del malleolo interno, prodotta e mantenuta attraverso un continuo tirar calci, può celarsi il suicidio; il delirio persecutorio può essere confinato nell'abitudine di portare occhiali neri o di strizzare continuamente gli occhi; una tendenza antisociale conseguente a una seria deprivazione può manifestarsi come enuresi notturna; l'indifferenza rispetto a malattie invalidanti o dolorose può rappresentare il sollievo da un'organizzazione sessuale sadomasochistica; l'ipertensione cronica può essere l'equivalente clinico di uno stato di ansietà psiconevrotica o di un persistente fattore traumatico, come voler bene a un genitore che soffre di un disturbo psichiatrico. Potrei continuare, ma tutto questo è terreno familiare.

È mia convinzione che *tutti questi non siano di per sé disturbi psico-somatici*, né giustifichino l'uso di un termine speciale o l'organizzazione di un *gruppo psico-somatico* nella professione medico-chirurgica. Ciò che dà senso al fatto di raggruppare in questo modo i casi prece-

denti è il bisogno che alcuni pazienti hanno di mantenere i medici su due o più lati della barricata a causa di un loro bisogno interno, che fa parte di un sistema difensivo, altamente organizzato e strenuamente mantenuto, contro il pericolo che deriva dall'integrazione e dall'acquisizione di una personalità integrata. Questi pazienti ci richiedono di essere scissi (pur essendo essenzialmente uniti su uno sfondo lontano del quale non possono permettere a se stessi di sapere alcunché).

Per lungo tempo mi sono chiesto il perché della nostra difficoltà di classificare i disturbi psico-somatici e della nostra incapacità di stabilire una teoria, una teoria unitaria, per questo gruppo di malattie. Quando ho trovato il modo per dire a me stesso che il disturbo somatico esiste davvero, mi sono trovato con una classificazione già bell'e pronta che ora esporrò (per quello che serve). Ma prima di tutto permettetemi di riformulare la mia tesi principale collegandola con la teoria della maturazione nella crescita individuale.

#### L'ELEMENTO POSITIVO NELLA DIFESA PSICO-SOMATICA

La malattia psico-somatica è la parte negativa di un fatto positivo; la parte positiva è la tendenza verso l'integrazione nei suoi diversi significati, che comprendono quella che ho definito (1963)<sup>7</sup> "personalizzazione". Il fatto positivo è la tendenza ereditaria di ogni individuo al raggiungimento di un'unità della psiche e del soma, una identità esperienziale dello spirito - o psiche - e della totalità del funzionamento fisico. Tale tendenza conduce il bambino ad avere un corpo funzionante sul quale, e fuori dal quale, si sviluppa una personalità funzionante, completa di difese contro l'angoscia di ogni grado e specie. In altre parole, come Freud ha detto molti anni fa, l'Io si basa su un Io corporeo. Freud avrebbe potuto continuare e dire che, *in condizioni di sanità*, il Sé mantiene questa apparente identità con il corpo e con il suo funzionamento (l'intera, complessa teoria dell'introiezione e della proiezione, così come la concettualizzazione del termine "oggetto interno", è uno sviluppo di questo tema).

Questo livello del processo integrativo potrebbe essere chiamato lo stadio dell'"IO SONO" (Winnicott, 1965).<sup>8</sup> Questa definizione mi piace

7. "The Mentally Ill in Your Caseload", in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, cit. [tr. it. in *Sviluppo affettivo e ambiente*, cit. NdT].

8. Vari capitoli di *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* e di *The Family and Individual Development*, Tavistock, London 1965 [tr. it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma 1968. NdT].

perché mi ricorda l'evoluzione dell'idea monoteistica e la definizione di Dio come "Grande IO SONO". In termini di gioco infantile tutto questo è rappresentato, anche se in un'età più tarda di quella che ho in mente ora, dal gioco "Io sono il Re del castello/tu sei lo sporco plebeo". È proprio il senso dell'"Io" e dell'"Io sono" a essere alterato dalla dissociazione psico-somatica.

La scissione della psiche dal corpo è un fenomeno regressivo che impiega residui arcaici per stabilire un'organizzazione difensiva. Per contro, la tendenza verso l'integrazione psico-somatica è parte di un movimento progressivo nel processo di sviluppo. La scissione è qui il corrispettivo della rimozione, termine appropriato per un'organizzazione più sofisticata.

#### CLASSIFICAZIONE

Se tutto questo è vero, diventa possibile classificare la malattia psico-somatica secondo la teoria dei processi maturativi, inserendo due idee fondamentali:

1. Uno stato non integrato primario con una tendenza verso l'integrazione. Il risultato dipende da:

- il rinforzo da parte dell'Io della madre, basato sulla sua capacità di adattamento, che dà all'Io del bambino una realtà nella dipendenza;
- il fallimento materno che lascia il bambino senza ciò che gli serve per mettere in atto il processo maturativo.

2. L'integrazione psico-somatica o il raggiungimento dell'"insediamento" [*indwelling*] della psiche nel soma, cui segue il godimento di un'unità psico-somatica dell'esperienza.

Nel processo di integrazione, il bambino (se il suo sviluppo è sano) ottiene un sostegno dalla posizione dell'"IO SONO" o del "Re del castello" dello sviluppo emotivo, e quindi non solo il godimento del funzionamento corporeo rinforza lo sviluppo dell'Io, ma lo sviluppo dell'Io rinforza il funzionamento corporeo, il tono dei muscoli, la coordinazione, l'adattamento ai cambiamenti di temperatura, e così via. Il fallimento dello sviluppo, da questo punto di vista, si risolve in un'incertezza dell'unità psico-somatica, o porta alla depersonalizzazione in quanto l'insediamento diventa una caratteristica che può essere perduta. Il termine "insediamento" è usato, qui, per descrivere lo stabilirsi della psiche nel soma personale o viceversa.

Nella posizione dell'"IO SONO", o del "Re del castello", l'individuo

può essere più o meno in grado, per ragioni interne o esterne (dato che il bambino è ancora molto dipendente), di affrontare la rivalità che ciò genera: "tu sei lo sporco plebeo". In condizioni di sanità, la rivalità diventa un nuovo stimolo alla crescita e al gusto di vivere.

Quindi, il disturbo psico-somatico è in relazione con:

- un Io debole, che deriva in gran parte da un maternage non sufficientemente buono con un fragile insediamento nello sviluppo personale; e/o

- un ritirarsi dall'IO SONO e da un mondo reso ostile dal rifiuto del NON-ME da parte dell'individuo, in una forma particolare di scissione che, pur essendo nella mente, segue la linea psico-somatica (in questo caso, un ambiente effettivamente persecutorio può determinare il ritirarsi dell'individuo in una sorta di scissione).

In questo modo, la malattia psico-somatica implica una scissione nella personalità dell'individuo con un indebolimento del legame tra psiche e soma, o una scissione organizzata nella mente a difesa dalla persecuzione diffusa che viene da un mondo ripudiato. Rimane però nella persona malata una tendenza a *non* perdere completamente il legame psico-somatico.

Ecco, dunque, *il valore positivo del coinvolgimento somatico*: l'individuo valorizza il potenziale legame psico-somatico. Per capire questo, bisogna ricordare che la difesa è organizzata non solo in termini di una scissione che protegge dall'annientamento, ma anche nei termini di una protezione dello psiche-soma dalla fuga in una esistenza intellettualizzata o spirituale, o in atti sessuali compulsivi che ignorerebbero le richieste di una psiche costruita e mantenuta sulla base di un funzionamento somatico.

Ancora una complicazione. Naturalmente, quando la personalità è dissociata, si sfruttano le dissociazioni ambientali: per esempio una tendenza della madre verso la disintegrazione o la depersonalizzazione; o il disaccordo tra i genitori e la rottura dell'unità familiare; o l'antagonismo, specialmente quello inconscio, tra la famiglia e la scuola. Nello stesso modo viene fatto uso delle scissioni, alle quali ho fatto cenno, per quanto riguarda l'operato dei curanti.

Ora possiamo ritornare alla mia idea principale: l'esistenza di una "psico-somatica" o di un gruppo psico-somatico di dottori dipende dal fatto che il paziente ci richiede di operare una scissione dei nostri

9. La parola qui implica: "Tu non sei, come sono invece io, un bambino nato nell'utero e capace di integrazione e di autonomia: sei un prodotto escretorio di tua madre, senza forma né processo maturativo".

scopi professionali, pur rimanendo teoricamente uniti in una sola disciplina e una sola professione.

La difficoltà del nostro lavoro sta nel mantenere una visione unificata del paziente e della malattia *senza che ciò sembri fatto in modo da sopravanzare la capacità del paziente di acquisire integrazione e unità*. Spesso, molto spesso, dobbiamo accontentarci di questo e manipolare la sintomatologia in stretta relazione con i nostri colleghi, senza tentare di curare la vera malattia, cioè la scissione della personalità del paziente organizzata in base alla debolezza dell'Io e mantenuta come difesa contro la minaccia di annientamento al momento dell'integrazione.

La malattia psico-somatica, come la tendenza antisociale, ha un aspetto di speranza: il paziente si mantiene in contatto con la possibilità di un'unità psico-somatica (o personalizzazione) e con la dipendenza, anche se la sua situazione clinica sembra mostrare l'opposto, tramite la scissione, le diverse dissociazioni, i continui tentativi di scindere l'operato dei medici e un onnipotente auto-accudimento.

## II. NOTA AGGIUNTIVA SUL DISTURBO PSICO-SOMATICO

16 settembre 1969

È stato sottolineato che i disturbi cronici della pelle sono correlati, in qualche modo ancora non chiaro, ai disturbi psicotici della mente. Naturalmente, alcune malattie croniche sono fisicamente determinate. In parole povere, si potrebbe dire che l'irritazione o il disturbo cronico della pelle mette in evidenza la membrana che limita il corpo, e dunque la personalità, e che al di là di essa si trova la minaccia di depersonalizzazione, di perdita dei confini corporei e di quella quasi impensabile angoscia fisica collegata al cammino inverso di ciò che viene chiamato integrazione.

Un esempio di questa angoscia impensabile è lo stato in cui il quadro non ha cornice, in cui non c'è nulla che contenga l'intersecarsi delle forze nella realtà psichica interna: in pratica, nessuno che contenga il bambino.

Una mia paziente, una donna di mezza età, è arrivata a capire pienamente come stanno le cose dentro di lei ed è stata in grado di ag-

giungere al quadro clinico alcuni dettagli di grande importanza per un osservatore esterno come me.

La paziente si rese conto degli altri modi che aveva di tenere insieme il suo corpo, oltre a vari tipi di pruriti cronici, alcuni di origine spontanea e altri prodotti da una smodata attività di grattamento: si sarebbe potuto dire che era diventata consapevole solo di recente della depersonalizzazione che la minacciava. Ciò che conosceva bene era la sua pelle e il suo interesse per un disturbo cronico della pelle che aveva una sua amica; aveva anche una tecnica per riposare che si risolveva, in pratica, in un'assenza di riposo. A letto non aveva mai pace: non stava mai distesa per una difficoltà di respiro che conservava fumando troppe sigarette; stava semisdraiata in una sorta di posizione esagerata che la rendeva sempre cosciente di se stessa in termini fisici. Metteva sempre le cose in modo che tutti i suoi muscoli fossero tesi e mi diceva: "Non posso fermarmi, non posso nemmeno tentare di pensare perché faccio questo tipo di cose e capire cosa c'entra tutto questo, so solo che deve andare sempre avanti".

La paziente disse questo un giorno in cui mi descrisse come si fosse sentita tagliata fuori dalla sua famiglia perché non era riuscita a godersi una cerimonia familiare; si era sentita incapace di prender parte a un rito religioso che aveva a che fare con un nuovo bambino, perché tutto ciò era connesso al momento della separazione di un bambino dalla madre. Associò questo con un pensiero improvviso che aveva avuto mentre era impegnata in qualche futile pratica ossessiva: avrebbe dovuto lasciare l'analisi perché non le serviva a nulla. Riconobbe abbastanza facilmente, a questo punto, che lei stessa non voleva che l'analisi portasse da nessuna parte, per poter dimenticare quello che mi aveva detto la volta prima, cioè che recentemente aveva fatto un grande passo avanti che l'aveva messa in condizioni, almeno per un certo periodo di tempo, di vivere davvero nel presente. In altre parole, i suoi sintomi principali erano rimasti quiescenti per un certo numero di settimane. A causa della dissociazione essenziale della sua natura, la paziente sa di stare molto male quando sta molto male, e sa di stare bene quando si sente bene, ma questi due stati non hanno alcun legame tra loro: per stabilire questo legame, deve pensare che io conosco questi due modi di essere. La paziente mise in relazione tutto ciò con un fallimento avvenuto nell'epoca in cui la madre se ne sta seduta a occuparsi piacevolmente delle sue cose, ma è sempre disponibile, mentre il bambino gioca. Al culmine dell'esperienza di fallimento nella relazione madre-bambino e dei ricordi del fallimento, ecco

venire il grido che questa paziente non riesce mai a sperimentare. Quando riguardo una delle sedute di questa paziente, mi viene sempre in mente che se potesse urlare sarebbe guarita. Il grande non-evento di ogni seduta è il grido. Naturalmente, non serve a nulla incoraggiarla, né servirebbe introdurre qualcosa di spaventoso o doloroso per provocare il grido. La paziente, di solito, sa che il non urlare è l'argomento che sta dietro a tutto il materiale che può produrre, ma come può modificare questo stato di cose? Si sentiva intrappolata, mi disse quella volta, e ricordò quanto forte aveva urlato il giorno in cui, tornata a casa dopo il funerale della madre, aveva trovato una lettera dalla sua padrona di casa che le comunicava una qualche sciocchezza. Questa lettera, per il momento in cui era arrivata, era stata abbastanza persecutoria da produrre qualcosa di simile a un grido e fu un sollievo andare verso il grido, anche se da un punto di partenza sbagliato. La paziente è troppo sana per organizzare, come alcuni pazienti fanno, una situazione paranoide e quindi urlare per paura di qualche minaccia: con questa paziente è necessario un approccio diverso.

Se prendiamo la situazione in cui la paziente è una bambina che gioca mentre la madre è occupata in qualche attività, per esempio il cucito, questo è lo schema giusto perché possa aver luogo la crescita: in ogni momento, la bambina può fare un gesto e la madre trasferirà il suo interesse dal cucito alla bambina; se la madre è sovrappensiero e, sulle prime, non si rende conto del bisogno della bambina, questa non ha da far altro che urlare e la mamma sarà disponibile. Nello schema sbagliato che è alla radice della malattia di questa paziente, la bambina gridava e la madre non compariva: in altre parole, l'urlo di cui la paziente è alla ricerca è *l'ultimo grido prima che la speranza venisse abbandonata*. Da allora in poi, urlare non è più servito a niente, perché non otteneva lo scopo. Il meglio che l'analista possa fare è offrire la sua comprensione al momento in cui comincia a modificarsi lo schema sbagliato che ha bloccato la crescita emozionale e si punta verso lo schema giusto in cui il grido aveva senso. Una profonda comprensione in questo momento dell'analisi sulla base del materiale presentato da questa paziente porta naturalmente a urlare, cioè a urlare di nuovo, stavolta con la speranza di essere uditi.

La rilevanza di tutto ciò per la questione dell'interazione psico-somatica sta nel fatto che il non-evento del non urlare è in se stesso una negazione o una cancellazione di una delle cose più importanti che legano la psiche e il soma e cioè il gridare, l'urlare, lo strillare, la protesta furiosa. È già possibile predire che se questa paziente diventerà ca-

pace di gridare otterrà un immenso rinforzo della relazione psico-somatica e un minor bisogno di impiegare le esperienze artificiali di interazione psico-somatica che abbiamo descritto più sopra.

La domanda sorge spontanea: ma la paziente deve veramente gridare nella seduta analitica? La risposta potrebbe essere positiva, ma la paziente aveva già fatto un *sogno* che aveva a che fare con l'urlare. Insieme a questo sogno si produsse un sollievo dai sintomi nello stato di veglia; cioè, prima di riferire il sogno la paziente riferì che era stata in grado di cantare in una situazione sociale, cosa che non era riuscita a fare per anni e, nello stesso tempo, nel transfert, era stata anche capace di farsi sentire, di gridare e di protestare in modo civile una volta che ero in ritardo per la seduta e aveva avuto paura che io fossi malato o che l'avessi dimenticata. La chiave della situazione è però il sogno, e il sogno diventa possibile solo come risultato dell'analisi, in cui la speranza che il grido venga udito ritorna e viene riconquistata dal tempo lontano che precedette la sua malattia, quando lo schema giusto cambiò in quello sbagliato, in un momento preciso della sua infanzia o lungo un certo periodo di tempo.

A livello clinico, insieme a questi cambiamenti verso la relazione psicosomatica appare anche un rinnovato interesse da parte della paziente per l'aspetto del suo corpo e per il tessuto dei suoi vestiti. Ci sarà una evidenza diretta del successo conseguito in quest'area di analisi se la paziente diventerà capace di rilassarsi a letto e di esistere qui e ora nella situazione di veglia, invece di restare in una terra di nessuno, tra il passato e il futuro.

In questa seduta, la paziente si riferì alla seduta precedente, in cui le avevo dato questa interpretazione: "È questo non-grido che sta per arrivare, cioè la paura di non essere udita o la mancanza di speranza che il grido produca un qualche effetto". La paziente disse: "Quando mi ha detto questo, ho pensato che era una cosa crudele. A che serve dirmi una cosa così terribile?". Io avevo collegato questo con una mia mancanza nel transfert, cioè con il fatto di non essere stato disponibile quando era arrivata per la seduta precedente. A questo punto la paziente disse: "È stato proprio bravo. Sa, non è la risposta fisica al grido quello che importa: è il capire. Quello che lei ha detto mi è sembrato terribile. Il fatto era che lei sapeva e io no, e questo è l'unico modo possibile per modificare il fallimento del mio ultimo grido".

Il resto del lavoro della seduta riguardò il bisogno che questa paziente aveva di affrontare il tema della separazione semplicemente come una cicatrice su se stessa e sulla madre. La parte che collegava le



due manca a entrambe. Questa forma di separazione deve essere pienamente esplorata, dopo di che vi sarà, come si può già vedere, un ritorno dell'elaborazione della separazione in termini di rabbia, di morsi e di altre forme di aggressività. Ciò avverrà quando la paziente si renderà conto di essere diventata una persona intera, così come la madre, ed entrambe potranno diventare separate senza alcuna cicatrice e senza la mutilazione che questa paziente, per tutta la vita, ha dato per certa, e che ha giocato nella fantasia di essere un cittadino di seconda classe in quanto donna.

Dopo questa seduta, la paziente fu in grado di intravedere la possibilità di una separazione dall'analista in cui ognuno dei due potesse rimanere integro, conservare una parte dell'altro ed essere in grado di identificarsi con l'altro: ma queste sono questioni complicate e molto lontane, in questo momento, dalla sua analisi e dal suo presente, in cui separazione significa cicatrici e fratture.

## PSICOLOGIA DELLA FOLLIA: UN CONTRIBUTO DALLA PSICOANALISI

*Saggio scritto per la Società psicoanalitica britannica  
nell'ottobre 1965*

Trentacinque anni di pratica psicoanalitica non possono non lasciare il segno. Per quanto mi riguarda, sono intervenuti notevoli cambiamenti nelle mie formulazioni teoriche, cambiamenti che ho tentato di enunciare appena mi si sono chiariti in mente. Spesso quello che ho scoperto era già stato scoperto e perfino esplicitato sia dallo stesso Freud che da altri psicoanalisti o da poeti e filosofi. Questo non mi ha distolto dal continuare a scrivere – e a leggere, quando è disponibile un pubblico – le mie ultime creature intellettuali.

In questo momento sono preso dall'idea che la teoria psicoanalitica abbia qualcosa da offrire rispetto alla teoria della follia, quella follia che si incontra nella pratica clinica sia sotto l'aspetto di paura della follia stessa, sia con qualche altra manifestazione di squilibrio. Vorrei tentare di definire questo possibile contributo, anche se dovesse risultare (dal punto di vista psicoanalitico) una totale ovvietà.

Noi possediamo l'unica formulazione veramente utile del modo in cui l'essere umano si sviluppa psicologicamente da essere immaturo assolutamente dipendente ad adulto maturo relativamente dipendente. La teoria è troppo complessa e difficile per essere espressa in modo succinto e sappiamo che ci sono delle falle nelle nostre conoscenze. Nondimeno, la teoria c'è e in questo modo la psicoanalisi ha dato un contributo che viene generalmente accettato anche se spesso non riconosciuto.

È stato detto spesso, riferendosi alla teoria psicoanalitica, che nello sviluppo del bambino normale c'è un periodo di psiconevrosi: sarebbe più corretto dire che all'epoca della fase edipica, prima dello stabilirsi della latenza, c'è da aspettarsi ogni genere di sintomi in forma transitoria. In effetti, a questa età la normalità può essere descritta nei termini di questa sintomatologia, cosicché l'anormalità viene a essere



## SULLE BASI DI SÉ NEL CORPO

### I. LE BASI DI SÉ NEL CORPO

1970<sup>1</sup>

La mia intenzione, scrivendo questo articolo, era quella di proporre un materiale clinico che illustrasse l'interrelazione tra il bambino che cresce e il suo corpo. L'argomento è naturalmente molto vasto e se si pone l'accento su una certa area si arriva automaticamente a trascurarne altre. Nondimeno, posso prendere la parola "personalizzazione", che ho usato in un altro contesto, e vedere come la si possa applicare al lavoro clinico in psichiatria e in psicoanalisi infantile. Ho inteso il termine "personalizzazione" come una sorta di forma positiva di depersonalizzazione, termine usato e discusso ampiamente. Alla parola "depersonalizzazione" sono stati attribuiti diversi significati, ma nel complesso essi riguardano la perdita di contatto del bambino o del paziente con il proprio corpo e con il funzionamento corporeo, il che implica l'esistenza di qualche altro aspetto della personalità. Con il termine "personalizzazione" volevo attirare l'attenzione sul fatto che l'inserirsi di quest'altra parte della personalità nel corpo, e lo stabile legame con qualunque cosa si possa chiamare "psiche" rappresenta, in termini di sviluppo, una conquista sana. È una conquista che si stabilisce gradualmente, e non è una cosa insana, ma un vero segno di salute che il bambino possa utilizzare relazioni in cui ripone la massima fiducia e che in tali relazioni talvolta si disintegri, si deperso-

1. Pubblicato nella *Nouvelle Revue de Psychoanalyse*, primavera 1971, e in *Int. J. Child Psychother.*, 1972.

nalizzi e, per un momento, possa perfino abbandonare il bisogno, quasi fondamentale, di esistere e di sentirsi esistente. Le due cose quindi vanno insieme nello sviluppo sano: il senso di fiducia in una relazione offre l'opportunità di una serena inversione dei processi integrativi, mentre allo stesso tempo facilita la tendenza generale innata che il bambino ha verso l'integrazione e, come non mi stanco di sottolineare in questo scritto, verso l'insediamento [*indwelling*] della psiche nel corpo e nel funzionamento corporeo.

Lo sviluppo successivo è strettamente connesso con questo processo come con altri aspetti dell'integrazione, ma uno sviluppo in avanti è da tutti i punti di vista spaventoso per chi tema di non poter tornare indietro alla dipendenza totale. E questo è particolarmente vero dai due ai cinque anni, dopo di che, in termini di esperienza clinica, il ritorno alla dipendenza viene adombrato da un'intera serie di passi più evoluti. Durante l'adolescenza c'è un nuovo periodo in cui, a causa delle vaste implicazioni del nuovo e rapido sviluppo della capacità di affrontare il mondo, ritorna il bisogno di lasciare una strada aperta verso la dipendenza. Clinicamente è facile che ciò si manifesti nella fase prepuberale, dai dodici ai quattordici anni, dopo di che la dipendenza viene facilmente assorbita dalla dipendenza naturale, priva di elementi regressivi relativi ai genitori, che già guarda alla condizione adulta e si chiama innamoramento, e da tutti i tipi di esperienze che hanno a che vedere con questo stato.

Il termine "personalizzazione", che ho usato a mio unico beneficio, potrebbe non essere accettato in linea generale, ma mi ha messo in grado di fornire alcuni esempi di lavoro clinico che mi sono sembrati rilevanti per questo aspetto delle conquiste dello sviluppo umano. Un caso secondo me significativo non verrà riportato per esteso in questo contesto, perché è già stato pubblicato altrove.<sup>2</sup> Qui ne parlerò più brevemente.

### CASO CLINICO

Mi riferisco a una significativa consultazione con un ragazzo, Iiro, di nove anni e nove mesi. Ho spesso descritto questa consultazione come esempio di comunicazione con i bambini, perché tra noi non ci fu uno scambio nella stessa lingua: ci siamo scambiati dei disegni sulla

2. Caso 1, "Iiro", in *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, cit. [tr. it. *Colloqui terapeutici con i bambini*, cit. NdT].

base del gioco dello scarabocchio e avevamo un interprete. A dispetto di questi handicap, il bambino mi comunicò il suo bisogno particolare, relativo sia al suo sviluppo personale sia all'atteggiamento di sua madre rispetto alla sua anomalia. Iiro era costantemente in cura nel reparto ortopedico per una sindattilia. Il chirurgo diceva che il bambino collaborava sin troppo bene e si chiedeva come questo potesse accadere, visto che aveva subito un numero incredibile di operazioni alle mani e ai piedi. In questa condizione clinica, le dita sono congiunte insieme e il chirurgo non può avere nessuna indicazione chiara che si possano creare delle dita dallo stato caotico presente. Si tratta di una malattia ereditaria e Iiro, nell'ambito di una famiglia piuttosto numerosa, era l'unico ad aver ereditato questo problema. Una certa urgenza rispetto all'intervento del chirurgo ortopedico venne dal fatto che la madre era nella stessa situazione e poteva accettare questo bambino solo se era convinta di fare tutto il possibile per curarlo di una deformità di cui si sentiva responsabile. Sulla base di aver fatto tutto il possibile per lui, si era sentita più legata a questo bambino che a tutti gli altri figli. Ecco una situazione chiara, quindi, di un bambino inviato dal reparto ortopedico, un bambino felice, gradevole e intelligente che nondimeno, insieme a sua madre, era costantemente alla ricerca di nuovi interventi ortopedici perché voleva la miglior chirurgia plastica che un medico fosse in grado di fornire.

L'interesse di questo caso sta nel fatto che, a un livello più profondo, questo ragazzo comunicava qualcosa di diverso dal suo bisogno di essere reso normale per poter suonare il flauto. Egli indicava che aveva un senso cercar di ottenere tutto il possibile dalla chirurgia (anche se non sapeva, naturalmente, del terribile senso di colpa di sua madre) ma aveva bisogno di una cosa: doveva essere prima di tutto certo di essere stato amato così com'era quando era nato, o in un qualche stato teorico della sua esistenza. Se veniva accettato in quanto deforme, il che implicava che era normale nascere con piedi e mani come i suoi, sarebbe potuto andare avanti offrendo tutta la collaborazione possibile alla madre e al chirurgo. Egli comunicava tutto questo senza motivazioni coscienti, ma attraverso il suo grande amore per le anatre, e interpretò il primo disegno come la zampa palmata di un'anatra. Più avanti, nel colloquio, riuscì a usare un'anguilla come simbolo del suo stato primitivo – prima cioè che la questione delle braccia, delle gambe o delle dita diventasse rilevante. Alcuni punti di interesse teorico seguono a un esame del caso. Naturalmente all'inizio un bambino non sa nulla di una diversità come questa. Gradualmente, col passar del tem-

po, egli deve riconoscere il fatto della sua deformità. È possibile che Iiro non si fosse mai reso conto di questo fino al colloquio con me, quando aveva nove anni e nove mesi. La cosa cui il bambino deve sapersi adattare è l'atteggiamento della madre e delle altre persone nei confronti della sua deformità e alla fine diventa necessario per lui vedersi come anormale. All'inizio, però, la normalità deve essere il suo aspetto somatico e le sue funzioni. Deve essere accettato così come comincia a esistere, così deve essere amato: senza condizioni.

È facile ampliare queste osservazioni a un esame dei bisogni dei bambini che non sono deformati. Essere amato fin dall'inizio significa essere accettato e si ha una distorsione, dal punto di vista del bambino, se la figura materna ha un atteggiamento del tipo: "Ti amo se sei buono, se sei pulito, se sorridi, se mangi tutto", ecc. Queste condizioni possono venire più tardi, ma all'inizio il bambino ha un'impronta di normalità che è in gran parte una questione di aspetto e di funzionamento del proprio corpo. Si può pensare che queste questioni pertengano a un'età più tarda, quando il bambino è diventato una persona relativamente evoluta: non si deve trascurare però che si riferiscono anche ai primissimi giorni di vita.

È vero che all'inizio il bambino ha bisogno di essere accettato così com'è e trae un grande beneficio da questa accettazione. Un corollario potrebbe essere che quasi ogni bambino è stato accettato negli ultimi momenti prima della nascita, vale a dire quando è pronto a nascere, ma l'amore si dimostra in termini di cure fisiche che di solito, ma non sempre, sono adeguate quando si tratta di un feto nell'utero. In questi termini, la base di ciò che io chiamo personalizzazione, o assenza di una particolare disponibilità alla depersonalizzazione, si pone prima della nascita del bambino, e diventa essenziale dal momento in cui il bambino deve essere contenuto [*beld*] da persone il cui coinvolgimento emotivo va preso in considerazione quanto le risposte fisiologiche. L'inizio di questa parte dello sviluppo del bambino, ciò che io chiamo personalizzazione e che può essere descritto come un insediamento della psiche nel soma, va ricercato nell'abilità della madre o della figura materna di unirvi il suo coinvolgimento personale, che originariamente è fisico e fisiologico.

Nello sviluppo di questo tema si possono seguire diversi percorsi. Il mio metodo sarà quello di usare un altro esempio clinico, molto presente nella mia mente.

Mi sono ricordato di una consultazione che una ragazza, Jill, di diciassette anni, ebbe con me nel 1968. La ragazza riuscì a usare questa

consultazione in modo molto positivo ed essa, in effetti, la mise in grado di proseguire in uno sviluppo che era stato bloccato. Da una lettera di sua madre, che ricevetti dopo la consultazione, venni a sapere quanto segue.

Jill si sente un po' persa. I suoi problemi potrebbero apparire prevalentemente sociali o educativi. Le sue aperte e articolate lamentele riguardano principalmente se stessa in rapporto col mondo. Non riesce a farsi facilmente delle amicizie, si sente stupida e le manca uno scopo. Secondo me, queste sue lamentele possono mascherare un risentimento più profondo nei confronti della sua famiglia – o della mancanza di una famiglia – o contro di me, per varie ragioni che non riesce a esprimere. Sono sicuramente "loro" che non sono riusciti a fornirle abbastanza fiducia in se stessa, cosicché invece di unirsi alla battaglia dei suoi coetanei per la libertà, lei se ne sta impalata sulla porta, forse sperando ancora di essere compensata di ciò che ha perso prima di potersi allontanare.

La madre aggiungeva una nota biografica:

È nata nel 1950, è stata allattata al seno per nove mesi e da piccola era una bambina abbastanza ingorda. Quando aveva tre anni suo padre, che era della generazione del mio, morì. Io non penso che l'impatto di questa morte su di lei sia stato sfumato o attenuato. Fece in seguito dei disegni che rappresentavano le due differenti situazioni: la sua e la mia. Lei aveva, e ha ancora, un nonno e diversi zii, ma nella sua vita quotidiana non c'è stata nessuna figura maschile disponibile e veramente importante.

Dava l'impressione di essere una piccolina normalmente contenta, talvolta felice. Mostrava di avere buone risorse nel gioco immaginativo. Quando aveva dodici anni, io ebbi un crollo, una seria depressione, e fui ricoverata per dieci mesi. Non ha mai parlato molto di quel periodo: una volta che glielo chiesi, mi rispose: "Sapevo che sarei tornata, naturalmente".

#### IL COLLOQUIO

Quella che segue è la mia descrizione del colloquio, tratta da appunti che ho preso poche ore dopo il colloquio stesso.

Jill, diciassette anni. Consultazione: 7 febbraio 1968.

Prima e unica figlia, il padre è morto quando aveva tre anni. Alla famiglia si è aggiunto Tommy, adottivo, che ho visto una volta in con-

sultazione. Lui aveva allora sei anni e lei otto. Il padre aveva trent'anni più della madre.

Jill è venuta da sola. È una ragazza molto esile, con un vestito di velluto grigio: avrebbe potuto avere tredici anni. Una delle prime cose che disse fu che ne aveva quasi diciotto: evidentemente era abbastanza consapevole del fatto di sembrare tanto esile.

All'inizio ci fu un momento un po' sgradevole, in cui non sapevamo bene che uso avremmo potuto fare l'uno dell'altro. Cominciai con le domande preliminari sul motivo per cui era venuta da me: era stata mandata o era lei stessa che chiedeva aiuto? Disse che aveva problemi solo a scuola e che era là che il suo modo di funzionare la preoccupava. Aveva un blocco mentale nello scrivere temi e questo la rendeva molto depressa. Descrisse con maggiori dettagli come, se raccoglieva materiale per un tema e poi cercava di metterlo insieme, arrivasse subito a un punto da cui non riusciva più a proseguire. Le sarebbe piaciuto andare all'università, ma si sentiva destinata a fallire perché non era sicura di volerci andare. Dopo tutto, sarebbe stata semplicemente una continuazione di quello che succedeva a scuola.

In altre parole, sarebbe stata di nuovo fermata dal suo blocco nel funzionamento mentale.

Non aveva molti amici, anche se andava al liceo: sembrava pensare che le materie che studiava non valessero veramente la pena di essere studiate. Una di esse era "arte" e lei era ossessionata dalla domanda: che cos'è veramente l'arte?

Parlai un po' di lei e della sua situazione, dicendole che sapevo che viveva con sua madre, che il padre non c'era, e volli che sapesse anche che la madre mi aveva detto delle proprie depressioni e del fatto che la vita di Jill, a dodici anni, era stata disturbata dal suo scompenso (dieci mesi di ricovero).

C'era qualcosa che Jill tentava di dirmi: si trattava del fatto che lei aveva sempre pensato che le cose erano andate bene nella sua vita fino a un certo evento, probabilmente un incidente, e che da quel momento in poi aveva avvertito come di perdere la fiducia che le cose potessero andare a finir bene. Cominciai a descrivere tutto questo: disse che aveva sempre sentito che avrebbe potuto raggomitolarsi e che questo sarebbe servito a difenderla, ma che da quell'incidente in poi non poteva più affidarsi a questa difesa. Mentre parlavamo di questo, era chiaro che la ragazza avvertiva che una parte sporgente di sé era in pericolo a causa dell'ambiente, ma che non lo sarebbe stata più se si fosse raggomitolata. Naturalmente, si poteva pensare alla fan-

tasia di un pene connessa ad angoscia di castrazione, ma mi sembrò un linguaggio troppo crudo per descrivere quello che avveniva nella mente della ragazza. Potei esplorare delicatamente quest'area e rimasi dell'idea che non era un buon modo per descrivere la sua angoscia. A un certo punto, passammo al gioco dello scarabocchio. Mi accorsi che sarebbe stata più a suo agio con qualcosa che potevamo fare insieme e la cosa sembrò funzionare. Così andammo avanti come se fossimo stati due bambini che giocavano insieme e tutto questo sembrava molto naturale.

1. Trasformò il mio primo scarabocchio in una sorta di cigno.

2. Io trasformai il suo primo scarabocchio nella testa di una ragazza con i capelli lunghi come quelli di Jill.

3. Il mio successivo scarabocchio fu trasformato, in un modo molto fantasioso, in un cane visto dal davanti da una strana angolazione.

4. Il suo scarabocchio successivo fu cambiato da me in una cosa che lei chiamò un puledro.

5. Del mio successivo non sapeva che fare e disse: "C'è già dentro troppo". Questo corrispondeva a qualcosa che aveva già detto a proposito della vita: quanto poteva essere complicata, piena com'era di ogni sorta di possibilità.

6. Cambiai il suo successivo in un vaso. Fu d'accordo che era riconoscibile come vaso di vetro e sembrò sollevata dal fatto che fossimo arrivati a qualcosa di più semplice e circoscritto.

7. Del mio successivo disse semplicemente: "È una sedia moderna". Cambiai il suo in un cagnolino. Questo portò al fatto che la famiglia di Jill aveva un border-terrier.

8. Trasformò il mio successivo in qualcosa di architettonico: una sala da concerti di tipo molto moderno. Aveva lavorato in uno studio di architetto per pochi mesi come addetta alle pulizie, ma evidentemente le piaceva l'idea di fare dell'architettura la sua professione.

9. Il suo successivo lo feci diventare un paio di occhiali come i miei.

Qualche volta, giocando, parlavamo insieme. Mi disse che i suoi sogni non erano belli: sentiva come di cadere nella strada o giù dalle scale, le gambe le cedevano, ecc. Mi disse che la sua gamba sinistra era davvero un centimetro più corta dell'altra, cosa che non si notava anche se portava una minigonna molto corta, ma che evidentemente aveva un grande significato per lei. Accennò all'idea che in sogno si sentiva come se le mancasse un arto. Quando ritornammo sulla difficoltà di concentrazione, le dissi che osservando il suo Sé sentiva che

se avesse raccolto tutti i pezzi e avesse dato uno sguardo per vedere come li avesse messi insieme, ci sarebbe stato qualcosa che mancava, come quando raccoglieva materiale per un tema. Misi insieme tutto questo con il fatto indubbio che aveva dovuto vivere senza un padre. Sembrava che non avesse nessun sentimento particolare circa la morte del padre: certo era però che si irritava se la gente che lo conosceva parlava di lui, perché si sentiva tagliata fuori, era qualcosa che loro sapevano e lei no.

Fu allora che mi disse che la sua difesa, il raggomitolarsi, era crollata dopo un incidente stradale. Aveva avuto anche un incidente in cui si era rotta gli incisivi ed era perfettamente consapevole del fatto che per questo pronunciava male le parole. Mi raccontò quanto era stato stupido: stava svuotando una carriola, mentre teneva il cane al guinzaglio perché il coniglio era libero; il cane si era spaventato e lei si era voltata indietro per sgridarlo, ma un manico della carriola si era sollevato e le aveva rotto i denti. Disse: "Che ironia! Ero arrabbiata col cane e sono stata io quella che si è fatta male". L'incidente le causò uno shock considerevole e turbò anche sua madre, perché alterava il suo aspetto. In questo riconobbi l'esistenza di un fattore esterno reale, come la morte del padre quando aveva tre anni. Jill disse che comunque suo padre era molto vecchio.

Nel frattempo, discutemmo dei suoi sentimenti circa il fatto di essere un ragazzo o una ragazza: aveva desiderato molto essere un ragazzo dal momento in cui era arrivato Tommy, da quando cioè aveva sette-otto anni fino a che non ne ebbe dieci; ora probabilmente preferiva essere una ragazza. Tastai il terreno rispetto all'invidia del pene di Tommy, ma Jill disse semplicemente che sapeva tutto della differenza tra maschi e femmine da prima che Tommy arrivasse. Bisogna aggiungere che Tommy era stato sempre un ragazzo molto difficile. Jill proseguì dicendo che quando aveva dodici anni sua madre si era ammalata; io le chiesi se avesse mai sognato di essere un ragazzo e la sua risposta fu che decisamente non aveva mai fatto sogni del genere. Aveva alcuni amici, forse tre ragazze.

A questo punto venne la parte significativa della consultazione. Fu il suo disegno dell'arto strappato via nel sogno, proprio quello che aveva sempre avvertito di se stessa. Ci tornò sopra successivamente e parlò del colore che aveva: era come il moncone di una gamba, con la carne pallida e violacea come quella dei pescecani (dissezione di biologia). Era un colore morto. Parlandone, disse che le veniva da pensare che fosse un arto strappato via a morsi da un animale selvaggio piuttosto

sto che la ferita di un incidente. Questo mi fece pensare al cane nell'incidente in cui, "ironicamente", furono i suoi denti a finire spezzati.

Alla fine feci un'interpretazione dicendo che secondo me questa era la cosa più vicina a quello che poteva aver provato alla morte di suo padre: non si ricordava di lui come persona e non aveva pianto la sua perdita, ma nondimeno, quando morì, una parte della sua vita morì con lui, e quindi c'era qualcosa che mancava. Nello stesso tempo, si poteva dire che aveva strappato a morsi qualcosa di lui, perché dovevamo ricordare l'importanza dei suoi denti, di cui mi aveva parlato in relazione all'incidente della carriola. Io parlai di come un bambino di tre anni gioca con le dita del padre, o con la catena del suo orologio o con qualcos'altro di lui, e di come possa morderlo: si poteva supporre con una certa sicurezza che anche lei avesse giocato così con suo padre. La sua morte e la sua sparizione furono avvertite da lei come se avesse veramente morso, invece di giocare a mordere, e questo aveva prodotto la fantasia di distacco del dito o di quant'altro potesse essere. Jill riuscì ad accettare questo come qualcosa da prendere in considerazione; alla fine espresse un certo stupore davanti al disegno dell'arto che era ancora lì da vedere e che aveva portato così alla ribalta questo tema centrale: la sua sensazione che da qualunque esame le fosse stato fatto si sarebbe scoperto che mancava qualcosa. Risultò che l'arto strappato via in quel modo era il sinistro, che era il suo arto più corto.

Alla fine facemmo una sorta di riassunto e discutemmo la possibile utilità di un colloquio di questo genere e anche l'eventualità che ne potesse essere stata disturbata. Alla fine, fu del tutto convinta e disse semplicemente: "Sono contenta di essere venuta. Arrivederci!", e se ne andò in uno stato d'animo amichevole.

Il mio commento su di lei fu che la parola giusta per descriverla era "triste". Se avesse potuto liberarsi dell'angoscia di quel "qualcosa" che mancava, avrebbe potuto capire che l'affermazione giusta era che è molto triste per una ragazza che suo padre sia morto quando aveva tre anni.

#### COMMENTO

Questo caso può essere preso ad esempio per illustrare come, benché un bambino piccolo non possa sapere che un arto è più corto dell'altro, arrivi un momento in cui egli avverte che l'atteggiamento dei

genitori e dei dottori, particolarmente quello di sua madre, con le sue angosce ipocondriache talvolta esitate in malattia depressiva, rende necessario accettare il fatto che c'è qualcosa di sbagliato da qualche parte. In questo caso la deformità era così lieve che avrebbe potuto essere ignorata.

Nondimeno, quando Jill arrivò a dover organizzare se stessa e la sua personalità tenendo conto di non avere un padre e di averlo perso all'età di tre anni, in un momento in cui, secondo i racconti familiari, era molto legata a lui, elaborò questo fatto insignificante nel sogno di una gamba morsa e strappata via da un animale selvaggio. Lo stesso meccanismo era in opera nella sua vita mentale, e fino al momento della consultazione era stata incapace di andare avanti nella sua crescita emozionale e intellettuale. Jill riuscì a riassumere la storia del suo sviluppo dopo la consultazione, e il follow-up mostra che si sottopose successivamente a una psicoterapia.

L'integrazione, nell'essere umano che cresce, prende una gran varietà di forme, una delle quali è lo sviluppo di un'organizzazione soddisfacente e funzionante di psiche e soma. Ciò comincia prima del tempo in cui è necessario aggiungere i concetti di intelletto e di verbalizzazione.

Le basi del Sé si fondano sul fatto che il corpo, essendo vivo, non solo ha una forma, ma anche delle funzioni. Le osservazioni rispetto a questo (che ho chiamato personalizzazione per stabilire un legame con il disturbo chiamato depersonalizzazione)<sup>3</sup> sono state fatte anzitutto studiando i bambini e le loro madri nella loro naturale interazione. Come utile aggiunta a queste osservazioni, vorrei attirare l'attenzione sull'aiuto che può derivare dallo studio di bambini con anomalie fisiche. In questo saggio c'è stato spazio solo per due esempi, ma può essere sufficiente per illustrare il modo in cui alcuni particolari clinici possono gettar luce su fenomeni così complessi. Molte anomalie fisiche non sono di natura tale che un bambino possa essere consapevole che sono effettivamente anomalie: il bambino tende a dare per scontato che quello che gli succede è normale. "Normale" è quello che c'è. È un fatto che spesso un bambino diventa consapevole di una deformità o di una anomalia tramite la percezione di fatti inesplicabili, come l'atteggiamento di coloro, o di alcuni di coloro, che fanno parte dell'ambiente circostante.

3. "Primitive Emotional Development", 1945, e "Mind and Its Relation to the Psyche-Soma", 1949, in *Collected Papers*, cit. [tr. it. "Sviluppo emozionale primario" e "L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma", in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, cit. NdT].

Un esempio molto complesso può essere fornito da un deficit mentale, in cui l'apparato per elaborare le percezioni complesse è effettivamente deformato dalla stessa anomalia che causa la distorsione ambientale. Non ho discusso qui un caso del genere. Sarà possibile, io penso, enunciare a partire da questi casi un principio che sia di applicazione quasi universale: e possiamo utilizzare il messaggio che mi è stato dato da Iiro, il mio primo caso. In effetti, ciò che egli disse della sua sindattilia congenita fu: "Io collaborerò con chiunque mi possa aiutare a migliorare la mia anomalia, purché io sia prima di tutto accettato e amato così come sono". Essere accettato e amato "così come sono" significa per Iiro "come io conoscevo me stesso attraverso la conoscenza del mio corpo, prima di capire che la gente mi vedeva anormale. E aveva ragione, perché, come sono arrivato pian piano a vedere e a capire, io sono deforme".

In questo modo, anche un bambino deforme può diventare un bambino sano, con un Sé non deforme e un senso del Sé basato sull'esperienza di vivere come una persona ben accettata. Le distorsioni dell'Io possono provenire dalle distorsioni di coloro che si prendono cura del bambino. La madre continua a introdurre e reintrodurre il corpo e la mente del bambino l'uno nell'altra e si può capire come questo semplice ma importante compito diventi difficile se il bambino ha un'anomalia che fa sentire la madre vergognosa, colpevole, spaventata, eccitata, disperata. In tali circostanze la madre può fare del suo meglio e niente di più.

Ne risulta come corollario che lo psicoterapeuta non deve dire: "Questo bambino non può essere aiutato perché ha un'anomalia fisica". Il senso del Sé e l'organizzazione dell'Io possono essere del tutto intatte, in quanto sono basate su un corpo che, per il bambino nel suo periodo di formazione, era normale.

In questo articolo, il punto principale riguarda la parola "Sé". Mi chiedo se c'è qualcosa che io potrei scrivere su questa parola, ma naturalmente appena mi metto a farlo mi accorgo che c'è molta incertezza anche nella mia stessa mente rispetto a quello che veramente voglio dire. Mi sono accorto di aver scritto quanto segue. Per me il Sé, che non è l'Io, è la persona che sono io, che è solo me e che ha una totalità basata sull'operare del processo maturativo; nello stesso tempo, il Sé ha delle parti ed è in effetti costituito di queste parti, che si agglutinano dall'interno verso l'esterno nel corso del processo maturativo, aiutato come può essere, soprattutto all'inizio, dall'ambiente umano che contiene e maneggia il bambino e lo facilita in un modo

vivo. Il Sé si trova naturalmente collocato nel corpo, ma in certe circostanze può dissociarsi dal corpo, o il corpo da esso. Il Sé riconosce se stesso negli occhi e nell'espressione del viso della madre e nello specchio che può arrivare a rappresentare il viso della madre. Alla fine, si arriva a una relazione significativa tra il bambino e la somma delle identificazioni che, dopo una sufficiente incorporazione e introiezione di rappresentazioni mentali, si organizzano nella forma di una realtà psichica interna vivente.

La relazione tra il bambino e la sua organizzazione psichica interna si modifica secondo le aspettative dimostrate dal padre, dalla madre e dalle persone significative nella vita esterna dell'individuo. Sono il Sé e la vita del Sé che soli danno senso all'azione e alla vita dell'individuo, che è cresciuto fino a questo punto e che continua a crescere, dalla dipendenza e dall'im maturità verso l'indipendenza e verso la capacità di identificarsi con oggetti d'amore maturi senza perdere l'identità individuale.

## II. DUE ULTERIORI ESEMPI CLINICI

*Senza data, probabilmente scritti nel 1970<sup>4</sup>*

Questi esempi clinici e le considerazioni teoriche che ne sono scaturite mi hanno fatto pensare ad altri due casi, che mi sembrano adatti ad allargare il campo della personalizzazione e dei rapporti psichesoma. Uno è quello di una giovane donna con una seria infermità e l'altro quello di una bambina sana, cui è capitato di avere la pelle scura. Con questi due casi il contributo può terminare, benché la chiarificazione del problema generale stia solo cominciando.

### HANNAH, DICOTTO ANNI

Hannah mi fu inviata da un'organizzazione di servizio sociale volontario. L'assistente sociale in capo mi scrisse:

4. Questi esempi furono trovati insieme al precedente articolo nelle carte di Winnicott. [NdC]



Nata con una lieve spina bifida, cioè con un rigonfiamento alla base della spina dorsale del diametro di una noce che è aumentato con gli anni; piedi e gambe colpiti, ha una lussazione congenita dell'anca, ma non idrocefalo. Hannah sembra non essere stata sottoposta ad alcun trattamento fino all'età di quattro anni, quando fu ricoverata in ospedale. Si pensava a una visita di controllo e né lei né la madre avevano l'idea che sarebbe stata trattenuta. La madre pensa che molte delle difficoltà di Hannah siano nate da questo. A dieci anni ha subito un'ileostomia. Sia i genitori che la bambina ne furono molto colpiti; la madre non era stata sufficientemente preparata a quello che sarebbe accaduto. Al ritorno a casa, quando Hannah fu visitata dal medico di famiglia, egli commentò, davanti a lei: "Adesso sei come un maschietto, eh Hannah, ma ce l'hai nel posto sbagliato!". Ha avuto moltissimi problemi relativi alla defecazione, dopo l'operazione, problemi che l'ospedale affrontò prescrivendo clisteri giornalieri da eseguirsi da parte di un'infermiera di zona. La cosa continuò per mesi, finché i genitori si opposero.

Nel 1961, 1962 e 1963, subì ricoveri per le gambe e i piedi. Nel gennaio del 1964, Hannah fu ricoverata in ospedale su sua richiesta per rimuovere la protuberanza della spina dorsale, che le sembrava fosse cresciuta troppo, tanto che le impediva di indossare le gonne strette. A questo punto Hannah era cosciente di voler avere un corpo perfetto; per questa ragione si era sottoposta a un trattamento intensivo per le gambe e i piedi e a quel punto voleva mettere a posto la schiena. L'operazione fu molto difficile, richiese due ore di intervento e Hannah in seguito stette molto male. Sfortunatamente, non ha avuto un esito del tutto soddisfacente. Era stata avvisata che avrebbe dovuto portare dei tutori, ma ha sempre rifiutato di metterli. Recentemente ha chiesto al chirurgo di amputarle entrambe le gambe, per poterne avere due artificiali che sembrassero perfette, ma questo le è stato rifiutato. Da allora, ha utilizzato un nuovo tipo di sostegni che si mettono intorno alla gamba e sembrano gambe, ma siccome hanno delle giunture al ginocchio e all'anca e arrivano proprio sopra il ginocchio non hanno raggiunto veramente lo scopo. Hannah avverte ancora di essere storpiata e ha parlato a lungo con sua madre circa il fatto che per lei è peggio che essere handicappata, perché la gente si aspetta che sia normale. Soffre ancora molto per le sue gambe e tenta di nasconderele indossando lunghi stivali, pantaloni, ecc. Inoltre, secondo me, non ha ancora risolto il problema dell'ileostomia e ha espresso lei stessa il desiderio di andare da uno psichiatra.

La nostra organizzazione sociale si è mantenuta in stretto contatto con la madre di Hannah e le sta dando un sostegno intensivo. È stata una madre meravigliosa per la ragazza e le permette di parlare dei suoi sentimenti, ma, come ci ha fatto notare qualche giorno fa, si accorge che Hannah ha bisogno di qualcun altro che non sia lei con cui parlare.

Qui segue un resoconto del colloquio di Hannah con me, tratto dagli appunti che avevo preso al momento.

## CONSULTAZIONE DEL 10 GENNAIO 1968

Hannah è venuta da me da sola. La consultazione è stata richiesta dall'Associazione assistenti sociali.

Famiglia unita.

Hannah: diciotto anni.

Una sorella di ventiquattro anni.

Abbiamo parlato di cose strane. È venuta direttamente dalla scuola d'arte.

Il padre è magazziniere, ha fatto il disegnatore e questo potrebbe aver influenzato Hannah nella sua scelta di frequentare una scuola d'arte.

Prima di cominciare a lavorare con Hannah, ho sollevato la questione della motivazione.

Le ho detto che sarebbe potuta venire perché spinta a farlo oppure di sua spontanea volontà. Dopo averci pensato bene, mi ha risposto: "Beh, tutte e due le cose".

Dopo una pausa vidi che stava guardando il quadro appeso al muro della stanza e introdussi l'argomento della pittura e del disegno. Suppongo che non si fosse accorta di star guardando il quadro perché disse: "È buffo, sa che vado a una scuola d'arte?". Si descrisse come "non male in arte". Nonostante la sua età, pensai che avremmo usato la tecnica dello scarabocchio, in ogni caso come mossa d'apertura, e lei ci prese gusto rapidamente. Dimostrò di essere una metodica e accurata disegnatrice, mi chiese di passarle la borsa che conteneva gli occhiali e parlammo del suo anello, che aveva comprato per non so quanto, ma che valeva cinque sterline. In questo modo stabilimmo subito un contatto; usammo fogli interi invece dei mezzi fogli che uso con i ragazzi più piccoli perché mi sembravano più adatti, visto che era studentessa di arte e aveva già diciotto anni.

1. Trasformò il mio scarabocchio in un pesce preso in una rete, con un amo in bocca.

2. Io trasformai il suo scarabocchio in una pianta.

3. Il mio fu attentamente trasformato in un quadro astratto, che gradualmente diventò qualcosa che le sembrava soddisfacente. Parlò dell'impossibilità di stabilire cosa sia la bellezza. Osservò che nel disegno astratto puoi sempre cavartela e che sarebbe stato bello a colori o su un grande foglio di carta.

4. Fece diventare il suo la faccia distorta di un uomo o forse di una donna, che chiamò Celia per qualche sua personale ragione.

5. Cominciai a far diventare il suo una sirena. Con questo mi aiutò, e alla fine il disegno fu frutto di uno sforzo combinato. Parlai della Sirenetta di Copenhagen e lei si chiese come fosse nata la leggenda. Le feci notare che l'idea della Sirenetta era venuta da me, anche se derivava dal suo scarabocchio e lei disse: "Oh sì, me ne ero dimenticata". Qui si è presentato il pericolo di impantanarsi nel tema della Sirenetta, introdotto da me, mentre lo scarabocchio non aveva in sé un'idea del genere. Invece Hannah andò avanti su qualcosa che era più importante per lei e che aveva a che fare con il piacere di frequentare la scuola d'arte.

Commentò che le scuole uccidono e parlò delle difficoltà in cui si trovava perché, anche se l'insegnamento uccide l'originalità, quando era arrivata alla scuola d'arte non sapeva disegnare, invece adesso è capace. Su questo punto si trovava in un conflitto che nella sua testa non era ancora risolto.

Forse, giocando al gioco dello scarabocchio, avevamo già dato un contributo alla comprensione di questo conflitto centrale.

6. Il mio lo feci deliberatamente di tipo circolare e lei disse: "Riesco a vedere solo delle persone. Beh, farò di nuovo una persona" e la chiamò Phil (un nome che poteva riferirsi sia a un maschio che a una femmina). "Papà odia i ragazzi con i capelli lunghi, io odio la gente con i capelli corti. Penso che i capelli lunghi stiano bene, decisamente il numero 6 è un ragazzo". Il numero 6 assomigliava a diversi ragazzi che conosceva: "Hanno i capelli lunghi e questo non c'entra niente col voler essere delle ragazze. Perché fanno tante storie sui ragazzi che portano i capelli lunghi? Guardi l'età della pietra! Non sono mai uscita con uno di loro, o forse con uno sono uscita".

Da qui, riuscii a portarla sull'argomento dei sogni. "I miei sogni in genere sono spaventosi. Ne ho fatto uno l'altro giorno su mia mamma. Lei penserà che è una follia. Sono tutti ridicoli, quando mi sveglio mi chiedo come posso aver fatto sogni così stupidi, eppure quando dormo ecco che di nuovo spunta fuori tutto. In questo sogno la mamma diceva che stava per morire. Lo sapevano tutti e lei mi diceva: 'Mettimi nella bara prima di andare a scuola!' ed era in salotto nella sua bara. Tutte le volte che entravo avevo paura che fosse morta."

7. Illustrò questo sogno sulla morte di sua madre. Da questo momento in poi continuò a parlare di due opposte tendenze nella relazione con la madre. Era riuscita ad andare più d'accordo con lei da quan-

do andava alla scuola d'arte, ma c'era stata una lunga fase in cui le cose erano andate malissimo, quando aveva tredici, quindici e sedici anni. "Era tutta una lite inutile su cose di nessuna importanza, per esempio: 'Non vedi che quella sedia dovrebbe stare là e non qua?'". Aggiunse un commento generico: "Quando si pensa che bisognerebbe arrabbiarsi per come vanno le cose nel mondo e invece ci si arrabbia se una sedia sta qui invece che là!". E aggiunse: "Non sono un tipo litigioso. Ora la cosa finisce in una risata".

Circa suo padre: "Oh, non farebbe male a una mosca!"; ed era ovvio che in qualche modo lo disprezzava, mentre in qualche modo ammirava sua madre. Qui si aveva la sensazione che i litigi avessero le loro radici in un rimosso, e forse totalmente inconscio, legame omosessuale tra lei e sua madre, che non riusciva ad arrivare a una soluzione soddisfacente. Non c'era alcuna intimità, per quanto potei accertare, tra lei e la sorella maggiore. Continuò a parlarmi dei sogni: "Non sono logici, sono come un'altra vita. Dopo che sei morta che succede? È come se tu morissi mentre dormi e così sogni, il cielo o l'inferno".

Dopo una pausa aggiunse: "E così io vado all'inferno, ma non ho ammazzato nessuno!". Arrivai ora all'argomento della spina bifida e alla sua condizione complessiva dovuta a questa anomalia congenita. Le feci notare che mi sembrava stesse sfruttando in tutti i modi possibili il suo senso di colpa e di responsabilità per le cose, indicando così quanto avrebbe desiderato scoprire che i suoi problemi erano in realtà problemi normali che derivavano dalle cose aggressive, distruttive e odiose della sua stessa natura. Il difficile, le suggerii, era che il problema principale non aveva assolutamente niente a che fare con lei: era quello che la gente chiama "la volontà di Dio", o un puro caso.

Hannah collaborò nel passare per un momento a questo aspetto della questione e parlare del fatto che non è una bella cosa che la gente nasca in condizioni tali da non poter mai essere normale. Discutemmo la logica dell'idea di un Dio vendicatore. Parlò poi della fine del sogno. Si era svegliata per vedere se sua madre era viva: "Nel sogno era morta davvero!". Io penso che questa in realtà fosse anche la sua stessa morte. Non mi fu possibile prendere appunti su tutta la discussione che facemmo su questo tema: quello che so è che io terminai il colloquio con un'affermazione di sentimenti positivi. Mi sentivo tanto attratto da questa deliziosa persona così deforme che pensai di tradurre in parole i miei sentimenti. Certamente non potevo ignorare la deformità che la rendeva così bassa e goffa quando camminava e che naturalmente l'aveva costretta a un lungo periodo di incontinen-

za, però le potei dire facilmente, e in modo del tutto convinto: "Hai proprio una faccia simpatica".

Alla fine di questa consultazione, penso che Hannah se ne sia andata con l'idea che non avevamo discusso di una deformità, ma di una persona: lei, una studentessa di scuola d'arte che aveva intenzione di costruirsi una vita sua. Se riuscì a ottenere un sollievo, questo venne dal modo piuttosto insolito in cui io arrivai al suo risentimento rispetto all'ingiustizia di essere nata con un'anomalia congenita gravemente invalidante. Mi verrebbe da pensare che il disegno della madre nella bara sia stato un punto significativo della consultazione, perché la portò molto vicino all'idea di morte e vendetta, all'interno di un quadro che consentiva l'amore nella relazione tra lei e sua madre.

Nella mia lettera al servizio sociale, scrissi:

Non so bene quanto sia stata utile questa consultazione con Hannah. È arrivata con grande difficoltà per i suoi disturbi agli arti inferiori, ma in un modo o nell'altro ha affrontato la neve gelida ed è rimasta con me per un'ora. Avremmo dovuto probabilmente avere a disposizione due ore, ma non sono riuscito a riservarle più tempo.

Abbiamo avuto un ottimo contatto e non ho fatto nessun tentativo di parlare dei problemi pratici che pure sono piuttosto importanti nel suo caso. Comunque è probabile che le vengano dati una quantità di consigli da questo punto di vista. Pensavo che fosse più importante lasciare che si sviluppasse tra noi una relazione in cui la sua personalità potesse sbocciare quanto più era possibile. Probabilmente ciò che Hannah non è riuscita a fare è stato arrivare al suo risentimento rispetto all'ingiustizia insita nel fatto dell'essere nata con una deformità congenita. Con chi ci si può arrabbiare per questo?

Sono arrivato rapidamente al suo interesse per i quadri vedendo che stava guardando quelli appesi nel mio studio. Quindi abbiamo continuato la nostra relazione disegnando e scambiandoci i disegni, all'inizio facendo un gioco, come se fosse stata molto più piccola.

Come sapete, frequenta una scuola d'arte e quindi era interessata al contrasto tra l'insegnamento di una tecnica accurata e la libertà di usare con spontaneità un foglio di carta e una matita, senza niente che avesse a che vedere col disegnare bene. Siamo arrivati insieme ad alcune cose significative, compreso un sogno spaventoso che penso fosse importante per lei comunicare a qualcuno. Molto giustamente, però, ha difeso i disegni dall'essere osservati con lo scopo di vedere quali idee vi fossero contenute, perché un disegno, per lei, deve essere fatto come un piacere e come un'espressione di sé e non allo scopo di fornire materiale da interpretare.

Non c'è bisogno che vi dica di più su questa paziente, al momento, perché non è questo che volete da me. Per avere un'indicazione sul da farsi, penso che dovrò aspettare di vedere che effetto ha fatto questa consultazione su Hannah. Dobbiamo aspettare alcune settimane. La mia impressione immediata è che Hannah non abbia bisogno di un aiuto psichiatrico e che possa maneggiare da sola le sue difficoltà. Però potrebbe aver piacere che questa visita che mi ha fatto abbia un seguito, forse due o tre volte all'anno, in modo che ci sia qualcuno al di fuori della famiglia che possa osservare i suoi progressi, del tutto separati dai progressi fisici. Mi piacerebbe che la cosa rimanesse nell'aria. È stato molto piacevole vedere Hannah, perché ha qualcosa di assolutamente autentico.

Il servizio sociale rispose come segue, dopo aver ricevuto una lettera dalla madre di Hannah.

La madre ci ha detto che ha tentato di impedire ad Hannah di venire da Lei con tutta quella neve, ma che Hannah ha insistito per farlo. Era molto emozionata dal fatto che la Sua lettera fosse indirizzata direttamente a lei. La madre aveva anche suggerito ad Hannah di non andare a lavorare quella mattina, e di stare a casa finché non fosse arrivata l'ora di uscire per l'appuntamento, ma Hannah aveva rifiutato. Aveva anche rifiutato di prendere in considerazione il suggerimento della madre di mettersi qualcosa di più adatto del suo vecchio golf e dei pantaloni. Hannah aveva ribattuto: "Beh, lui vuole vedermi come sono, no? E quindi io vado vestita così". Quando Hannah è tornata a casa dal colloquio con Lei, i genitori le hanno chiesto come era andata, lei aveva risposto: "È molto simpatico" e non aveva aggiunto altro. La madre ci aveva detto di non aver forzato Hannah, dato che prima l'avevamo avvertita che la ragazza avrebbe potuto preferire non dire nulla, ma che era rimasta molto stupita alla sua reazione, perché tutte le volte che Hannah era andata a farsi visitare da un dottore per le sue condizioni fisiche aveva sempre riferito parola per parola quello che lei aveva detto e come aveva risposto il dottore. Da quando è venuta da Lei, Hannah non ha continuato a ripetere sempre le stesse cose sulla sua situazione come faceva prima, però insiste ancora a portare i pantaloni e recentemente ha rifiutato di andare a una festa. Ne ho dedotto che la madre si aspettava che Lei avesse la bacchetta magica.

In risposta alle domande della madre, l'assistente sociale le ha detto che Lei era stato molto contento di conoscere Hannah, che era disposto a vederla ancora e che pensava che fosse molto ben integrata, considerato tutto quello che aveva dovuto passare. La madre ha espresso una certa ambivalenza rispetto al fatto che Hannah venga ancora da

Lei, ma è stata d'accordo sul fatto che dovremmo parlare della cosa con Hannah stessa quando sarà in vacanza.

Siamo interessati alla Sua opinione rispetto al padre e alla sorella. Nel lungo tempo in cui siamo stati in contatto con questa famiglia, abbiamo sempre avuto l'impressione che il padre fosse stato tenuto molto fuori dalla questione. L'assistente sociale dice anche che la sorella, che fa la parrucchiera, è abbastanza fuori dal quadro perché la relazione più intensa è quella fra Hannah e sua madre.

La mia risposta fu la seguente:

Sono pienamente soddisfatto del modo in cui Hannah ha riferito – in senso negativo – ciò che è successo tra lei e me. Non avrei sopportato il pensiero che la sua fosse stata un'altra visita da un altro dottore, dato che ne ha visti tanti per le sue condizioni fisiche. Spero che non venga fatto nessun tipo di pressione per spingere Hannah a parlare di quello che è successo perché in effetti le sarebbe molto difficile riferirlo anche se desiderasse farlo. Io stesso l'ho dimenticato, ma se Hannah e io ci trovassimo di nuovo seduti uno di fronte all'altra lo ricorderei.

Penso che la cosa più importante sia stata che ci siamo incontrati come due persone e non come un dottore e una paziente con una deformità. Potete tranquillamente lasciare che la sua relazione con me vada avanti da sola. Una volta o l'altra, forse, dirà che vuole venire di nuovo da me, nel qual caso farò del mio meglio per soddisfare la sua richiesta. Potrebbe anche darsi che non abbia più bisogno di me, e questo sarebbe ancora meglio perché indicherebbe un'indipendenza che io penso lei possa maneggiare, nonostante il fatto che per via della sua deformità sarà necessariamente dipendente dall'opera del chirurgo.

Poche settimane dopo, ebbi un'ulteriore lettera dall'assistente sociale.

Parlando di Hannah, la madre mi ha detto che ha fatto amicizia con una ragazza più grande, che aveva conosciuto alla scuola elementare e che frequenta la stessa scuola d'arte. Apparentemente, l'amicizia con questa ragazza è cominciata prima che Hannah venisse da Lei, ma si era sempre rifiutata di unirsi a lei in qualunque attività fuori di casa. Comunque, da quando è stata da Lei ha cominciato a frequentare una chiesa molto moderna insieme a questa ragazza. Il vicario qui è un giovane che tiene il servizio in un caffè e invece della solita funzione fa una sorta di gioco a quiz in cui incoraggia i più giovani a fare tutte le domande che vogliono. Hannah ci va regolarmente con questa ragazza e ha deciso di andare anche alla scuola serale, cosa che ha già comin-

ciato a fare, per prepararsi al GCE,<sup>5</sup> come la sua amica. Dopo averci detto questo, la madre si è interrotta improvvisamente e ha detto: "Beh, forse questo è il risultato della visita di Hannah dal dottor Winnicott, perché prima non avrebbe mai fatto una cosa del genere". Poi la signora mi ha chiesto se poteva chiedere ad Hannah se avrebbe desiderato venire di nuovo da Lei, ma le abbiamo detto che sarebbe stato meglio lasciare la cosa ad Hannah stessa.

Sei mesi dopo, ricevetti un ulteriore resoconto.

Pensiamo che Le faccia piacere sapere come sta Hannah. La nostra assistente sociale ha visto la madre la settimana scorsa e la madre ci ha detto che la ragazza ha avuto un costante anche se lento miglioramento da quando è stata da Lei l'anno scorso.

Ha cominciato a interessarsi ai vestiti e ha smesso di indossare sempre pantaloni: ora indossa abiti e gonne. Porta ancora degli stivali alti, che però sono molto di moda. Ha deciso anche, di sua volontà, di frequentare un college di materie tecniche allo scopo di ottenere il diploma completo di arte presso la sua scuola. Continua a fare amicizia con ragazzi normali e ha una vita sociale molto intensa, il che è in grande contrasto col modo in cui era solita nascondersi in casa e rifiutare di unirsi ad altri giovani. È tranquilla e allegra e non continua più a lamentarsi della sua condizione.

In un follow-up due anni più tardi, mi fu raccontato quanto segue:

So solo che Hannah sembra aver tratto un considerevole beneficio dal colloquio che ha avuto con Lei. Parla spesso di Lei e da allora sembra molto più fiduciosa. Sembra che Hannah abbia parlato alla madre dei disegni che Lei le ha fatto fare e dei quali sembra aver dato una sua propria interpretazione.

Il risultato favorevole non è necessariamente una diretta conseguenza della consultazione, benché si possa ragionevolmente affermare che al lavoro che abbiamo fatto insieme in quel singolo contatto professionale non è seguito alcun danno.

L'inferenza importante è che sebbene lo stato fisico di Hannah rimanga penoso e sgradevole e la ragazza continui ad aver bisogno di interventi ortopedici di supporto, il suo atteggiamento verso la propria infermità è cambiato, cosicché la sua personalità ha potuto portare avanti i processi di sviluppo che si erano seriamente bloccati.

5. Esame per ottenere un diploma statale di studi superiori. [NdT]

Un fattore importante fu la collaborazione della madre, che non sentì il bisogno di venire da me, né che le venisse detto cosa fare o quale atteggiamento adottare.

Il punto essenziale, mi sembra, fu che questa ragazza si sentì amata e accettata così com'era prima di essere obbligata, piuttosto bruscamente, a riconoscere che soffriva di un'anomalia fisica congenita invalidante e sgradevole.

#### MOLLIE, OTTO ANNI

L'altro caso è quello di Mollie, una bambina di otto anni. Mollie era stata adottata all'età di un anno da una buona famiglia dove c'era già una bambina di tre anni. Dopo l'adozione è nato un maschio, che ora ha tre anni. Per i primi uno o due anni, i genitori adottivi non si accorsero di aver preso con sé una bambina iperattiva, seriamente disturbata dai continui cambiamenti nello stile di accudimento che avevano caratterizzato il suo primo anno di vita.

Tutta la famiglia estesa amava Mollie e l'accettava in tutto e per tutto, ma non si poteva negare che la sua continua persecuzione nei confronti del maschietto avrebbe potuto avere un effetto deleterio sullo sviluppo della personalità di quest'ultimo.

La madre aveva consultato un Servizio di consulenza psichiatrica per bambini<sup>6</sup> e le era stato detto che avrebbe dovuto trovare per Mollie un posto lontano da casa, come un collegio o un'altra famiglia adottiva. La madre pensò che ciò fosse sbagliato e mi consultò per sapere quale fosse la mia reazione a questa proposta, che l'aveva sconcertata. Il cambiamento avrebbe potuto aiutare il suo bambino, ma avrebbe significato perdere ogni speranza di portare l'inquieta Mollie a qualche forma di integrazione sociale.

Nella consultazione terapeutica con me, accaddero molte cose che qui saranno omesse. Ci furono delle fasi difficili a causa dell'estrema irrequietezza di Mollie.

Quello che invece vorrei riferire è l'inaspettato cambiamento di prospettiva che avvenne dopo aver giocato al gioco dello scarabocchio per circa un'ora. Mollie evidentemente aveva acquistato fiducia e improvvisamente introdusse un nuovo tema che aveva a che fare con

6. Nel testo: "Child Guidance Clinic", un centro per la psicodiagnosi e la psicoterapia dei bambini. [NdT]

il fatto che era arrivata ad accorgersi di avere la pelle scura (i suoi genitori naturali erano di origine africana) mentre la famiglia adottiva era inglese e di pelle chiara.

Bisogna sapere che Mollie era una bambina per la quale era molto difficile tollerare che la mamma rimanesse nella sala d'aspetto e che tentava costantemente di riaffermare se stessa nella relazione con lei, baciandola o abbracciandola affettuosamente e in genere dimostrando un amore autentico, anche se clinicamente esagerato dall'ansia.

Eravamo arrivati, giocando, al disegno numero 9: tre porcellini, padre, madre e figlio. Mollie riuscì a dirmi che i suoi compagni di scuola le avevano gridato dietro, come fanno i bambini, "Porcella adottata!".

Improvvisamente prese il foglio tra le mani e disse: "Adesso disegno il mio sedere". Il numero 20 era il disegno del suo sedere, che all'inizio era pulito e senza segni. Immediatamente dopo fece dei segni aggressivi con la matita sulle natiche, accompagnati dalle parole: "Come vorrei essere bianca!" (come il bambino che tormenta).

Si potrebbe pensare che stesse dando un quadro di incontinenza, ma io sapevo che questa non era l'interpretazione giusta. Mollie stava illustrando la denigrazione. Il maiale le aveva fatto venire in mente il mangiare e le fantasie cannibaliche e lei aveva subito privato le natiche di ogni attrattiva. In altre parole, le aveva trasformate in maiali cattivi, maiali che nessuno vorrebbe mangiare.

Dovetti essere molto rapido nell'utilizzare questa comunicazione inaspettata, perché Mollie sembrava non nutrire la minima speranza di poter essere capita e certamente, con la sua mente cosciente, non aveva idea di quello che mi stava dicendo e illustrando.

Allora le dissi: "Hai disegnato le guance del viso di tua madre e nello stesso tempo i due seni. I bambini bianchi e la mamma bianca vogliono mangiarsi e questo significa che si vogliono bene. Poi vengono le paure sul mangiare e sull'essere mangiati e allora le cose buone devono essere rovinate, se non si vuole che vengano distrutte. Ma prima viene il mangiare, il cannibalismo e la distruzione".

Continuando a disegnare, Mollie disse: "Sì, sono scura, ma mi piace di più il bianco". Il disegno 21 rappresentava il corpo della madre e un misto di distruzione di seni e di denigrazione del corpo come difesa, ma a prezzo della qualità precedente. Per lei, che è di pelle nera, il bianco è un'idealizzazione, ma per i bambini bianchi il bianco è una fase iniziale del tutto naturale, e Mollie si sente deprivata di questa fase, come se avesse dovuto cominciare con un handicap.

Stava lottando per accettare quello che aveva soltanto gradualmente cominciato a capire di se stessa. Tutta la sua famiglia l'accettava così com'era, e in effetti era molto bella, nel modo giusto per la sua età, con una pelle perfetta.

Come per mostrare che sapeva di cosa era stata privata, Mollie disegnò il numero 22, se stessa che dava alla mamma un calcio rabbioso, e disse: "Ho preso a calci mamma". Qui cominciò a diventare ansiosa e corse dalla madre per ristabilire la relazione affettuosa.

C'erano anche alcuni riferimenti indiretti a istanze sessuali collaterali: il sedere del padre. Il mio divano la fece pensare a un dottore che visitava lei e suo padre e io ipotizzai che probabilmente Mollie aveva visto suo padre mentre gli veniva fatta un'iniezione di penicillina sulle natiche durante una malattia. Inoltre, la matita che stava usando aveva un cappuccio, che lei tolse dicendo che si stava togliendo le mutandine. C'erano molti punti che si sarebbero potuti verificare in successive sedute o in una conversazione con la madre, ma sapevo di aver a che fare con gli stessi fattori dinamici che fanno disegnare alle adolescenti anoressiche belle donne con il viso coperto di macchie. Le stesse considerazioni teoriche possono essere utilizzate per spiegare l'acne adolescenziale. Il conflitto è nell'area della denigrazione come difesa e del biancore o della luminosità come espressione dell'idealizzazione, che si verifica nella misura in cui questa esperienza non venga adeguatamente elaborata nei primi stadi dello sviluppo individuale, quando il bambino vive in un mondo soggettivo, prima che l'oggetto venga reso esterno calciandolo via, mordendolo, strappandolo o rovinandolo in qualche modo.

Mollie stava tentando di considerare l'effetto particolare che la scoperta di avere la pelle scura stava avendo su di lei, facendola sentire deprivata di un elemento essenziale dello sviluppo precoce della personalità e della realizzazione di sé.

Mollie accetta la sua condizione, ma si sente paralizzata dal fatto di essere insediata [*to dwell*] in una pelle nera, non per come lei appare oggi, ma per ciò che questo significa in termini di primi stadi dell'esperienza.

## INDIVIDUAZIONE

*Conversazione tenuta presso la sezione medica  
della British Psychological Society nell'ottobre 1970*

Questa parola non mi è mai piaciuta e non la uso mai. Il fatto di aver accettato l'invito a parlare in questo convegno si deve a un'idea che mi porto sempre dietro, e cioè che potrei imparare qualcosa.

Uno sguardo all'Oxford Dictionary mi mostra che questa è stata una parola rispettabile per almeno trecento anni e che veniva usata nelle discussioni filosofiche. Eppure non riesco a farmela andar bene, forse per ragioni un po' infantili – la radice comprende la "d" di "individ-" e quindi se uno va avanti a utilizzare anche la "u", penso dovrebbe continuare come si fa di solito e arrivare a "individualizzazione", altrimenti è come se dicessimo "civilazione" invece di "civiltizzazione". In tedesco, naturalmente, il termine junghiano può avere più senso.

Voi però da me non volete della filosofia, ma una definizione del modo in cui un individuo diventa tale, naturalmente se riesce a raggiungere questo stadio.

Stiamo parlando dei processi maturativi ereditari del bambino: ma riconoscere questi processi non basta a far sì che il bambino proceda nel suo cammino, a meno che la cosa non venga favorita da un ambiente facilitante. La definizione di un ambiente facilitante e delle sue qualità essenziali ci porta in un territorio interessante, ma complesso e difficile. Ho scritto tutto questo a modo mio, con il linguaggio che sono solito usare e non ho dubbi che alcuni dei termini che uso nei miei scritti vi irritino almeno quanto io mi sento irritato da quello che è qui in discussione. Non stiamo discutendo un termine, ma un processo di sviluppo. Dirò subito che io penso che Jung abbia fatto bene ad attirare la nostra attenzione sul fatto che gli esseri umani, tranne nel caso in cui siano intrappolati nella rigidità delle loro stesse difese, continuano a crescere da tutti i punti di vista fino al momento della mor-