

**Un contributo alla problematica del vuoto e dell'assenza**

**Giuseppe Martini**

dal libro di

Giuseppe Martini, *La psicosi e la rappresentazione*, Borla, 2012

*per Salomon Resnik*

*1. L'articolazione tra vuoto e assenza nella genesi del pensiero*

Nodo essenziale del moderno interrogarsi intorno all'Esser-ci, la problematica del vuoto ha ripetutamente sfidato il pensiero contemporaneo.

Basti pensare a quale rilevanza essa abbia assunto nella fisica moderna, seppur nella consapevolezza che, in realtà, il vuoto totale, inteso come completa assenza di materia ed energia, non esiste, al pari del pieno assoluto. Peraltro è possibile cogliere tra i due un rapporto di derivazione per cui l'uno può assumersi, in senso generico, come matrice da cui si origina il secondo. Né mancano teorie (*Theory of Everything*) volte a sostenere che la nascita del nostro universo sia stata provocata dal passaggio da una situazione di «falso vuoto» a una di «vero vuoto», laddove i due attributi indicano semplicemente delle differenze relative di energia. Considerando infatti l'inesistenza del vuoto totale, si può definire «vuoto» — seguendo Heisenberg — un sistema «che si trova a un minimo di energia rispetto al mondo circostante, abbandonando la pretesa che tale minimo coincida con lo zero» (Melchiorri, 1986). In tal modo si può ammettere l'esistenza, in un altrove temporale o spaziale, di un minimo ancor più basso di energia, che possa assumere l'aspetto di un «vero» vuoto, riducendo il nostro a «falso». La teoria di cui sopra prevederebbe dunque che l'universo, paradossalmente, si sia generato, o comunque espanso, proprio durante il passaggio a una situazione di «vuoto ancor più vuoto».

Su di un versante filosofico, la categoria del Nulla è stata soprattutto oggetto di riflessione da parte dell'esistenzialismo francese che ne ha colto, con J. P. Sartre, la stretta, eppur contraddittoria, correlazione con l'Essere: « Se togliamo a questo vuoto originario il suo carattere di essere vuoto di

questo mondo... la negazione stessa svanisce facendo posto a una totale indeterminazione... *non vi è non-essere che alla superficie dell'essere*» (1943, p. 52).

Ma di quale essere si tratta? lasciamo in sospeso l'interrogativo per recuperarlo in seguito e consideriamo la questione su di un versante psicopatologico.

In prima battuta, potremmo immaginare che quel disagio diffuso che trova elevate espressioni nel dramma intellettuale moderno, così centrato sulle problematiche del non-senso, dello spaesamento, etc., condizioni anche l'espressione psicopatologica della schizofrenia, che risulta così ancora più contaminata dai sentimenti del vuoto, dell'inabissamento, dell'assurdo, cui è peraltro «naturalmente» predisposta.

Ma non per questo lo schizofrenico si converte in un intellettuale contemporaneo tentato dalla problematica dell'assurdo: il vuoto e l'assenza non rappresentano per lui categorie filosofiche, ma sono esperienze di vita, che hanno perduto quella loro articolazione, quel loro intrecciarsi da cui si originano la creatività, l'arte, e il pensiero stesso.

Ed infatti uno degli aspetti più drammatici dell'esistenza schizofrenica è rappresentato da quella sensazione di vuoto che il paziente vive e, con pari intensità, riesce a comunicare, generando sentimenti analoghi nel terapeuta. Costui, nell'impossibilità ad esperire questa radicale caduta dell'esser-ci, può avvertire in sua vece un drammatico senso di noia, inadeguatezza, impotenza. In tal modo il vuoto, da categoria psicopatologica, si converte in modalità della relazione e si insedia nello spazio dell'incontro.

Comprendere la distanza che separa, e nel contempo segretamente unisce, le dimensioni del vuoto e dell'assenza, significa interrogarsi sulla genesi intima del pensiero e sulla differenza — questa sì abissale — che continua a dividere la riflessione filosofica sull'assurdo dall'esperienza psicopatologica che di esso si può avere. Già in Freud sono la frustrazione e l'assenza a consentire la nascita del pensiero; Rapaport (1951) traduce abbastanza fedelmente la teoria classica nella sequenza: «incremento della tensione pulsionale → assenza dell'oggetto della pulsione → sua immagine allucinatoria».

Di qui si muove anche Bion (1967), istituendo però un modello più complesso del precedente, per cui la condizione iniziale è quella del «vuoto» (l'aggettivo deriva dalla metafisica kantiana) o delle «preconceptions». Essi, coniugandosi con la frustrazione (che a sua volta rimanda all'assenza) possono generare il pensiero, oppure, rigettando la frustrazione stessa, condizionano la genesi di operazioni espulsive mediante ipertrofia dell'apparato di identificazione proiettiva:

*preconceptions* (pensiero vuoto) + dato di realtà = nozione

*preconceptions* (pensiero vuoto) + frustrazione = «non seno» (assenza di seno dentro di sé) →

→ tolleranza alla frustrazione → pensiero → facoltà di pensare

*oppure:*

intolleranza alla frustrazione → sviluppo eccessivo dell'apparato per l'identificazione proiettiva

Il vuoto rappresenta così per Bion il prerequisito generico sia della capacità di pensare simbolicamente che di produrre una psicosi.

Ne deriva una correlazione con una concezione della genesi dell'arte (De Risio e Martini, 1987) per cui lo sviluppo della funzione creativa richiede il continuo riattingere in un magma inerte e indifferenziato (in cui le cose sono ancora assimilabili ai pensieri), che di per sé — laddove il Sé non riesca a sollevarsi e ne rimanga imprigionato — esprime però una situazione confusiva apparentata con la pulsione di morte.

Con le parole di Winnicott:

«il cercare può venire soltanto da un funzionario sconnesso, informe, o forse dal giocare rudimentale, come se avesse luogo in una zona neutra. E soltanto qui, in questo stato non integrato della personalità, che ciò che noi descriviamo come creativo può comparire. Questo, se rispecchiato, ma soltanto se rispecchiato, diventa parte di una individualità organizzata, e come risultato questo alla fine fa sì che l'individuo sia, che sia ritrovato» (1971).

Se, al contrario, il Sé si perde in tale magma, sarà alienato da ogni genuina esperienza depressiva (inevitabilmente correlata, come il simbolo, con la perdita e la mancanza) o potrà avvertirla, in modo inautentico, solo come «desiderio di ritorno verso l'oceano abbandonato» (Ferenczi, 1932), verso la pienezza che annulla il desiderio (che sempre può descriversi nei termini di: una mancanza di...). L'incapacità di esperire la depressione è dunque una sorta di tragico compenso, pagato con il ridursi vittima di questa attrazione per il non differenziato, per la pulsione di morte, per il “modo d'essere simmetrico” (Matte Blanco, 1975). Attrazione che, in definitiva, costituisce un'istanza dissolutiva incoercibile nei confronti di qualsiasi relazione oggettuale.

Meltzer fa notare come Bion, recuperando la nozione di «istinto epistemofilico» della Klein, ne amplifichi la portata avvicinandosi per primo all'ipotesi che «la sete di conoscenza possa sussistere come movente autonomo, come ricerca di cibo per la mente» (1982, p. 46). A questo punto, se lo scacco fondamentale della nevrosi è l'Edipo, quello della psicosi pone in questione proprio questo terzo istinto di base: «può aver luogo un'operazione attraverso cui il lattante istituisce un oggetto che lo aiuta a non-pensare, a fraintendere, ad elaborare menzogne e allucinazioni allo scopo di eludere frustrazione e sofferenza anziché modificarle» (*op.cit.*, p. 69).

*Nel momento in cui il vuoto non riesce a convertirsi in assenza emerge il rischio della schizofrenia. Il pensiero che, contrariamente a quanto suggerirebbe il senso comune, precede e*

favorisce lo sviluppo dell'apparato per pensare (altra importante intuizione bioniana), rimane una «cosa in sé», non più differenziabile rispetto alla materia, di cui conserva inerzia e pesantezza.

In questa prospettiva, ben lungi dal negare l'importanza dell'assenza per la genesi del pensiero, si evidenzia il rapporto inquietante, non oppositivo bensì generativo, che la lega al vuoto quale matrice ancora più basilica del pensiero stesso.

Riprendendo Sartre e pur convenendo circa la indissolubile coappartenenza tra essere e vuoto si potrebbe allora così specificare: alla superficie dell'essere indifferenziato non vi è che vuoto; alla superficie dell'essere differenziato si costituisce l'assenza.

Sembrerebbe dunque che il vuoto abbia a che fare con l'istinto di morte, l'omogeneo, il non differenziato: questo per lo meno è l'aspetto che maggiormente salta agli occhi nel caso di patologie schizofreniche. Eppure si è visto come le suggestioni che provengono dalla fisica, dalla filosofia esistenzialista e dalla psicoanalisi siano concordi nel suggerire la fondamentale necessità della dimensione del vuoto per la genesi dell'universo, dell'essere, del pensiero, dell'arte. Vuoto e assenza rappresentano dunque due dimensioni inscindibili dell'esistenza: non esse di per sé fondano la patologia (o qualsiasi altro fenomeno disgregativo), bensì il loro alterato rapporto<sup>1</sup>.

## 2. Il vuoto e l'angoscia di frammentazione

La percezione intensa del vuoto si associa spesso, e non solo nei casi di psicosi, ove è peraltro più netta, ad una modalità particolare di esperienza dell'angoscia che potremmo chiamare *angoscia di frammentazione*. Ci collochiamo così all'interno di un percorso che può condurre dall'ansia nevrotica al vissuto panico di perdita di identità e di confini, che beninteso non è esclusivo appannaggio delle situazioni psicotiche, ma in esse si dà nella forma più radicale e definitiva, accompagnata dalla percezione soggettiva che non vi sia più uno spazio e tempo ove il Sé possa collocarsi.

La teoria dell'angoscia come sviluppata da Freud (1925), seppur molto complessa, era a suo modo dotata di una certa linearità. Essa prevedeva una prima suddivisione in *angoscia attuale*, *angoscia segnale*, *angoscia dell'Es*. Quest'ultima, fondamento di tutte le altre, in un primo momento concettualizzata come derivante dalla rimozione, viene successivamente posta alla base della rimozione stessa, con una inversione dei rapporti di derivazione (non è più la rimozione che genera angoscia, bensì l'angoscia che genera la rimozione).

La complessa articolazione della tematica dell'angoscia non le impediva di essere dotata anche di una sua chiarezza, in quanto riferita *comunque* a contenuti specifici, in primis la perdita

---

<sup>1</sup> Ciò è detto nella consapevolezza dell'enorme differenza con cui tali concetti vengono assunti in ogni disciplina, ed anche della vaghezza che in tutte conservano. Ma forse è proprio questo limite del conoscere e del conoscibile che legittima l'utilizzo del medesimo vocabolo: tale vaghezza rimanda a un *quid* che tormenta e insieme sollecita creativamente il pensiero umano proprio in quanto mai compiutamente definibile.

dell'oggetto, indi la perdita dell' amore dell'oggetto, poi la paura della castrazione, e infine il timore di una punizione del Super Io.

Con la Klein (1978), lo studio delle angosce più primitive conduce all'emergenza dei fantasmi schizoparanoidi. Nella posizione schizoparanoide, a seguito dell'entrata in azione dell'istinto di morte e dell'angoscia che ne consegue, gli oggetti e il Sé sono scissi in una parte "buona" e una "cattiva". Le fonti dell'angoscia sono rappresentate dal trauma della nascita, dalla frustrazione di bisogni primitivi, dalle necessità corporali insoddisfatte. L'oggetto che non gratifica, il seno che non c'è, è avvertito come persecutorio e difensivamente tenuto separato dal quello che è presente, e dunque "buono", che così non viene contaminato dal primo. Anche il mondo interno si modella sulla base di una analoga scissione, che separa in due gruppi sentimenti ed emozioni. Nella fase depressiva si assiste invece alla ricomposizione del mondo esterno ed interno nella sua totalità e al conseguente determinarsi dei sentimenti di colpa. Nelle angosce depressive, infatti, interviene la colpa di aver danneggiato l'oggetto buono che ora è sentito tutt'uno con quello cattivo. Così il bambino, percependoli finalmente come le due facce della stessa realtà, teme di aver distrutto anche il primo con i suoi attacchi rivolti al secondo.

Proseguendo ancora il suo percorso teorico e clinico, in singolare congiunzione con l'antropologia e la filosofia esistenzialista, la psicoanalisi ha incontrato, derivandola per certi versi dalle angosce schizoparanoidi, l'angoscia del non esserci .

E' ad essa che sostanzialmente mi riferirò parlando di angoscia di frammentazione. Si tratta di vissuti in un certo senso più primitivi dei precedenti, in quanto legati non all'emergenza di determinati fantasmi, ma alla sensazione di andare in pezzi, di non avere un organizzatore contenente, tali da rimandare piuttosto alla carenza o alla mancanza totale della stessa capacità di immaginare o fantasmaticizzare.

Propongo di differenziare i vissuti di angoscia in *angoscia della fenditura orizzontale* (antifisiologica) e *angoscia della fenditura verticale* . Nel primo caso gli aspetti gratificanti sia del mondo che del Sè sono tenuti separati dagli altri, appunto per mezzo di questa frattura. Contemporaneamente, non essendovi confini definiti, questi aspetti del Sè e del mondo esterno tendono a fondersi tra di loro, specie quelli percepiti come negativi, non gratificanti. Questo per sottolineare come una componente importante dell'angoscia di frammentazione sia la inevitabile copresenza di un vissuto di fusionalità. Il sentimento di frammentazione può così essere inteso come l'altra faccia di quella medaglia che prevede la con-fusione tra aspetti del mondo interno ed esterno.

Nel momento in cui il Sè assume invece una posizione stabile e i confini sono già stabiliti, allora l'angoscia nasce piuttosto dal fatto che si è separato un me da un non-me, con i problemi di

relazione e comunicazione intersoggettiva che ne derivano. Laddove dunque *l'angoscia della fenditura orizzontale* è centrata sul dramma della differenziazione e dell' "esserci come presenza dinanzi al rischio di non esserci" (De Martino, 1957), *l'angoscia della fenditura verticale* è centrata sul dramma della relazione e dell'essere con l'altro

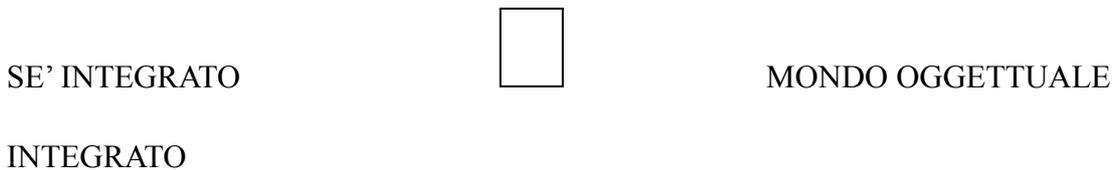
*Angoscia della fenditura orizzontale*

-----	-----
Sé buono	Madre (mondo esterno) buono

---

-----	-----
Sé cattivo	Madre (mondo esterno) cattiva
-----	-----

*Angoscia della fenditura verticale*



A ciò non consegue però che l'angoscia del paziente nevrotico si identifichi con l'un tipo e quella del paziente psicotico con l'altro, in quanto aspetti della prima e della seconda sono copresenti, in diversa misura, nei due quadri clinici.

Riferendosi ora più specificamente alle angosce psicotiche, è possibile proporre anche la seguente tripartizione. L' *angoscia depressiva grave* è evidente nei pazienti affetti da una grave depressione maggiore, specie se malinconica o delirante, ove si può giungere al paradosso di dolersi di non riuscire ad angosciarsi ed alla percezione di una sorta di gelo emotivo interiore. Secondo la Klein è proprio l'inquinamento di aspetti persecutori che caratterizza questa angoscia rispetto a quella della depressione non grave. Sul piano clinico questa vicinanza può convertirsi in sentimenti di odio, indifferenziato verso sè e gli altri, oppure in un vissuto delirante "misto", che

contempli sia l'aspetto della rovina che quello persecutorio. Grinberg (1976) ha sottolineato, al proposito, la contrapposizione tra colpa depressiva e colpa persecutoria.

L'*angoscia persecutoria*, propria del paranoico e dello schizofrenico paranoide, è più direttamente correlata, quale matrice o epifenomeno, con il delirio, con cui istituisce una sorta di circolo vizioso. Nel momento in cui l'angoscia esita nel delirio essa viene solitamente a stemperarsi grazie alla "scoperta" di un contenuto specifico (i persecutori hanno finalmente un nome) che però ben presto inizierà ad agire di rinforzo del livello di angoscia, accrescendolo ulteriormente. Per tali ragioni essa può essere intesa come una forma di *angoscia epistemofilica* (cap.10).

L'*angoscia di frammentazione* in senso stretto implica invece la rottura della membrana che separa il me dal non-me, dando luogo alla sensazione di non esserci. Essa include vissuti di fusione, di vuoto e, in prevalenza, di frantumazione. Sussiste certo continuità con l'angoscia schizoparanoide: proprio l'emergenza di fantasmi così drammatici come quelli con quest'ultima connessi può condurre alla sensazione di esplodere in pezzi. Tuttavia, alla fine, emerge una differenza radicale: nell'angoscia di frammentazione anziché con un mondo di fantasmi si ha a che fare con un vuoto di fantasmizzazione. L'angoscia di frammentazione, così strettamente correlata con la perdita di confini e la sensazione di vuoto attraversa in qualche modo tutta la psicopatologia, specie quella attinente le schizofrenie e gli episodi psicotici acuti, ma è anche esperibile nello sviluppo normale.

Un'efficace descrizione in prima persona di tale vissuto è riportata nel libro di L. Carrington "Giù in fondo" (1945), ove la scrittrice narra l'esordio di una psicosi acuta che si sviluppa nel momento in cui stava tentando di sfuggire all'avanzata nazista attraversando il confine spagnolo, verso la Francia, insieme con una amica:

"Stavamo viaggiando normalmente quando, venti chilometri dopo Saint-Martin, la macchina si fermò coi freni bloccati. Sentii Catherine che diceva: "Si sono bloccati i freni". 'Bloccati!' Anch'io ero bloccata dentro di me da forze estranee alla mia volontà conscia ed ero sicura che la forza della mia ansia aveva agito sul meccanismo della macchina, l'aveva paralizzato. Era il primo momento d'identificazione con il mondo fuori del mio corpo. (...) Durante il giorno cercavamo di fare passeggiate in montagna, ma mi bastava una leggera salita per bloccarmi di nuovo come la Fiat di Catherine e dovevo tornare giù. Mi bloccavo dentro alla mia angoscia, al di là di ogni descrizione. Mi bloccavo nei movimenti del corpo. Fu allora che capii che, con quell'angoscia, la mia mente, per così dire, stava cercando di congiungersi dolorosamente al corpo; la mia mente non poteva più manifestarsi senza produrre un effetto immediato sul mio corpo, sulla materia (...) il mio corpo non ubbidiva più alle formule stabilite nella mia mente, le formule della vecchia Ragione limitata; la volontà non mi si ingranava più nelle facoltà di movimento; poichè aveva perso ogni potere, bisognava quindi, per prima cosa, liquidare l'angoscia paralizzante e cercare poi un accordo fra la montagna, la mente e il corpo. (...) Un giorno, andai in montagna da sola. Da principio non riuscivo a salire; allora mi stesi bocconi sul pendio con la sensazione di essere interamente assorbita dalla terra" 1945, (pp.15-18).

La frammentazione, inizialmente tra il soma e la psiche, porta a un tentativo di ricongiunzione, che esita però in una rifusione tra corpo e mondo esterno (l'angoscia della fenditura

orizzontale): nel momento in cui la scrittrice percepisce il corpo svincolato dalla mente, cerca di recuperare un ordine più generale, cosmico addirittura, che esita nel tentativo di una fusione tra il corpo, la mente e la terra, tentativo che si traduce in un vissuto di annullamento, di “assorbimento”.

Con riferimento specifico alla schizofrenia, l’angoscia di frammentazione riassume quanto altri autori hanno definito *panico organismico* (Pao, 1979), *delirio come indifesa* (Benedetti, 1980), *assenza dei confini dell’Io* (Federn, 1953). In termini che esulano da un riferimento ad una specifica patologia, ma comunque rinviano al confine tra aree “nevrotiche” e aree psicotiche, Sullivan (1949) utilizza la pregnante terminologia di *angoscia del non me*:

“il passaggio seguente dell’inevitabile catena di sviluppo è la tripla personificazione del me buono, del me cattivo, e del sempre piuttosto umbratile ma spaventoso non me. Il me cattivo è costituito sulla base dell’esperienza di situazioni cariche di angoscia *in cui l’angoscia non era abbastanza grave da precludere l’osservazione e l’analisi*. Il non me cresce dall’analisi in gran parte retrospettiva di *precursori osservati in direzione della paralisi dei processi referenziali, paralisi sempre associata all’angoscia improvvisa e grave*” (*sottolin.mia*) (1949, p.88).

L’angoscia improvvisa e grave del non me è dunque qualcosa che blocca i “processi referenziali”, un’angoscia di vuoto, di non essere. Significativo potrebbe essere il confronto con le concettualizzazioni kleiniane, pur così distanti da questo autore, e soprattutto con il bioniano “terrore senza nome”.

Kernberg (1975) a sua volta parla, sulla scia di Erikson, di *dispersione di identità*. Essa consiste “in un concetto mal integrato del Sè e delle altre persone significative. Si manifesta nell’esperienza soggettiva di un cronico sentimento di vuoto, in percezioni contraddittorie del Sè, in un comportamento contraddittorio che non può essere integrato in alcun modo affettivamente significativo, e in percezioni superficiali, piatte e impoverite degli altri”. Può riguardare sia i borderline che gli psicotici, con la differenza che nei primi c’è una sufficiente differenziazione delle rappresentazioni del Sè e dell’oggetto, che manca nei secondi. Comunque, anche nelle personalità al limite, “le rappresentazioni del Sè e dell’oggetto restano rappresentazioni affettivo-cognitive multiple, contraddittorie, del Sè e degli altri”.

Kouth (1984) fa riferimento alla *angoscia di disintegrazione*. Come noto, secondo l’autore non è l’angoscia di castrazione a causare la nevrosi, ma è un disturbo di base del Sè a generare l’angoscia di castrazione. Abbiamo così un’angoscia edipica primaria, generata da una difettosa empatia dei genitori, e una edipica secondaria, che insorge quando prende il sopravvento il Sè edipico frammentato (fantasie e impulsi parziali, sessuali o distruttivi). L’angoscia edipica primaria è un caso particolare e specifico dell’angoscia di disintegrazione. Ciò che in essa si teme “non è l’annientamento fisico, ma la perdita di umanità, la morte psicologica. Chiaramente, quando si cerca di descrivere l’angoscia di disintegrazione, si cerca di descrivere l’indescrivibile”(1984,

p.36 ). Più oltre Kouth ne parla come di una “esperienza di orrore”, legata alla non disponibilità dell’oggetto-Sé empatico, e ne considera possibili espressioni la paura di perdere il contatto con la realtà, o anche la paura della psicosi.

Uno dei modelli più interessanti è di certo quello di Thomas Ogden. Esso prevede tre modalità dell’esperienza (e non tre fasi dello sviluppo!), che coesistono tra di loro: *contiguo autistica, schizoparanoide, depressiva*. Ad esse si affiancano altrettanti tipi di angoscia. Nella modalità contiguo autistica “sono esperienze sensoriali, in particolare al livello di superficie epidermica, quelle che offrono il tramite principale per la creazione del significato psicologico e per i rudimenti di un’esperienza del sé”(1989, p.55). Tale modalità “è intesa come una forma presimbolica, a dominante sensoriale, di costruzione dell’esperienza, una forma che assicura in larga misura i confini dell’esperienza umana e i prodromi di un senso del luogo in cui la propria esperienza si svolge” (*op.cit.*, p.76). Di conseguenza, l’angoscia omonima, al contrario di quella depressiva (paura di aver danneggiato l’oggetto amato) e di quella schizoparanoide (paura di catastrofe imminente e attacchi distruttivi), “implica l’esperienza di una incombente disgregazione della propria superficie sensoriale o del proprio ‘ritmo di sicurezza’, che sfocia nel sentimento di debordare, dissolversi, sparire o cadere in uno spazio senza limiti e senza forma” (*op.cit.*p.66-67 ) ed “ha il carattere di un terrore, intraducibile in parole, che venga meno ogni contenimento”(p.76).

Si potrebbe tentare di correlare questa angoscia del non esserci con una riflessione sviluppata in campo antropologico da Ernesto De Martino (1957), il quale evidenzia come alla base del pensiero nelle società primitive vi sia una percezione indistinta, indifferenziata, del rapporto uomo-mondo. Ciò provocherebbe nel soggetto una situazione di crisi: *la crisi della presenza*: “un’angoscia caratteristica lo travaglia: e quest’angoscia esprime la volontà di esserci come presenza dinanzi al rischio di non esserci” (1957 p.95). Infatti “il dramma storico della magia si inizia, come si è detto, con l’angosciosa esperienza di una presenza che non riesce a mantenersi di fronte al mondo, e quindi di un rischio estremo e definitivo, rispetto al quale tutti gli altri che sono connessi al vivere umano perdono il loro significato e il loro rilievo” (*op.cit.*, p.141). E’ significativo confrontare quanto scrivono rispettivamente De Martino a proposito della crisi della presenza, e Kouth in merito all’angoscia di disintegrazione: a seguito di essa, infatti, “non si teme l’annullamento fisico, ma il predominio di un ambiente disumano; la morte stessa non dovrebbe avere l’aspetto di un’angoscia di disintegrazione e ciò è possibile grazie alla funzione di oggetto-Sé di coloro che circondano il morente” (Kouth, 1944 p.39 ). C’è dunque un’angoscia che supera quella stessa della morte e che la presenza dell’altro può mitigare!

Le angosce di frammentazione, anche nel loro declinarsi al di fuori della psicosi e della schizofrenia, sollecitano la ricerca di una modalità del *mit Dasein* che parta dal corpo vissuto, alla

ricerca, in un qualche modo, di quelle radici biologiche del pensiero che in tali casi sembrano pescare in una sensorialità devastante. Esse sembrano invocare in primis un'intesa tra il corpo e la mente (*cfr.* Carrington) che può anche non tradursi in una consapevolezza linguisticamente traducibile (l'interpretazione), ma che deve necessariamente passare per una ricostruzione dello spazio, dei suoi limiti, della sua forma.

### *3. Fenomenologia del vuoto*

La persecutorietà del «pieno» e l'intollerabilità del «vuoto» rimandano l'una all'altra, in uno sterile gioco dei contrari inidoneo a far progredire verso l'ordinamento simbolico del pensiero. Alla drammatica alternanza tra vuoto e pieno si può collegare l'alternativa tra defekt e conflitto quali eventi generativi del processo schizofrenico.

Limitandosi però a domandarsi quale dei due origini dall'altro, quale sia la posizione «basica», si perde la complessa relazione clinica che intercorre tra queste due dimensioni del mondo schizofrenico (e insieme quella articolazione tra vuoto e angosce di frammentazione che si è tentato di illustrare nel precedente paragrafo). Su di un piano terapeutico è senz'altro opportuno, come suggerisce Pao (1979), porsi in sintonia sia con il conflitto che con il defekt (utilizzare cioè e la posizione interpretativa e quella dell'«essere con») visti come un continuum al cui interno la prevalenza varia a seconda della fase della malattia e del tipo di paziente. Ora, è comunque evidente che l'esperienza del «vuoto» resta l'ostacolo terapeutico maggiore, sia in quanto tende a contaminare l'analista insinuando in lui la noia e l'incapacità di pensare, sia perché rifugge dal lasciarsi convertire in «assenza», aspirando piuttosto al recupero della pienezza delirante.

Il concetto di vuoto è differente da quello di defekt in quanto più che rimandare ad un'ipotesi genetica, vuole cogliere il singolare aspetto relazionale della sofferenza schizofrenica. Vari AA. ne hanno riconosciuto l'importanza centrale per la comprensione della schizofrenia. Pao, pur dichiarandosi certo di una carenza genetica degli schizofrenici (il deficit originario), ritiene che «l'indifferenza emotiva oggettivamente osservabile e l'esperienza soggettiva del vuoto, della morte o del nulla sono elementi utilizzati indiscutibilmente a scopo difensivo» (1979, p. 250) e ricorda la presenza di queste idee già in Bleuler. Al pari del delirio, essi possono rappresentare per lo schizofrenico, terrorizzato per il possibile ripresentarsi di una crisi panica, la «miglior soluzione possibile», e sono purtroppo destinati a rendersi più evidenti man mano che la malattia progredisce e cronicizza. Benedetti (1980) si dichiara convinto della universale presenza negli psicotici delle sensazioni in questione, che chiama di «esistenza negativa», anche laddove risulti dubbia l'esperienza di frammentazione. Egli le descrive come «aree di morte», «zone mute» dell'inconscio ove non esiste rimozione, da cui il paziente si difende con una «esistenza a prestito» (*cfr.* la

«metempsicosi» di cui parla Resnik, 1986). Vivere dentro il corpo altrui, o introiettare pezzi della realtà esterna, è quanto consente allo psicotico di negare gli sconfinati spazi desertici della sua mente mettendo in atto un mascheramento, la cui capacità di tenuta è però sempre relativa. Questa fragilità può vedersi soprattutto in certi contesti culturali, che offrono poco sostegno alla credenza, al mito, al magico, e sono piuttosto propensi a sollecitare il senso dell'inautentico, del nulla, dello spaesamento.

Dobbiamo soprattutto a Resnik una compiuta descrizione dell'idea di vuoto nei pazienti schizofrenici. Continuativamente presente nella sua riflessione sin dai primi anni Ottanta, anche negli ultimi lavori l'autore torna a interrogarsi in merito alla "sostanza di un pensiero vuoto", segnalando come la carenza di una madre che "nutre, scalda e avvolge", e dunque l'introiezione di un non-seno, possano esitare nella percezione di un vuoto persecutorio: "un pensiero vuoto è quindi la presenza sostanziale di un'esperienza persecutoria che riempie di vuoto tutto lo spazio mentale del lattante" (2008, p.51). Nel contempo l'autore ribadisce come "ciascuno spazio mentale ha inizio come un vuoto, una discontinuità o una ferita (l'origine dello spazio e del tempo) che, se si sviluppa correttamente, diventa un luogo per i sentimenti e i pensieri" (*op. cit.*, p.191). Il vuoto creativo e il vuoto persecutorio sono evidentemente agli antipodi, ma insieme coesistenti. L'esperienza del dolore può forse aiutare a trasformare il secondo nel primo, ma per lo psicotico essa è "terrorizzante", inducendolo a preferire uno stato di "glaciazione". Così egli finisce sempre col trovarsi dinanzi alla "*impasse* ontologica" rappresentata dal "dilemma tra ritornare alla vita, scongelarsi, o morire del tutto" (*op.cit.*, p.91).

Il tentativo, fittizio e fallimentare, di evitare questa *impasse* può esitare nella ripetizione di una alternanza tra vuoto e pieno, nelle sue diverse espressioni fenomeniche<sup>2</sup>.

Si tratta di una «identità oppositiva» che si risolverà, nel campo della psicopatologia, in una serie di meccanismi espulsivi sia nei confronti del vuoto che del pieno, il cui bersaglio viene ad essere ora il corpo, ora la mente, ora lo spazio esterno.

Ad es. il vuoto può essere espulso nello spazio esterno.

È questo il caso di Maria Luisa, una signora cinquantenne con un delirio ricchissimo: dopo esser stata famoso medico e grande attrice, moglie di un discendente dei faraoni e poi di un magnate americano, a 33 anni subisce una malattia gravissima, muore e risorge, decidendo di concludere a quel punto la sua vita pubblica. Si fa così adottare da un'oscura coppia di una città di provincia (i genitori reali) ove continua a vivere tuttora nella modesta casa da loro lasciatale in eredità.

Più che il contenuto di tale narrazione interessano i meccanismi formali e relazionali del delirio: la paziente proietta all'esterno il suo spazio mentale interno e le *pièces* ivi rappresentate: palcoscenico ne è la sua casa, rigorosamente vuota, priva di mobilia, che si anima e riempie di presenze deliranti che non solo

---

<sup>2</sup> Curiosamente, la stessa etimologia di «folle» conserva in sé questo doppio significato. Se infatti alcuni linguisti (Devoto 2010, Battaglia, 1970) rinviano a «pallone gonfiato» ( il «follis» era un sacchetto di cuoio gonfio d'aria, utilizzato nei giochi dei bambini o dai pugilatori), altri (Troncarelli, 1981) traducono direttamente «sacco vuoto».

riemergono dal suo passato, ma continuano a ravvivare il presente. Il vuoto è espulso e drammatizzato nell'esterno, ma — una volta lì collocato — appare ancora inaccettabile e perciò riempito di presenze, sia pure persecutorie.

Oppure, nell'impossibilità di de-lirare mentalmente, il pieno può essere drammatizzato nel corpo.

Così capita a Claudio, giovane paziente dai tratti schizoaffettivi, molto introverso e scarsamente comunicativo, che pure ha avuto in passato episodi deliranti durante i quali si era «trasformato» in un ragazzo audace e inopportuno disinvoltato. Claudio vive con i genitori, ha un rapporto simbiotico con la madre e teme follemente di crescere abbandonando l'habitus di bambino che somaticamente si sforza di conservare contrastando le modificazioni da tempo oramai iscritte nel suo corpo (ha infatti 30 anni).

Egli è solito sopperire alle sensazioni di vuoto e monotonia della quotidianità (è sempre in casa, studiacchia, guarda il televisore) «riempendo» il proprio corpo sino a giungere a livelli preoccupanti di obesità. Mangiando egli accresce la corazza difensiva tra sé e gli altri (Resnik, 1989) e nel contempo «allarga» il suo spazio autistico (lo spazio del suo corpo) seppure a spese della costituzione di un «oggetto somatico» che in definitiva risulta ostile: la sua obesità gli ha provocato infatti un diabete alla cui cura egli dedica, con diligenza e interesse, gran parte delle sue energie.

Altre combinazioni prevedono l'espulsione del pieno nello spazio esterno, che si riempie di fantasmi persecutori, come nelle sindromi paranoidee o paranoicali, o di nuovo nel corpo, come nell'ipocondria delirante; altrove è invece il corpo ad essere investito del vuoto (come nei deliri di negazione e nella sindrome di Cotard).

Queste «manovre» possono condurre o meno ad un buco mentale: mondo interno e mondo esterno, mai veramente separati, sono addirittura tragicamente con-fusi nel caso dello schizofrenico, di modo tale che, soprattutto per l'intervento di meccanismi di identificazione proiettiva, cade miseramente l'illusione meccanicista di molti pazienti (e di non pochi psichiatri) per cui un compartimento (il corpo, o un «pezzo di realtà»), in quanto separato, preserverebbe il Sé da esperienze intollerabili.

E dunque, lo schizofrenico si difende con il vuoto da sentimenti persecutori o il vuoto stesso è così penoso che il delirio ne rappresenta una difesa? Il paziente è progressivamente preso in questo circolo in cui ogni esperienza accresce la drammaticità di quella successiva, di segno opposto. Esiste però una differenza significativa. Da un certo punto di vista l'esperienza psicotica «produttiva» ha una maggiore potenzialità difensiva: il delirio infatti rappresenta un modo raffinato di evitare il pensiero (e il ricordo) attraverso una ipertrofizzazione dei suoi componenti (il dubbio, il ragionamento ipotetico-deduttivo e induttivo, la fantasia) o del suo materiale di base (le percezioni, le rappresentazioni). Nei termini di Bion il delirio può cioè intendersi come un modo per evitare di sviluppare la «funzione del pensare» attraverso la moltiplicazione informe, caotica e neoplastica dei «pensieri». L'esperienza del vuoto al contrario è spesso interiorizzata e sofferta. Lo testimoniano quei pazienti che, come suggeriscono Searles, Arieti ed altri, tentano la morte per sentirsi vivi. La

scomparsa del delirio, la depressione «narcisistica» non sono indicativi, di per sé, di un miglioramento terapeutico (è sempre all'interno delle stesse opposizioni spurie che ci si muove!) sebbene facilitino (a spese di un aumentato rischio di condotte suicidarie) l'avvicinamento al terapeuta del paziente, che non nega più megalomaniacamente il proprio dolore.

Luisa, una ragazza schizofrenica di 22 anni, nella fase iniziale della psicoterapia ignorava la malattia, appariva indifferente ad ogni osservazione a carattere interpretativo o, piuttosto, viveva l'interessamento del terapeuta come intrusivo e pericoloso. «Lei non può aiutarmi; debbo solo trovarmi un impiego»: il suo pensiero si muoveva, in forma povera e monotona, lungo questa unica direzione, che tratteneva al suo interno, assieme al desiderio di lavorare, sentimenti di perdita del Sé, fantasie di morte dei propri genitori e il tentativo di espellere tali angosce aderendo formalmente alla norma sociale.

Solo in un successivo momento, dopo che il terapeuta ha frenato la propria ansia che la ragazza possa «fuggire» dal rapporto, e le è stato accanto ascoltandola ed evitando riferimenti alla malattia, per lei inaccettabili, riesce ad istituirsi un'atmosfera di maggior calore ed empatia e un sentimento di fiducia, sia pur incompleto e «a rischio». Ora la ragazza può vivere più genuinamente la sua depressione, riconoscere le proprie difficoltà, sino a coinvolgere l'altro nelle sue vicissitudini, chiederne l'opinione, confidargli la sua disperazione, e rivelargli infine il timore che egli intenda operarla e amputarla. In tal modo il nucleo delirante, ancora irrinunciabile, viene portato all'interno del lavoro terapeutico e non si oppone più, bensì convive con il desiderio di protezione e comunicazione.

Rispetto ad altre patologie (paranoia, ipocondria delirante, psicosi isteriche) nello schizofrenico il vuoto assume più decisamente le caratteristiche di una condizione esistenziale «di fondo». Nei primi casi, il sentimento di persecutorietà tende a localizzarsi, facendosi più tollerabile e «pensabile» (seppure nel modo distorto del delirio). Il «vantaggio» dovuto alla localizzazione, proiezione o settorializzazione<sup>3</sup> può sopravanzare la «perdita» a livello mentale e consentire, concentrando ogni preoccupazione dell'individuo, di lenire il dolore psichico.

Lo schizofrenico invece appare come una vittima inerme che si difende dal vuoto con armi sempre fallimentari. Sfuggono alla immediata comprensione i momenti, ancora più basilari, attraverso cui questo vuoto potrebbe essersi generato: anzitutto perché non simbolizzabili, e nemmeno «dicibili», come può esserlo invece la loro traduzione nel delirio che ne resta però distante proprio perché — attraverso di essa — il «terrore senza nome» ha assunto «il nome», è divenuto pronunciabile, esprimibile, ma attraverso quel velo opaco e apodittico che è la «teoria» del paziente, una teoria che ne cancella la storia e il ricordo per immergerlo in una sorta di onnipotenza autopoietica.

#### *4. Dal vuoto all'assenza*

Il ricordo infatti, come la fantasia e il desiderio, sono correlati con l'assenza, che rinvia a sua volta a una dimensione libidica dell'esistenza: alla ricerca, alla creatività, all'eros, come è illustrato nel mito platonico dell'androgino, secondo il quale il doloroso abbandono di uno stato di totale

---

<sup>3</sup> E' stata la psichiatria francese, con Ey (1978), a parlare di «deliri a settore», che coinvolgono cioè solo un'area della vita emotiva e delle relazioni del paziente, lasciando all'apparenza intatte le altre.

pienezza spinge, nostalgicamente, gli uomini a ricercare il loro completamento sessuale. L'assenza presuppone una (trascorsa) presenza. La *praesentia in absentia* è ciò cui tende l'evento simbolico: la rivisitazione di una vicissitudine affettiva fondamentale che, mentre viene ricostruita dal simbolo, si modifica e arricchisce, al pari del proustiano gioco della memoria che rende diverse le cose reali e nel contempo le vivifica per una incessante stratificazione di significati, esitando nella costruzione di una nuova realtà:

«Così, senza preoccuparmi della contraddizione insita nel voler guardare e toccare con gli organi dei sensi qualcosa che era stato elaborato dalla fantasia e ch'essi non avevano percepito (...), a infiammare maggiormente il mio desiderio era ciò che mi richiamava alla realtà di tali immagini, apparendo come una promessa d'esaudimento» (Proust, 1913, p. 472 ).

Il gioco di rimandi tra fantasia e realtà è perduto nello schizofrenico: non è che la prima soffra per l'assenza della seconda, e possa dunque aspirare a ricrearla attraverso quell'ulteriore movimento della fantasia stessa che è la rappresentazione simbolica. La fantasia, al contrario, è semplicemente cava: ad essa si contrappone una realtà opaca, perché piena, minacciosa, capace di assorbire tutto ciò che le si para dinanzi.

La perdita delle capacità simboliche dello schizofrenico consiste in questo mancato incontro tra il fantasma e il reale.

Se il terapeuta cerca di ricostruirlo, ipertrofizzando una realtà che già è tale, non potrà essere di grande aiuto al paziente. Ad esempio, sollecitandolo meccanicamente a lavorare, a costruirsi relazioni sociali, a trovarsi un hobby, lo si spinge verso una «pienezza» che è l'equivalente del delirio, ma per lui meno attraente. Perché le medesime cose mutino di significato e il nostro intervento si converta in una sollecitazione creativa verso la presenza, occorre che egli abbia in precedenza elaborato l'assenza e riacquisito, lungo il tragitto doloroso che la collega al vuoto, qualcosa che rimandi alla capacità di fantasticare.

Movimento, s'intende, raramente completo e mai lineare: l'accesso al pensiero simbolico e quella che Searles (1965) chiama *desimbolizzazione* (processo per cui le metafore già acquisite sono ora vissute, a seguito della malattia, esclusivamente nel loro significato letterale) rappresentano tendenze contrapposte costantemente presenti, in proporzioni differenziate, all'interno dell'analisi.

Ma come vanno considerate le comunicazioni, talora ricche e suggestive, che lo schizofrenico offre? È possibile, partendo di qui, approdare altrove? In realtà, esse non sembrano prive di un aspetto simbolico, che è però del tutto particolare in quanto si origina non dall'esperienza dell'assenza, bensì del vuoto (che, come si è visto, resta non di meno necessario perché nascano i pensieri).

Numerose terminologie sono state a tal proposito utilizzate: pseudosimbolo, protosimbolo, equazione simbolica, pensiero concreto. Qui si parlerà piuttosto, parafrasando Bion, di *simbolo senza simbolizzatore*, ad indicare la possibilità, anche per le più elevate attività del pensiero, di assumere un'esistenza anarchica, sganciata dal Sé, giustificandosi così la produzione di immagini complesse e artisticamente suggestive da parte di alcuni pazienti schizofrenici.

Esse si genererebbero però attraverso un processo di simbolizzazione radicalmente alterato, come indica Hanna Segal (1955).

La clinica ci fornisce esempi di distorsioni di differente livello:

a) Alcuni pazienti, pur psicotici, si valgono di un ricco uso di metafore e metonimie che facilmente si lasciano decifrare dal processo ermeneutico-interpretativo; eppure essi rifiutano categoricamente di cogliere il senso di queste produzioni e assumono così una sorta di atteggiamento «negativista». Questo caratterizza il livello superiore della alterazione della simbolizzazione in quanto il processo espulsivo che ne è alla base e si manifesta attraverso il diniego non giunge a disgregare il pensiero stesso. Il paziente, cioè, appena espresso il simbolo, lo misconosce come proprio e gli rifiuta un senso, lo fa opaco, inerte, lo de-vitalizza, con un procedimento inverso a quello che nella normale produzione simbolica (incluse le associazioni libere) fa seguire all'atto generativo una produzione di significati, o interpretazioni, che tende all'infinito.

Un adolescente dai tratti schizotimici, di notevole intelligenza, presentava sistematicamente una attitudine di tal tipo. Era sufficiente che il terapeuta avanzasse non un'interpretazione, bensì una semplice “traduzione” abbastanza letterale di quanto il ragazzo comunicava perché costui, tra espressioni di meraviglia, si affrettasse a negarla, salvo a recuperarla lui stesso, più tardi, nei casi in cui il significato appariva particolarmente evidente. Egli non tollerava in alcun modo che gli altri si «appropriassero» del suo pensiero, decifrandolo.

Una delle sue teorie fondamentali consisteva nel sostenere che il grande affetto materno avesse limitato il suo sviluppo intellettuale. Formulava tali pensieri, freddi e dogmatici, con ricchezza e precisione, giungendo a teorie che combinavano riflessioni psicologicamente fini con sensazioni di fusione e di «incompleto sviluppo dell'identità» (così si esprimeva!) a carattere psicotico. Rifiutava assolutamente di cogliere i correlati affettivi e simbolici, nel timore, forse, che essi potessero farlo esplodere. I pensieri, di per sé ricchi e complessi, venivano allora impoveriti e «isolati», assumendo una forma tale da collocarli nell'area di transizione tra i meccanismi ossessivi e psicotici.

b) A un successivo livello di frattura delle funzioni simboliche si collocano quelle immagini alquanto criptiche, né «comprensibili» né «derivabili», che rappresentano le produzioni «tipiche» dei pazienti schizofrenici, specie nelle fasi acute. Avendo esse perso ogni articolazione con l'apparato di pensiero del loro produttore, si librano in un luogo privo di confini, infinito, e dunque potenzialmente vuoto. Sono i «simboli senza simbolizzatore» per antonomasia. Con una sorta di

meccanismo a cascata possono operare una ulteriore disgregazione di quell'apparato di pensiero dalla cui rottura, dalla cui alterata funzione contentiva, essi stessi sono derivati<sup>4</sup>.

Stefano sta attraversando per la seconda volta un episodio psicotico acuto, di tipo schizofreniforme, ad anni di distanza da un incidente stradale cui sono residue delle menomazioni fisiche che a loro volta hanno determinato grosse difficoltà nelle relazioni interpersonali. La sua espressività simbolica è ricca e suggestiva, ma disarticolata. Le sue comunicazioni, verbali e scritte, assumono uno stile "onirico": «penso che dopo essersi fatto un nido, un pene possa volare dove vuole, ma non come un pipistrello, sebbene abbia un radar»; «si dovette fare un'identificazione su un tipo di essere uscito da una provetta chiamata chimica. Assomigliava a un essere umano ma era soltanto un'affascinante creatura epica, la cui impotenza indescrivibile si manifestava tramite un urlo che impauriva l'umanità, il cui significato era quello della liberazione attaccante-attaccare».

Come si vede, non si possono ridurre tali comunicazioni a una semplice mancanza di senso, o a un rapporto di inderivabilità rispetto alla sfera emotivo-affettiva del ragazzo. Il problema è piuttosto nella scomparsa di un soggetto che trattenga, limiti il proprio pensiero. Questo, paradossalmente, lo rende maggiormente interpretabile in quanto si dispiega al terapeuta un ampio ventaglio di possibilità. Ma in realtà, a quel punto, il simbolo si è ormai perso nella sua infinita (e come tale indistinta) polisemia. Sorge allora la necessità di aiutare le funzioni simboliche, sia pur attraverso un'interpretazione «poco garantita», a riemergere alla superficie del finito.

Un altro esempio, dal colloquio con un giovane schizofrenico nella fase di esordio della malattia: «... avverto che nel mondo succederà qualcosa, ma non voglio la guerra, voglio la pace; la guerra porterà alla rovina l'uomo, ma si potrà anche ricostruire». La comunicazione è chiara e il senso, nel suo contesto, abbastanza trasparente, ma la indistinzione tra guerra interna e guerra esterna testimonia lo stato precario delle funzioni simboliche. Il simbolo mantiene la sua ricchezza, ma perde per il soggetto che lo emette (in tal caso, non ancora per gli altri) i suoi referenti: esso viene così a combinare la massima astrazione (una guerra che coinvolge un qualsiasi luogo del nostro pianeta) con la percezione concreta (ma poco simbolizzabile) di una guerra effettivamente in corso all'interno del soggetto. La possibilità di un qualche conflitto bellico genera allora panico perché riferita, in modo assoluto e massivo ma non consapevole, al soggetto stesso.

c) Lungo questa direttiva, si giunge infine alla radicale disgregazione del linguaggio. La sintassi e la grammatica si sfaldano e le parole vagano isolatamente o caoticamente raggruppate: non più simboli senza simbolizzatore, bensì linguaggio senza effetto simbolico. Avendo perso ogni capacità

---

<sup>4</sup> La temporanea o permanente «scomparsa» del soggetto fa sì che i simboli ri-aderiscano agli oggetti, giungendo al punto in cui la massima astrazione si converte nella massima concretezza. Al contrario, in un normale processo di sviluppo, l'io assumerebbe con il tempo una funzione analoga a quella originariamente di competenza del padre: rompere il legame fusionale con la madre del bambino facilitando l'assunzione di un'identità. Così, successivamente, spetterà all'io- che ha interiorizzato tale funzione paterna- separare la cosa dal simbolo, consentendo l'acquisizione della funzione simbolica e della polisemia.

connotativa, esso vede — per questa stessa ragione — minata la sua funzione denotativa. La parola inarticolata tradisce insomma un pensiero inarticolato, informe.

Una paziente era solita iniziare i suoi discorsi, talora ricchi di neologismi e poveri di nessi associativi, rispondendo con coerenza alle questioni generali che le venivano poste, mostrando un adeguato senso della realtà; appena si impegnava in riflessioni inerenti la sua vita affettiva, perdeva ogni contatto con l'interlocutore e il discorso si «sgretolava»: il livello connotativo, cioè, destrutturato nella sua capacità di produzione simbolica, sembrava retroagire sull'aspetto denotativo che, a sua volta, si deteriorava. Contemporaneamente, specie all'inizio di tale movimento discendente, poteva talora osservarsi addirittura un rafforzamento, provvisorio, dell'aspetto simbolico, favorito dall'iniziale modificazione in senso schizofrenico del discorso.

Fornisco di seguito alcuni esempi dei diversi aspetti che poteva assumere la comunicazione:

- I) denotazione corretta, connotazione corretta, ma neutrale e distante dalla sfera affettiva della paziente: «ho telefonato a mia sorella chiedendole se poteva venire; l'ho pregata inoltre di portarmi una crema» ecc.;
- II) denotazione quasi corretta, connotazione ricca di simboli, che procede però verso l'anarchia: «io non so (riferita al marito) se tu sia 8 persone o 3 fratelli o 2 o uno solo, ma basta: va' fuori! curati, fatti un raschiamento!» (evenienza occorsa realmente alla paziente su cui incentrava gran parte dei suoi deliri).
- III) denotazione scorretta, connotazione caratterizzata da simboli caotici, solo transitoriamente comprensibili: «mi domandavo se vedevo remmo o lemno, se vedevo l'équipe di medicina... mio nonno è morto: ancora devo vederlo; è la morte più brutta, tale quale una donna, e io a prender sempre le gocce di.. Tantum, tale quale una madre...».

È probabile, come suggerisce Searles (1965), che sebbene la nascita del simbolo presupponga quella dell'Io, essa tuttavia non avrebbe avuto luogo se non vi fosse stata un'epoca in cui i confini tra Sé e mondo, tra figura simbolica e oggetto simbolizzato non fossero ancora presenti, e nella quale si sia data dunque la possibilità di un interscambio continuo tra i vari oggetti del pensare.

I simboli senza simbolizzatore sono sì i mattoni con cui si costruisce l'edificio simbolico, ma esso, al termine, assumerà un aspetto radicalmente differente dalla materia di partenza. Proprio perché non integrati, non cementati, c'è sempre il rischio che, anziché dar vita a una casa, si riducano a un cumulo di macerie, come può risultare evidente riflettendo sulla parabola discendente dei grandi artisti psicotici, o paragonando il momento della crisi, dal quale solitamente emerge un universo simbolico particolarmente ricco, con quello dell'autismo povero in cui il vuoto mentale impedisce lo stesso istituirsi della relazione verbale.

Tuttavia è importante rammentare come sia il caos stesso della psicosi che consente, nel mentre vi si oppone, di plasmare, dalla materia informe, questi simboli «originari».

In riferimento alla terapia, se ne potrebbe dedurre che le interpretazioni saranno valide, al di là del loro contenuto di “verità”, solo se e in quanto consentiranno una apertura verso quel processo di simbolizzazione sopra indicato. Si osserveranno così, alla fine del processo terapeutico, simboli oramai sotto il controllo del Sé, ri-nati grazie alla elaborazione dell'assenza (e dunque del lutto), e simboli senza simbolizzatore che, caotici e precari, ancora coesisteranno con i primi.

Soprattutto in campo artistico è evidente come *il discorso sul simbolo si articoli con quello sull'irrepresentabile*, che ne è stata sì la matrice, ma solo per consentirne il superamento infinito. Al contrario, nel corso della psicosi schizofrenica, il vuoto persiste e si ricrea all'infinito. Esso viene a riflettersi nello spazio della comunicazione costituendo una sorta di contenitore ovattato e terrificante che involge il senso del logos e lo disarticola. Allora la «creazione nel vuoto» che il terapeuta può tentare assume più importanza della ricostruzione archeologica che le scarse vestigia residue rendono largamente ipotetica.

Questo il senso della *presenza* dell'analista. *Convertire il vuoto in assenza* è operazione ipotetica e a rischio, l'unica tuttavia che possa consentire una effettiva modificazione strutturale che si diversifichi da operazioni di reinserimento sociale che, se meccaniche e manipolative, lasciano intatto il nucleo psicotico della personalità consentendogli peraltro (operazione non sempre disprezzabile) di meglio adeguarsi al reale. Ma questo adeguamento resta spesso ambiguo, né è escluso che possa fondarsi su un potenziamento dei nuclei psicotici stessi.

Per procedere oltre è necessario correre il rischio di una doppia depressione: sia del paziente che del terapeuta. Se il miglioramento del malinconico richiede che egli «impari» a deprimersi (Volterra e Martini, 1985), anche per lo schizofrenico è necessario l'istituirsi di un analogo processo. Se la frammentazione è infatti una difesa contro il dolore generato dalla costituzione, caotica e non integrata, del proprio Io, è però solo attraverso di esso che lo psicotico può ricomporre la propria unità e riorganizzarsi all'interno delle categorie dello spazio e del tempo, nell'ambito di un progetto esistenziale che non si cala più nell'onnipotenza, ma riconosce la mancanza e diviene così capace di riparare e di desiderare.

L'esperienza del dolore prelude, cioè, quella del simbolo, anch'essa fondata sull'assenza.

La depressione reintegrativa si contrappone a quelle da angoscia e da svuotamento del Sé (cap.4) proprio in quanto è l'unica che consente di esprimere sentimenti genuinamente depressivi quali la preoccupazione, il rammarico. Per questo essa deve prevedere il riconoscimento dell'assenza dell'oggetto. Solo in tal modo si possono demolire le difese patologiche dello schizofrenico, volte a negare lo spazio dell'Altro, e i limiti del proprio.

La depressione terapeutica si istituisce nel momento in cui compare una tensione dialettica tra la realtà e il delirio, prima assestatisi su una sterile contrapposizione. La consapevolezza della propria finitudine è ovviamente sempre dolorosa, ma ora non intollerabile: non conduce più a massicce identificazioni proiettive o intrusioni nello spazio altrui.

Il riconoscimento dell'assenza è destinato a rimanere a lungo sterile (ed allora il paziente avverte con angoscia la sua incapacità al cambiamento), ma può produrre, progressivamente, un

*dolore desiderante*. Un tale movimento non coincide con la guarigione ma, forse, la rende possibile.

Ricreare l'assenza nello spazio dell'incontro vuoi dire ricreare lo spazio del dolore e del ricordo contro lo spazio della frammentazione.

Questa è forse (ciò che il paziente percepisce come) «violenza» della terapia, necessaria per fronteggiare la “violenza” della schizofrenia.