

MASSIMO RECALCATI

(a cura di)

IL SOGGETTO VUOTO
CLINICA PSICOANALITICA
DELLE NUOVE FORME
DEL SINTOMO



Diversamente dal passato, oggi i sintomi non servono più per denunciare, per inviare un messaggio all'Altro, per chiedere amore, riconoscimento, per tentare una separazione, ma per entrare nel sistema e farne parte trovando un modello al quale aderire.

Con la clinica del vuoto si fa un lungo lavoro preliminare affinché per il soggetto quel dato sintomo torni a dire qualcosa, possa essere indirizzato all'Altro e possa tornare a essere dialettizzabile.

SAGGI PROFESSIONALI

Erickson

IL LIBRO

IL SOGGETTO VUOTO

In questo libro si indagano le forme contemporanee del disagio della Civiltà: anoressie, dipendenze patologiche, bulimie, tossicomanie, depressioni e attacchi di panico.

Si tratta di fenomeni di natura epidemica che impongono una nuova psicologia delle masse e un nuovo ritratto della nozione stessa di sintomo.

In questo testo il lettore troverà brani di insegnamento scelti su questi temi. Il suo stile chiaro e «parlato» e la sua impostazione non solo psicopatologica ma aperta a una riflessione più ampia sulla natura dei legami sociali lo connotano come uno strumento utile per tutti coloro che vogliono avere una comprensione più critica e consapevole del nostro tempo.

«Se un tempo si trattava di sgelare il desiderio inibito, oggi bisogna temperare l'accesso del soggetto al godimento...»

IL CURATORE

MASSIMO RECALCATI

Psicoanalista lacaniano tra i più noti in Italia, è membro analista di ALI (Associazione Lacaniana Italiana) di psicoanalisi e direttore scientifico dell'IRPA (Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata) e del Corso di specializzazione sulla clinica psicoanalitica dei nuovi sintomi di Jonas Onlus di Milano. Insegna Psicopatologia del comportamento alimentare presso l'Università di Pavia e Psychopathologie de l'anorexie presso l'Università di Losanna.

€ 22,00



9 788859 028819

www.erickson.it

Indice

<i>Presentazione</i> (di Massimo Recalcati)	11
<i>Breve sintesi dei fondamenti della clinica del vuoto</i> (di Massimo Recalcati)	15
CAPITOLO PRIMO	
Il godimento anoressico-bulimico (<i>Mariela Castrillejo</i>)	35
CAPITOLO SECONDO	
Le depressioni contemporanee (<i>Franco Lolli</i>)	55
CAPITOLO TERZO	
Clinica psicoanalitica delle dipendenze (<i>Uberto Zuccardi Merli</i>)	83
CAPITOLO QUARTO	
Le dipendenze patologiche (<i>Paola Gottardis</i>)	95
CAPITOLO QUINTO	
Il gruppo monosintomatico (<i>Francesco Giglio</i>)	115
CAPITOLO SESTO	
Il corpo nei fenomeni psicosomatici (<i>Natascia Ranieri</i>)	141
CAPITOLO SETTIMO	
Gli attacchi di panico (<i>Roberto Pozzetti</i>)	161
CAPITOLO OTTAVO	
I nuovi adolescenti e le nuove famiglie (<i>Maria Teresa Rodriguez</i>)	181

CAPITOLO NONO

Lo sportello di ascolto nella clinica
dell'adolescenza

(Simona Bani e Ombretta Prandini)

213

CAPITOLO DECIMO

Mediazione e separazione nelle nuove famiglie

(Giovanni Mierolo)

243

CAPITOLO UNDICESIMO

Clinica psicoanalitica della disabilità

(Franco Lolli)

269

CAPITOLO DODICESIMO

L'uso clinico dello psicofarmaco

(Chiara Oggioni)

297

Presentazione

Massimo Recalcati

In questo libro il lettore potrà trovare una sintesi degli insegnamenti impartiti presso il Corso di specializzazione per i nuovi sintomi Jonas Onlus attivo nella sede Jonas di Milano dal 2003, anno della fondazione di Jonas Onlus e del quale assicuro da quella data la direzione scientifica (www.jonasonlus.it). Ho deciso di chiedere a ogni docente del Corso un brano scelto della sua attività didattica che avesse la caratteristica di riprodurre il più fedelmente possibile i contenuti originari della lezione orale. Piuttosto di un *Manuale sulle nuove forme del sintomo* ho preferito proporre ai miei colleghi la via della parola orale rischiando in precisione e in rigore categoriale, ma guadagnando in freschezza e vitalità. Ho cercato cioè di pensare questo libro il più possibile aderente allo stile della nostra Associazione che si caratterizza proprio per una vitalità di ricerca che considero rara.

Questo libro è davvero un libro collettivo, prodotto di più voci, e che solo in parte potrà restituire al lettore il significato profondo di questa sua dimensione plurale. È un libro che volutamente intende proporre la dimensione parlata, vivente del nostro insegnamento. Per questa ragione il lettore non troverà note, bibliografia, apparati testuali di tipo universitario. Troverà piuttosto dei discorsi che girano, ciascuno con il suo proprio stile, attorno a una esperienza condivisa: quella che ci vede impegnati, ormai da un ventennio, alle

frontiere della clinica psicoanalitica nello studio e nel trattamento delle «nuove forme del sintomo»: anoressie, bulimie, dipendenze patologiche, attacchi di panico, depressioni, nuove famiglie, nuovi adolescenti, ecc. Abbiamo ripreso la categoria clinica delle «nuove forme del sintomo» dallo psicoanalista franco-argentino Hugo Freda che è stato per un certo periodo anche un nostro compagno di viaggio, almeno idealmente. Egli propose nella prima metà degli anni Novanta questa definizione della clinica contemporanea a partire dal suo lavoro con la tossicomania. Molti dei primi membri di Jonas, invece, provenivano dalla clinica dell'anoressia. Con la creazione dell'Associazione abbiamo provato a dare un respiro maggiore a quella categoria, esplorandola in una estensione nuova e arricchendola di contributi clinico-teorici inediti, sino a rifondarla. Dunque, tutti i discorsi che questo libro riporta girano attorno alle forme del disagio ipermoderno della Civiltà e delle sue espressioni sintomatiche più acute; girano attorno al lavoro clinico quotidiano con i pazienti che si rivolgono al nostro Centro. Il lettore potrà così avere un'idea generale di come in Jonas si concepisca la dimensione della psicoanalisi applicata alla terapeutica delle nuove forme del sintomo.

Quando abbiamo deciso di organizzare e di fare partire il Corso di specializzazione, Jonas Onlus era appena nata. Eravamo pochi. La nostra barca era esposta a mari cupi e minacciosi. Non eravamo certi della sua sopravvivenza. Jonas era poco più di un'idea, era una visione, un azzardo. L'organizzazione didattica di questo Corso fu la nostra prima iniziativa scientifica; lo concepimmo da subito come un luogo di trasmissione del nostro sapere sulla clinica contemporanea, ma anche come un laboratorio dove l'esperienza clinica e istituzionale di Jonas potesse trovare un modo fertile di confronto ed espressione scientifica. Nelle intenzioni c'era l'idea che potesse diventare, come nei fatti è accaduto, una sorta di bari-centro epistemico del nostro lavoro clinico.

Per tutte queste ragioni e per la storia che lo precede, questo strano libro, più parlato che scritto, non ha ai miei occhi solo il va-

lore di essere una testimonianza tangibile del nostro lavoro assiduo di ricerca nel campo dei nuovi sintomi che si è mobilitato dal 2003. Esso non è un trattato scientifico sistematico e compiuto. Non distilla, secondo un criterio epistemico rigoroso, il frutto del nostro lavoro. È qualcosa di meno di un trattato scientifico, ma è anche qualcosa di più di un trattato scientifico. Di meno, perché non si presenta intessuto di quel rigore filologico-testuale e categoriale e di quella sistematicità che un trattato richiederebbe. Di più, perché esso fornisce una testimonianza preziosa di cosa può essere una Comunità di lavoro che si è formata in anni di impegno condiviso, di passioni, di amicizia, di invenzioni. Una Comunità che è nata dal nulla, come un salto nel vuoto. Siamo riusciti a dare un corpo effettivo a una visione. Le abbiamo dedicato tempo, energie, volontà, preghiera. Abbiamo fatto esistere giorno dopo giorno Jonas contando sulle sole nostre forze. Eravamo poveri e poveri siamo rimasti. Ma nel tempo siamo stati in grado di costruire una ricchezza particolare, quella legata a una reputazione clinica e scientifica che con il nostro lavoro siamo riusciti a guadagnarci presso le istituzioni della salute mentale e l'opinione pubblica. Una reputazione che è cresciuta al di là di ogni nostra più rosea aspettativa.

«Eravamo una zattera e ora siamo una flotta», disse al nostro ultimo incontro nazionale il presidente di Jonas Onlus Mariela Castrillejo. Vorrei che il lettore sentisse, attraverso queste pagine, il sapore della nostra Comunità, che è una Comunità che io amo perché è fatta di capacità di lavoro e di festa, perché è fatta di colori diversi, perché pratica una forma autenticamente democratica di gestione dell'istituzione, perché non teme l'invenzione e il confronto con l'alterità, perché tiene le sue porte aperte alle sorprese, perché ha consegnato ai giovani il testimone della psicoanalisi applicata alla terapeutica, perché ha visto crescere e moltiplicarsi amicizie, legami, pensieri, amori, libri, sedi, luoghi, iniziative, incontri. Abbiamo attraversato certamente rotture e incomprensioni. Diversi amici ci hanno lasciato, altri si sono aggiunti. In Jonas c'è sempre chi si lamenta di Jonas. Jonas non è un'istituzione ideale. Non esiste

IL SOGGETTO VUOTO

un'istituzione ideale. Siamo ancora alla ricerca della forma di legame più adeguata a quella scienza che ci ha catturato e della quale siamo malati: la psicoanalisi.

Milano, 14 marzo 2010

Breve sintesi dei fondamenti della clinica del vuoto

Massimo Recalcati

Una nuova psicologia delle masse

Cosa intendiamo con la categoria di *clinica del vuoto*? A cosa ci riferiamo con questa espressione che dà il titolo a un mio libro del 2002 (*Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze e psicosi*) e che più in generale definisce la dimensione clinico-psicopatologica della quale si occupa il lavoro istituzionale di Jonas? A quale clinica si riferisce, dunque, la clinica del vuoto? In questa lezione cercherò di fare una breve sintesi dei fondamenti della clinica del vuoto.

Possiamo in prima approssimazione dire che la clinica del vuoto è quella clinica che comprende tutti i nuovi sintomi, tutte quelle manifestazioni sintomatiche che caratterizzano la nostra epoca: anoressie, bulimie, obesità, tossicodipendenze, attacchi di panico, depressioni. La cornice, lo sfondo sociale della clinica del vuoto implica dapprima una riflessione sulla *psicologia delle masse nell'epoca contemporanea*, nell'epoca cosiddetta ipermoderna. Freud, in un testo del 1919 intitolato *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, s'interroga sulla natura del legame sociale, su come funziona e su cosa costituisce la nozione stessa di *massa* come forma degenerata di legame sociale. Qualche anno dopo, con il *Disagio della civiltà* si interroga su perché il legame sociale in sé costituisca una fonte di disagio. Ebbene, questi due testi contengono una teoria complessa

del legame sociale e una teoria del disagio della civiltà che per un verso restano per noi un riferimento fondamentale, ma che per un altro necessitano di essere rivisitate, di un'integrazione supplementare, di un'attualizzazione critica. La tesi di Freud, che proverò qui a riassumere brevemente, consiste nel pensare che essere nella Civiltà, cioè essere implicati in un legame sociale, comporti necessariamente un sacrificio pulsionale, o più propriamente, come si esprime Freud stesso, una «rinuncia pulsionale». Più precisamente, in gioco è il sacrificio della possibilità di una soddisfazione diretta e immediata della pulsione in cambio di una iscrizione del soggetto nel programma della Civiltà. Potremmo dire che il programma della Civiltà in quanto tale esclude per principio la possibilità che la pulsione si soddisfi direttamente, immediatamente, costringendola a differire e a limitare la sua soddisfazione. Questo è il punto di partenza della riflessione di Freud, il suo punto archimedeo, il primo punto che dobbiamo sottolineare. Il secondo punto che ci interessa della dottrina freudiana del disagio della civiltà è invece relativo all'esistenza di ciò che viene definito da Freud stesso il «Super-Io sociale».

Il Super-Io sociale di Freud e la funzione normativa dell'Edipo

Che genere di istanza è quella che Freud definisce Super-Io sociale? Abbiamo in mente la versione metapsicologica classica del Super-Io come istanza interna della personalità (suddivisa nella seconda topica in Io-Es e Super-Io) finalizzata a promuovere l'internalizzazione dei divieti, delle leggi e degli interdetti morali che il soggetto sperimenta o immagina provenire dall'Altro familiare e, più in generale, dall'Altro dell'educazione. Eppure Freud ne *Il disagio della civiltà* parla anche di un Super-Io sociale la cui funzione consisterebbe nell'orientare il legame sociale, nel definirne il funzionamento, nella prescrizione di leggi che ne decretano il quadro normativo. La voce del Super-Io sociale esprimerebbe un comanda-

mento morale la cui presa si eserciterebbe non solo sull'individuo, ma anche sul discorso sociale come tale, dunque sul corpo collettivo della comunità. Ne deduciamo che per Freud e la psicoanalisi il mentale è sempre sociale e che, di conseguenza, la separazione tra mondo interno e mondo esterno è decisamente poco freudiana.

Qual è, dunque, il contenuto del comandamento del Super-Io sociale all'epoca di Freud? L'imperativo con cui si manifesta il Super-Io sociale freudiano esige la necessità della rinuncia, esige il dovere morale, ponendolo come condizione stessa di tenuta della Civiltà, come fondamento del patto sociale. Il Super-io sociale freudiano è dunque un Super-Io eminentemente morale. La sua voce kantiana si manifesta così: devi trascendere, devi superare il soddisfacimento immediato della pulsione, devi rinunciare all'appagamento senza limiti della pulsione per lavorare e generare ed essere iscritto di diritto nel programma della Civiltà. Il Super-Io sociale freudiano si manifesta come un *dover essere*; è un imperativo la cui natura è eminentemente kantiana.

In che cosa consiste per Freud la compensazione soggettiva di questa rinuncia pulsionale? Si tratta di una compensazione di tipo ideale-valoriale. Il soggetto rinuncia al soddisfacimento della pulsione e trova nell'identificazione all'ideale edipico, incarnato nella figura del padre, una forma fondamentale di compensazione; in altre parole, *l'identificazione all'ideale è il fondamento e, al tempo stesso, la compensazione della rinuncia pulsionale.*

La massa freudiana è orientata da una identificazione verticale all'Ideale. Freud non si limita solo a strutturare le istituzioni fondamentali della sua epoca (la Chiesa e l'Esercito) sul fondamento del Padre edipico, ma mostra, studiando il fenomeno dell'identificazione a massa del totalitarismo, e anticipando la funzione dell'Imago del Führer che compatta e unifica la massa attraverso un'identificazione verticale, la degenerazione patologica e autoritaria del Padre edipico che non si limita solo a porre una Legge che interdice il godimento assoluto e incestuoso della Cosa materna, ma che diventa esso stesso luogo infernale di un godimento illimitato e dissipativo.

In ogni caso, però, l'identificazione edipica resta per Freud ciò che dà senso alla vita, ciò che dà senso alla rinuncia pulsionale, qualificando in questa rinuncia la sola possibilità per una autentica umanizzazione della vita. È solo rinunciando al godimento immediato e primariamente incestuoso della scarica pulsionale che la vita umana si separa da quella animale e può ricevere un significato. La bussola dell'Ideale edipico era ciò che permetteva l'organizzazione dei legami sociali attraverso il differimento del godimento pulsionale. In questo contesto il Super-Io già costituiva una anomalia della Legge, una sua aberrazione speciale perché, anziché coordinare simbolicamente il desiderio alla Legge — funzione svolta dal Padre edipico —, esso operava separandoli rigidamente, opponendo la Legge al desiderio. Il Super-Io freudiano esige infatti la rinuncia, il sacrificio pulsionale, non per preparare la soddisfazione, ma per *rafforzare la rinuncia stessa*. Questo è il carattere demoniaco del Super-Io. Esso consiste nel porre la rinuncia stessa come una sorta di meta paradossale della pulsione; nella rinuncia ordinata imperativamente dal Super-Io, la pulsione, masochisticamente, si soddisfa. In questo circolo consiste il carattere infernale del Super-Io: fare della rinuncia, della Legge, una modalità di godimento della pulsione, e non ciò che offre dei limiti simbolici al godimento pulsionale. È quello che Freud chiama «masochismo morale»: elevare il sacrificio a un valore morale ideale.

Il cosiddetto «complesso edipico» non disegna solo il crocevia strutturale del cammino dell'essere umano verso la sua soggettivazione. Il modo in cui Freud pensa la psicologia delle masse si appoggia sul funzionamento dell'Edipo, il quale struttura lo sviluppo civile dell'uomo come una progressiva educazione normativa della pulsione, il cui soddisfacimento incestuoso è compito della Legge edipica proibire, offrendo al bambino, disposto a rinunciare al soddisfacimento pulsionale, la contropartita dell'identificazione simbolica all'Ideale. La funzione normativa che permette tutto questo è la funzione del Padre. Funzione alla quale Freud assegnava un doppio compito: introdurre una Legge capace di limitare il godimento (ten-

denzialmente incestuoso) e offrire se stessa come modello ideale identificatorio per orientare nel mondo la vita del soggetto.

La crisi attuale della funzione paterna

Nell'attualità del programma della Civiltà ipermoderna non possiamo non registrare una crisi generalizzata della funzione paterna. Una crisi della doppia funzione del padre; della funzione interdittrice della Legge simbolica e della funzione orientativa dell'Ideale che non è più in grado di assicurare il senso della vita.

Dovremmo quindi impegnarci come psicoanalisti a riscrivere la teoria del legame sociale nella nostra epoca, a concepire una nuova psicologia delle masse. È ciò che ci impegniamo a fare nel programma di ricerca di Jonas. Cosa cambia primariamente rispetto al quadro freudiano classico che abbiamo sino a qui provato a riassumere? Innanzitutto cambia la direzione del comandamento del Super-Io sociale. Nell'attualità la voce del Super-Io sociale non si esprime più in termini kantiani, nel senso che non esige più la rinuncia al godimento immediato nel nome dell'Ideale morale del dover-essere. Il Super-Io contemporaneo non è più un Super-Io kantiano. Se, come abbiamo visto, quest'ultimo si manifestava come elogio del dovere morale e si sosteneva sul senso di colpa che il rapporto con la legge morale implica necessariamente, attualmente il Super-Io sociale dominante si sostiene sul *comandamento del godere*, sul fare del godimento una obbligazione, sull'imposizione del godimento come Legge, sul fare diventare la spinta a godere una nuova Legge. Più precisamente, la metamorfosi attuale del Super-Io significa l'emancipazione del Super-Io dal luogo della Legge morale e la sua presentificazione come imperativo di godimento illimitato. Non è più il rigorismo del dover-essere kantiano a regolare i legami sociali, ma il libertinismo sadiano che sostiene una volontà di godimento illimitata. Questo significa *elevare il godere al livello del dovere*. Il comandamento del Super-Io sociale contemporaneo è allora quello

del *dover godere*; non è un imperativo kantiano, ma un *imperativo sadiano* che ha come tema un godimento dissipativo e senza limiti. Il senso della vita non scaturisce più dall'identificazione ideale al Padre edipico ma all'affermazione di un godimento senza Legge, senza vincoli, a un godimento che vuole solo incrementare se stesso. Da qui deriva un'inflammazione costante dell'attività pulsionale e l'idea, a essa relativa, che sia possibile un soddisfacimento immediato e non differito della pulsione. Il sistema che alimenta l'illusione che sia possibile offrire un soddisfacimento integrale e immediato è quello che Lacan, in una celebre conferenza milanese del maggio del 1972 intitolata *Del discorso psicoanalitico*, definisce come «discorso del capitalista».

L'affermazione del discorso del capitalista

Il discorso del capitalista è una categoria concettuale che Lacan formula cercando di individuare la nuova legge che governa i legami sociali dopo la contestazione del 1968 e dopo l'affermazione storica del capitalismo come sistema economico dominante, almeno in Occidente. Il discorso del capitalista è il modo con il quale Lacan ci porta ad affacciarci sulla nuova psicologia delle masse. In altre parole, con la formulazione di questo discorso Lacan si impegna a costruire un nuovo schema del Super-Io sociale nell'epoca del trionfo del regime capitalista. In questo schema, nella posizione di comando non è più il Super-Io kantiano della morale civile fondata sulla rinuncia al godimento immediato, ma, sullo sfondo di uno sfaldamento della funzione normativa dell'Ideale edipico, è il godere come nuova forma inaudita di dovere. Questo significa che il discorso del capitalista produce oggetti di godimento artificiali che vanno a rafforzare il comando superegoico del godere come nuova forma di dovere. Mentre il sistema freudiano si sosteneva su un idealismo edipico di fondo, il sistema contemporaneo si fonda su un cinismo privo di ideali per il quale la caduta dell'Ideale simbolico

comporta la produzione illimitata di oggetti di godimento, non più perduti, ma continuamente riciclati nel sistema vorace e avido del Super-Io. Nel discorso del capitalista, infatti, l'agente dominante è dato dal soggetto che domanda febbrilmente oggetti di godimento, da un soggetto la cui mancanza viene ridotta allo statuto di un vuoto avido che esige solamente di essere riempito compulsivamente. Torneremo più avanti su questo tema della metamorfosi della mancanza in vuoto.

Il motivo dominante del discorso capitalista è la presenza di una domanda convulsa del soggetto, elettrizzata costantemente dall'offerta illimitata di oggetti di godimento; presenza che comporta la caduta verso il basso della funzione normativa dell'Ideale. Ma qual è l'astuzia specifica del discorso del capitalista? Qual è il reale che sostiene questo discorso? L'oggetto che il mercato rende illimitatamente disponibile non è ciò che soddisfa la domanda, ma è ciò che la produce artificiosamente, che la incalza, che la attiva infinitamente. Nell'epoca del dominio del discorso del capitalista l'oggetto non è più in rapporto ai bisogni del soggetto, né tantomeno al suo desiderio. L'oggetto, anziché soddisfare o tendere a soddisfare, genera sempre nuove pseudomancanze affinché la domanda di oggetti continui a riprodursi infinitamente. Il discorso del capitalista apre nel soggetto dei buchi artefatti e, al tempo stesso, offre l'illusione che esistano oggetti capaci di saturare tali buchi. Ma in realtà il discorso del capitalista attiva questa doppia operazione con l'intento di preservare il soggetto come vuoto e, insieme, come avido di riempimento. Per questa ragione una paziente dei nostri giorni può dire: «Vado al supermercato a vedere cosa mi manca!». In evidenza è qui come il mercato riesca a produrre incessantemente pseudo-mancanze che generano una *domanda in stato di convulsione permanente*. Si assiste così a un'accelerazione dell'obsolescenza degli oggetti che porta all'estremo la domanda compulsiva. L'oggetto di godimento offerto dal mercato è dunque una presenza che in realtà incarna una pseudomancanza (e la sua offerta è il punto di forza del discorso del capitalista),

nonché tutta la differenza rispetto allo statuto dell'oggetto proprio della psicoanalisi. Se, infatti, l'oggetto del discorso del capitalista è finalizzato a colmare la mancanza per riaprirlo astutamente subito dopo in una sua metamorfosi continua, l'oggetto in psicoanalisi è ciò che manca davvero, è strutturalmente assente, è l'oggetto solo in quanto da sempre perduto. Ebbene, quella che definiamo la clinica del vuoto si inserisce in questo contesto che ho provato a inquadrare sinteticamente: *nel passaggio dalla psicologia delle masse di Freud al discorso del capitalista di Lacan.*

L'opposizione di vuoto e mancanza

Dobbiamo adesso provare a entrare più nel dettaglio di cosa intendiamo con questa espressione, con l'espressione di *clinica del vuoto*. La clinica del vuoto si fonda sull'*opposizione tra vuoto e mancanza*. È questa una prima tesi che la sostiene. Il vuoto e la mancanza sono effettivamente due esperienze diverse. L'esperienza della mancanza è connessa a quella del desiderio; si desidera ciò che manca. In questo caso è la mancanza che causa il desiderio. Causatività che rimane sempre un mistero per il soggetto perché per la psicoanalisi questa mancanza concerne il desiderio solo nel suo statuto inconscio. Il desiderio non può mai essere saturato dal consumo di oggetti. C'è un'eccedenza del desiderio rispetto a qualsiasi oggetto del mondo. Lacan sintetizza tale dimensione del desiderio nell'espressione: «il desiderio è sempre desiderio d'Altro». In questo senso diciamo che l'oggetto del desiderio è sempre assente, è sempre un oggetto perduto e il desiderio si articola come un dinamismo produttivo, un'energia in grado di realizzare progetti, di inventare nuove forme, nuovi legami, di realizzare nuove possibilità. Per questo il desiderio in quanto tale non punta alla insoddisfazione (il desiderio come desiderio insoddisfatto è il desiderio dell'isterica, dunque una patologia del desiderio) ma alla sua realizzazione, come direbbe Lacan.

Nella sua versione non patologica il desiderio è sempre desiderio d'Altro, ma capace di realizzazione e la psicoanalisi è quell'esperienza che rafforza la capacità realizzativa del desiderio. Un'analisi è in effetti quell'esperienza che consente al soggetto di nominare il proprio desiderio e di stabilire con esso una nuova alleanza. La nevrosi comune, invece, almeno da un punto di vista generale, si caratterizza come inconcludenza del desiderio, come difficoltà del soggetto a nominarlo e ad assumere tutte le conseguenze che questa nominazione comporta. La psicoanalisi punta a un desiderio capace di conclusione mentre la nevrosi è la malattia dell'inconcludenza del desiderio.

Un'altra caratteristica strutturale del desiderio è che il desiderio è sempre aperto sull'Altro, è sempre desiderio dell'Altro. Questo significa che l'universo del desiderio, diversamente da quello del godimento, non è mai un universo chiuso; significa che l'Altro è sempre coinvolto nel desiderio, che il desiderio non si nutre tanto di oggetti ma di legami. Freudianamente potremmo dire che il desiderio come desiderio dell'Altro è un'espressione di Eros e della sua forza unificatrice.

L'esperienza del vuoto è invece l'esperienza di una mancanza dissociata dal desiderio; il vuoto non è una mancanza che attiva il desiderio, perché il vuoto segnala piuttosto lo spegnimento del desiderio, la sua caduta, la sua eclissi. Si possono citare qui, tra le altre, le descrizioni cliniche che Otto Kernberg dedica al soggetto cosiddetto *borderline*: esperienza diffusa del vuoto come esperienza di inconsistenza del soggetto, di assenza di identità e di significato della vita. Il vuoto non è associato al desiderio ma piuttosto all'angoscia. Questo comporta che il ruolo centrale che la psicoanalisi classica aveva attribuito al conflitto tra desiderio e realtà (per Freud tra il principio di piacere e il principio di realtà) tende ora a essere superato da un'esperienza di angoscia diffusa e dall'esigenza di porre a essa un argine.

La clinica del vuoto è orientata dal binomio angoscia/difesa e il desiderio sembra assente sulla scena del soggetto che resta preso

nell'angoscia e nella ricerca disperata di una difesa adeguata. Il binomio rimozione/ritorno del rimosso, attraverso il quale Freud aveva costruito la clinica classica delle nevrosi, lascia il posto al binomio angoscia/difesa; al centro, ripetiamolo, non ci sono più il conflitto tra Legge e desiderio e la loro trama (per Lacan Legge e desiderio sono la stessa cosa), ma un soggetto smarrito che vive l'assenza del desiderio, il suo congelamento, la sua estinzione (in questo senso lo possiamo rappresentare anche come un *soggetto senza inconscio*). In questa prospettiva non è più la nevrosi la figura clinica in grado di inquadrare questa nuova versione del soggetto come disabbonato dall'inconscio ma, per esempio, quella del soggetto con disturbi di attacchi di panico (DAP), che vive la sua vita preso dall'urgenza di difendersi da una angoscia che lo assilla e gli impedisce di vivere. Più in generale, in tutte le nuove configurazioni del sintomo, non prevale il binomio rimozione/ritorno del rimosso, come avviene nella clinica della nevrosi classica, ma il binomio angoscia/difesa. Lo stile di vita anoressico, lo stile di vita bulimico o tossicomane diventano esempi eloquenti della necessità di operare un trattamento dell'angoscia; sono delle specie di autoterapie per trattare l'angoscia senza passare dalla via stretta del desiderio. Non c'è più esperienza del desiderio in quanto desiderio dell'Altro, in quanto desiderio regolato dalla castrazione. Resta ovviamente aperto il problema se questa assenza del desiderio sia un dato strutturale (il che farebbe virare la diagnosi verso la psicosi) oppure se sia uno stato transitorio del soggetto che lascia invece aperta la possibilità di riabilitare una nuova alleanza tra il soggetto e il suo inconscio (in questo caso la diagnosi ritornerebbe sulla nevrosi).

La centralità del godimento

Il godimento è una categoria messa a punto concettualmente da Lacan a partire dalla fine degli anni Cinquanta. Cos'è il godimento? Perché il suo statuto è così diverso da quello del desiderio?

Prendiamo come esempio immediatamente chiarificatore quello delle tossicodipendenze. La tossicodipendenza è, per un verso, un ostacolo alla vita del soggetto (genera sofferenza e dipendenza) ma, per un altro verso, mostra assai bene come il sintomo diventi anche il luogo dove si consuma un godimento che non ha più a che fare con il piacere, ma che porta con sé il male, la tendenza alla rovina, alla propria distruzione, alla propria dissipazione. Ebbene, tutti i sintomi contemporanei portano in se stessi un certo grado di godimento che attenta alla vita del soggetto. La clinica del vuoto come *clinica del godimento senza desiderio* oppone il godimento alla vita; in tutti i nuovi sintomi c'è la centralità di un godimento maledetto di cui il soggetto rimane schiavo. Il fenomeno è più evidente in tutte le cosiddette dipendenze patologiche. Il godimento trascina il soggetto alla deriva non nonostante attenti alla conservazione della vita, ma proprio perché l'attenta. Questa è l'incandescenza del godimento che, a questo titolo, Freud collocava al di là del principio di piacere come principio che conserva la tendenza omeostatica della vita. Per questo tutti gli sforzi cognitivo-comportamentali per spiegare a un soggetto bulimico che se continua a mangiare così si distrugge lo stomaco, si uccide, attenta alla conservazione della sua vita, non modificano il comportamento del soggetto perché la possibilità di rompersi lo stomaco fa parte del godimento stesso del soggetto; allo stesso modo di quanto avviene con il rischio di overdose del tossicomane; la possibilità che al colmo del godimento si incontri la morte non è una eventualità che viene evitata nel perseguimento del godimento tossicomane, ma è proprio il cuore, il centro oscuro di quel godimento. È la meta ultima del godimento tossicomane.

Freud ha definito tutto questo, questa tendenza del godimento a dissipare la vita, con un nome enigmatico quale è quello di «pulsione di morte» (*Todestrieb*), che Lacan traduce, appunto, come «godimento» (*Jouissance*) dando a quel concetto un'operatività clinica che in Freud forse non aveva. Tale operatività deriva dal fatto che la pulsione di morte non è un'astrazione metapsicologica, ma indica

come negli esseri umani vi sia un'attrazione costante e inquietante verso il loro peggio. Chiamiamo questa attrazione «godimento». Le pratiche compulsive della bulimia o della tossicomania mostrano come il desiderio entri in una spirale di un godimento fatalmente nocivo, dissipativo, impastato con la morte che tende a condurre il soggetto alla sua propria rovina.

La via additiva e la via sottrattiva del godimento

L'esperienza del godimento implica sempre l'esperienza di un picco, di un eccesso che raggiunge l'esperienza mediana, moderata, temperata del principio di piacere; il principio di piacere è, infatti, il principio di una soddisfazione mediana, moderata, temperata. Freud lo definiva come un evitare le correnti eccitatorie troppo intense per mantenere la tensione interna all'apparato psichico omeostaticamente costante. Il principio di piacere avrebbe un fondamento aristotelico, sarebbe un principio pratico di regolazione degli eccessi, di temperamento della vita e delle sue soddisfazioni. Ma questa soddisfazione mediana, equilibrata, temperata è in realtà appesa a un filo poiché basta poco per sfasarla, per introdurre nell'omeostasi un motivo di squilibrio. Proprio per questo il principio di piacere è un'illusione, poiché nessun essere umano si accontenta di vivere nella moderazione igienista del principio di piacere, nessuno riesce a stare permanentemente in uno stato di moderazione aristotelica, nessuno riesce a sottrarsi alla fascinazione dell'eccesso... La vita umana porta con sé una sorta di maledizione perché è attratta dall'eccesso. La pulsione di morte accompagna da sempre la vita. Il problema è come trattare tale eccesso, tale spinta mortifera; il problema è come renderla feconda, produttiva e non distruttiva. Non possiamo pensare di accontentarci della saggezza della vita mediana; nella vita umana c'è una punta che tende continuamente a rompere l'equilibrio omeostatico del principio di piacere. Questa punta nelle nuove forme del sintomo si accentua, deflagra, si sgan-

cia dal desiderio. Se la fascinazione per il godimento è umana, ci appartiene, se nella vita umana c'è una spinta irresistibile verso il carattere dissipativo del godimento, nelle nuove forme del sintomo questa spinta non appare più legata a quella creativa del desiderio ma sembra agire in senso univoco. Più precisamente, questa spinta sembra declinarsi secondo due direttrici essenziali: quella additiva e quella sottrattiva. La clinica contemporanea è una clinica dell'eccesso del godimento o della sua sottrazione drastica (che è in realtà un'altra versione del godimento). È come se la maledizione del godimento potesse prendere una via addizionale o una via sottrattiva. Per quanto riguarda la via additiva, possiamo fare riferimento a tutte quelle espressioni che ruotano attorno a un picco pulsionale come la bulimia, l'obesità, la tossicodipendenza. Si tratta di esperienze estatiche del godimento dove trionfa l'Es senza inconscio, il godimento contro il desiderio. Tuttavia non si può esaurire la clinica del godimento solo nell'addizione, ma si può ritrovare il godimento come tendenza alla deriva, alla privazione, alla discesa verso il basso, allo spegnimento nirvanico della vita. È questa la declinazione sottrattiva del godimento. Possiamo pensare qui alla depressione dove si ha l'opposto del picco pulsionale; spegnimento della vita, devitalizzazione della spinta pulsionale, azzeramento di Eros. Ma possiamo pensare anche all'anoressia come pratica costante di riduzione del desiderio attraverso il digiuno, la disciplina del corpo, la sottrazione, la privazione del godimento come forma sottrattiva del godimento. L'anoressia, infatti, è una figura in cui il godimento consiste nella rinuncia, nel rifiuto del godimento. Tra le altre cose, diversi studi hanno dimostrato come i digiuni estremi dell'anoressia provochino una tempesta endocrinologica che può essere assimilata a un'intossicazione interna dell'organismo, come se la privazione del godimento provocasse un'eccitazione interna del corpo, uno stato di tossicità inebriante.

Mentre il godimento addizionale ha una natura sadiana, il godimento per sottrazione ha una natura kantiana. Non bisogna cercare, quindi, il godimento solo nelle forme di esasperazione

incandescente della pulsione, ma anche nelle forme di sottrazione, di cadaverizzazione, di mortificazione reale del soggetto. In questi casi possiamo trovare un'applicazione clinica di quello che Freud aveva definito come «Principio di Nirvana». La vita si dissocia dall'inquietudine del desiderio, si ripiega su se stessa, evita l'incontro col desiderio dell'Altro, tende a ridurre a zero la turbolenza delle passioni. È quello che con Freud chiamiamo la nirvanizzazione del soggetto, la mummificazione, l'appassimento della vita di cui fornisce un esempio eclatante una certa declinazione dell'anoressia.

Psicosi, narcisismo e perversione

La clinica del godimento ha dunque due facce fenomeniche. L'omeostasi del principio di piacere può essere rotta verso l'alto o verso il basso. Verso l'alto attraverso la via addizionale, verso il basso attraverso la via sottrattiva. La bulimia, come tutte le altre dipendenze patologiche, può essere assunta come paradigma della prima via; l'anoressia (ma anche la depressione) come paradigma della seconda via.

Come si è visto, nella clinica del vuoto, oltre al binomio angoscia/difesa, emerge con tutta la sua forza la centralità della categoria del godimento rispetto a quella del desiderio. Questa centralità illumina i tratti psicotici, perversi e narcisistici della nuova clinica. Questo non significa affatto che la clinica del vuoto si possa ridurre a queste strutture (psicosi, narcisismo e perversione). La clinica del vuoto non è un contenitore di queste figure psicopatologiche, ma in essa possiamo reperire elementi propri della clinica della psicosi, elementi propri della clinica del narcisismo ed elementi propri della clinica della perversione. Quali sono questi elementi? Cominciamo con l'evidenziare quelli che derivano dalla figura clinica della perversione. Per essere sintetici, potremmo ricordare come la perversione metta in risalto alcuni motivi fondamentali che ritroviamo nella clinica del vuoto. La perversione (che non possiamo ovvia-

mente più ridurre alla serie dei cosiddetti comportamenti sessuali aberranti) è in primo luogo una logica, una manovra soggettiva che persegue due grandi finalità. La prima è quella di oscurare, velare, rigettare la castrazione; dunque tutto ciò che è finalizzato a tamponare, a rimediare all'esperienza angosciante della castrazione mediante l'uso (per Freud feticistico) di oggetti inanimati, inumani e asessuati. L'esempio classico che costituisce il fulcro dell'inquadramento freudiano della perversione è il feticismo maschile. Lo sfondo angosciante al quale il feticismo cerca di porre rimedio è costituito dalla castrazione reale del corpo della madre. Rispetto all'incontro angosciante con questa ferita, l'operazione feticistica si configura come un modo immaginario di attribuzione del fallo al corpo della madre in modo tale da ridurre gli effetti angoscianti. Nel feticcio appare un fallo posticcio che svolge il compito di attribuire al corpo materno un fallo che ha la funzione di sollevare il soggetto dall'incontro con la castrazione dell'Altro. Di fronte all'incontro con la castrazione, con il limite dell'Altro, con la sua insufficienza, la risposta perversa consiste nell'introdurre un oggetto inumano (pezzi del corpo o oggetti inanimati) che sappia proteggere il soggetto dall'angoscia. Non troviamo forse che questo carattere del feticismo perverso informi la nostra esperienza attuale del mondo? Nel carosello contemporaneo degli oggetti di godimento inanimati, sostenuto dal discorso del capitalista, non troviamo la celebrazione della funzione perversa-feticistica dell'oggetto? Non è il nostro tempo il tempo di una perversione generalizzata? La clinica del vuoto illustra tutta una serie di casi dove il soggetto si protegge dall'incontro con la castrazione attraverso una lista di oggetti inumani che funzionano da tappo della castrazione: la bottiglia, la droga, l'immagine del proprio corpo allo specchio, il cibo, lo psicofarmaco. Questi oggetti costituiscono una lista di partner inumani di cui il soggetto fa un uso pienamente feticistico.

Il secondo aspetto della clinica della perversione che dobbiamo ricordare come tratto costitutivo della clinica del vuoto — e che deriva dalle analisi lacaniane intorno al tema della perversione svi-

luppate in particolare nel *Seminario X* e nel *Seminario XVI* — concerne il fatto che la strategia perversa tende a far sorgere l'angoscia nell'Altro come modalità radicale di difesa del soggetto dall'angoscia. Il desiderio perverso, come lo definisce Lacan, è quel desiderio che riduce il soggetto a oggetto in grado di dividere, dunque di angosciare, il suo Altro. L'esempio più inequivocabile che possiamo ricavare dalla clinica del vuoto è quello dell'anoressica, dove il suo divenire scheletro, il suo farsi pelle e ossa, il suo essere oggetto apatico, persegue lo scopo di angosciare i suoi partner, di gettare il suo Altro nella disperazione, di diventare lei stessa la causa dell'angoscia dell'Altro. Pensiamo alla dimensione mostruosa che può assumere il corpo scheletrico e come l'anoressica lo possa esibire al fine di gettare il suo Altro in un'impotenza angosciata. Abbiamo per questo definito il corpo anoressico come un «corpo ostaggio», dove il soggetto utilizza il suo corpo in qualità di strumento per ricattare il suo Altro, per piegarlo, per bucarlo, per provocare in esso il segnale dell'angoscia.

Passiamo ora, sempre sinteticamente, a illustrare come il tema del narcisismo intervenga a definire uno dei contenuti principali della clinica del vuoto. Il narcisismo mette innanzitutto in rilievo la centralità del problema dell'identità, o, più precisamente, un certo rafforzamento ipertrofico, immaginario dell'identità. Per il soggetto protagonista della clinica del vuoto il problema non è come entrare in una relazione dialettica con l'Altro, ma come fare per avere una consistenza identitaria che possa prescindere dall'Altro. Nella clinica classica della nevrosi, per l'isterica, per esempio, il problema fondamentale del soggetto è come fare per essere l'unica, la sola, l'insostituibile per l'Altro. Nella clinica del vuoto, invece, la questione principale del soggetto è come fare per esistere, come fare per avere un sentimento sufficiente della propria esistenza. Parliamo infatti di soggetto vuoto. Dunque di un soggetto che ha una costituzione narcisistica debole, che vive la sua vita come superflua, insensata, vulnerabile, sradicata, senza desideri e senza senso. Ebbene, rispetto a questa fragilità narcisistica, il sintomo

(anoressia, tossicomania, bulimia, ecc.) funziona come una sorta di iniezione, di cemento narcisistico dell'identità. Più che un problema il sintomo diviene una soluzione per rafforzare un'identità estremamente precaria. I sintomi cristallizzano così l'identità narcisistica del soggetto. Essi non dividono il soggetto — come avviene nel sintomo nevrotico classico — ma lo installano, come accade in modo esemplare nell'anoressia, come una maschera identitaria. Ma il narcisismo interviene anche a un secondo livello: questi sintomi sono caratterizzati da un'accentuata componente di autoerotismo (che è un elemento basilico del narcisismo), nel senso che questi sintomi sono in realtà delle pratiche pulsionali che escludono lo scambio sessuale, escludono l'incontro con l'Altro sesso e, come abbiamo visto, la dimensione aperta verso l'Altro del desiderio. Per questa ragione abbiamo definito la clinica del vuoto come una *clinica dell'anti-amore* (espressione che Jacques-Alain Miller aveva utilizzato in riferimento alla tossicomania). Cosa significa porre la clinica del vuoto come una clinica dell'anti-amore? Significa che il soggetto della clinica del vuoto al posto di cercare nell'Altro, nel partner, ciò che gli manca, al posto di trasferire nel luogo dell'Altro l'oggetto che causa il suo desiderio, preferisce godere di se stesso, del proprio godimento autoerotico, o meglio, autistico, evitando l'incontro difficile e insidioso con il campo del desiderio dell'Altro... Perciò tutti questi nuovi sintomi tendono a isolare il soggetto, a porre il soggetto come una monade chiusa nel proprio godimento, in un godimento senza l'Altro. Si tratta di un godimento che Lacan ha definito una volta «unien», *uniano*, per evidenziarne la natura narcisistica, priva di rapporto con l'Altro, fuori dal campo dell'intersoggettività. Il godimento uniano è un godimento a portata di mano, di bocca, di corpo, è un godimento contiguo al soggetto, senza l'Altro appunto. Questa è la dimensione autoerotica del narcisismo che caratterizza le nuove patologie.

Infine possiamo soffermarci, seppur brevemente, sui motivi psicotici che confluiscono nella nuova clinica. Essi consistono nel fatto che queste patologie sono caratterizzate, in generale, da un indebo-

limento del simbolico e da un eccesso di reale. Nell'insegnamento di Freud e di Lacan la psicosi è caratterizzata da un cedimento del simbolico (per Lacan dalla forclusione del Nome del Padre come quel significante che rende operativo l'ordine simbolico in quanto tale) e da un prevalere della dimensione pura e distruttiva del reale del godimento sulla dimensione erotica del desiderio. Affermiamo che esiste un fondo psicotico della nuova clinica per evidenziare come essa non si organizzi sulla base di costruzioni sintomatiche simboliche, metaforiche, ma attraverso passaggi all'atto o attraverso cortocircuiti olofrastici col reale. Mentre la clinica della nevrosi è una clinica simbolica perché i sintomi contengono un messaggio e sono suscettibili di essere decifrati dall'attività semantica dell'interpretazione, nei nuovi sintomi in primo piano c'è la tendenza del soggetto ad agire attraverso scariche pulsionali. La clinica contemporanea è una clinica dell'agire senza pensiero, dell'evacuazione, al di là della rimozione, non è più una clinica del desiderio nel suo rapporto costitutivo con la Legge simbolica ma della scarica pulsionale.

Ho fatto riferimento al cortocircuito olofrastico e, a partire da *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, ho spesso parlato di «inclinazione olofrastica» per definire la tendenza antisimbolica dei nuovi sintomi in contrapposizione alla natura metaforica del sintomo nevrotico. L'opposizione tra metafora e olofrase è un'opposizione che può guidarci nel passaggio dalla clinica delle nevrosi, che è una clinica della metafora, alla clinica del vuoto, che è una clinica dell'olofrase, o, meglio, dell'inclinazione olofrastica. La metafora è una figura retorica che si caratterizza per attivare una sostituzione simbolica nella quale un significante prende il posto di un altro significante o significato. Sul piano clinico, il significato o il significante sostituito è rimosso. La metafora mostra in pratica l'operatività della rimozione. Un esempio di metafora può essere lo svenimento di una giovane isterica di fronte alla sua iniziazione al discorso sessuale. Lo svenimento è un significante che sta al posto di «Vorrei lasciarmi andare, ma ho paura». Nelle sostituzioni metaforiche le interpretazioni semantiche hanno il potere di sciogliere il sintomo perché

il sintomo rivela una natura eminentemente linguistica. I sintomi contemporanei invece sono anti-metaforici, sono olofrastici perché non sono organizzati come sostituzioni. L'olofrase è il modello di un cortocircuito del linguaggio. Le parole olofrastiche rimandano a una frase che si condensa monoliticamente in una sola parola, dunque a parole-frasi che inghiottono, annullandola, l'articolazione significativa che scandisce una frase. Per esempio, nel linguaggio infantile la parola «mamma» contiene un universo di significati, ma tutto questo universo di senso si condensa in un'unica parola-frase; non c'è alcuna sostituzione, ma un agglutinamento, un assorbimento monolitico dell'articolazione complessa della frase in una sola parola. Allora, in questa prospettiva, possiamo dire che l'anoressia ha una tendenza olofrastica perché è un punto di cristallizzazione del senso, è un non-senso che dà luogo a un'identità solida; il corpo anoressico è un corpo muto, senza parole, non c'è una significazione metaforica che deve essere rivelata, ma solo una risposta nel reale, un agire silenzioso del corpo. Lacan usava il termine di olofrase per spiegare i disturbi psicosomatici, la psicosi e la debilità. L'olofrase indica un'unione granitica, un'indifferenziazione dove la scomposizione della frase viene schiacciata e assorbita in una sorta di monolito asemantico. Allo stesso modo, la coppia bambino-madre nella psicosi appare come un'unità solida, una simbiosi, una indifferenziazione appunto. Questo elemento confusivo è ancora più accentuato nei bambini «ritardati», come mostra uno studio come quello di Maud Mannoni intitolato *Il bambino ritardato e la madre*. I corpi della madre e del bambino non si articolano, non stabiliscono una relazione istituita su di una differenza ma si uniscono simbioticamente, annullando ogni differenza. Allo stesso modo nella psicosomatica non c'è l'organo che veicola il senso, come avviene per i fenomeni di conversione, ma c'è una lesione reale dell'organo che resiste a ogni interpretazione semantica essendo, appunto, una lesione reale e non metaforica.

L'opposizione dell'olofrase all'efficacia della parola analitica costringe la psicoanalisi a una revisione dei suoi strumenti terapeutici-

ci. Nella clinica del vuoto l'uso classico dell'interpretazione analitica non produce effetti di cambiamento. Centrale diventa piuttosto la relazione terapeutica, cioè la dimensione del transfert. Raccogliere la storia personale, restituirne il valore particolare, ascoltare la parola del soggetto attribuendole un valore speciale, in sintesi, trasformare il corpo del sintomo in un corpo storico è sempre importante. Si tratta ogni volta di provare a trasformare il sintomo olofrastico in una storia, di metonimizzare l'olofrase attraverso la storicizzazione del testo della storia del paziente. Si deve provare a contrastare il potere dell'olofrase. Ma in definitiva l'unico strumento efficace di contrasto resta il desiderio. Si tratta di verificare se si riesce a ricondurre il soggetto al proprio desiderio inconscio. In questi casi riusciamo a scongelare il blocco olofrastico.

I benefici terapeutici della psicoanalisi applicata si misurano a partire dall'essere effetti di un nuovo rapporto possibile del soggetto con il proprio desiderio inconscio.

CAPITOLO 6

Il corpo nei fenomeni psicosomatici

Natascia Ranieri

Premessa

Prima di entrare nel vivo della clinica psicosomatica, credo sia opportuno iscrivere questo insegnamento all'interno della ricerca di Jonas sulla clinica psicoanalitica dei nuovi sintomi. I fenomeni psicosomatici rappresentano una novità nella scena clinica classica nella misura in cui possono essere considerati, per varie ragioni che cercherò di esporre, fenomeni contemporanei, come l'anoressia-bulimia, le depressioni, gli attacchi di panico, ecc.

La lesione psicosomatica non può essere pensata, trattata e interpretata come un classico sintomo di conversione isterica. Il fenomeno psicosomatico infatti non è esito di un conflitto psichico che assume senso in relazione a un desiderio inconscio rimosso.

La psicoanalisi si è occupata poco di questa clinica. Lo stesso Freud scelse di studiare principalmente quelle patologie somatiche che esprimevano simbolicamente un conflitto inconscio, preferendo non approfondire l'indagine su questi sintomi somatici che, diversamente dai fenomeni di conversione isterica, non si esprimevano simbolicamente.

Che cos'è un fenomeno psicosomatico?

I fenomeni psicosomatici o le cosiddette somatizzazioni sono manifestazioni patologiche che investono il corpo, che producono lesioni organiche del corpo, ma di cui la medicina non riesce a rintracciare un'eziopatogenesi fisiologica. Il medico può attestare la lesione organica, ma non riesce a spiegarne con esattezza la causa. Più precisamente, la medicina ammette in questi casi che alcune lesioni organiche possano essere influenzate da stati psicologici. La causalità di tipo lineare del discorso medico, tale per cui a una causa esogena corrisponde un effetto endogeno, sul corpo appunto, in questi casi è messa in scacco. Tra causa ed effetto interviene un'incognita: la mente, lo psichico.

In realtà il dibattito sulla psicogenicità di alcune patologie ha occupato medici e filosofi fin dall'antica Grecia. Ippocrate, per esempio, aveva costruito un'accurata teoria per spiegare come le passioni umane potessero produrre alterazioni nel corpo. Il dibattito sulla necessità di un approccio integrato tra corpo e anima procede fino all'Ottocento. La psicoanalisi nasce precisamente in questo contesto. Freud, infatti, fu allievo di Jean-Martin Charcot, che si interessava particolarmente all'utilizzo dell'ipnosi nei casi di isteria con sintomatologia organica. Egli era in grado di rimuovere sotto ipnosi i più diversi sintomi somatici dell'isteria, come l'anestesia, le contrazioni e la paralisi. La riflessione sui fenomeni del corpo osservati all'ospedale Salpêtrière di Parigi sarà alla base della teorizzazione freudiana sui sintomi di conversione nell'ambito della sua teoria generale dell'isteria. Freud sceglie di abbandonare le tecniche suggestive del suo maestro per offrire il suo ascolto a pazienti che lamentavano malesseri fisici. Egli crede che la parola, orientata in un particolare setting, possa influire sul trattamento di certe patologie organiche. Tuttavia, vedremo che, nonostante il fenomeno psicosomatico abbia un'«origine» psichica, non si comporta come i sintomi isterici raccontati e descritti da Freud.

Se la clinica psicoanalitica mostra che il corpo è segnato dal linguaggio, nel fenomeno psicosomatico il corpo si mostra come inciso, tatuato. Il corpo di un «soggetto psicosomatico» non si offre per mettere in scena una lotta intrapsichica, ma si mostra come un'evidenza.

I significanti marchiano il corpo fino a produrre lesioni spesso irreversibili, indecifrabili. Il reale si impone senza alcuna mediazione simbolica. Per questa particolarità lo studio di tali fenomeni ha creato non poche difficoltà e imbarazzo nella storia della psicoanalisi.

Fenomeni psicosomatici e sintomi di conversione isterica

La clinica ci mostra molte differenze tra le somatizzazioni e le conversioni isteriche. Innanzitutto il corpo delle isteriche descritte da Freud è un corpo spezzettato secondo un'anatomia immaginaria. Nessuna causalità o innervazione fisiologica può spiegare tali patologie. Il corpo è preso nella sua anatomia puramente immaginaria, non ci sono lesioni organiche oggettivamente osservabili. Freud nel 1893, in *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* scriveva: «l'isteria nelle sue paralisi e in altre sue manifestazioni si comporta come se l'anatomia non esistesse per nulla o come se essa non ne avesse alcuna conoscenza».

Dunque, la prima differenza tra fenomeni psicosomatici e sintomi di conversione isterica è a livello del reale del corpo: nel sintomo isterico di conversione non c'è lesione e la gamba diventa un significante che rappresenta qualcos'altro. Una parte del corpo si offre per convertire simbolicamente un conflitto inconscio. È come se mente e corpo si comportassero come il dritto e il rovescio di una medaglia: da un lato c'è il fenomeno di corpo e dall'altra il desiderio inconscio, rimosso.

Nel fenomeno psicosomatico invece la gamba non diventa un significante metaforico. La lesione è attestabile, oggettivamente

riscontrabile. Non c'è niente di cifrato, di simbolico. Il fenomeno psicosomatico è un'evidenza. La manifestazione somatica non fa enigma per il soggetto. È come se l'inconscio si mostrasse senza veli, a cielo aperto. Il corpo non si offre al servizio del sintomo nella sua valenza immaginaria, come avviene nell'isteria. Il soggetto è goduto dal suo corpo, non ne gode inconsciamente come accadeva alle isteriche di Freud.

Per comprendere meglio la differenza tra fenomeno psicosomatico e conversione isterica, credo sia opportuno soffermarci ancora un po' sui sintomi di conversione isterica.

La conversione isterica e le nevrosi d'angoscia

Freud e Breuer nei loro *Studi sull'isteria* avevano dimostrato che i conflitti inconsci potevano esprimersi simbolicamente in sintomi somatici mediante il *meccanismo della conversione*. Loro avevano notato che la disposizione alla conversione era un tratto caratteristico delle pazienti isteriche. Quando un contenuto psichico è incompatibile con l'Io, come certe fantasie sessuali, l'affetto ad esso associato viene rimosso dalla coscienza e convertito in un disturbo senso-motorio che simbolizza a livello corporeo il contenuto inaccettabile, rimosso dalla coscienza. Il corpo si offre come teatro in cui mettere in scena, attraverso la conversione, contraddizioni inconsce rimosse, fino al punto di perdere la sua valenza reale e lasciare posto al linguaggio. La gamba anatomica è sostituita dal significante gamba. Il sintomo di conversione dimostra che il corpo può offrirsi come possibilità di messa in scena di un'articolazione significativa nella forma di una metafora: il sintomo è segno di una verità inconscia rimossa. A questo livello il fenomeno di conversione è una formazione dell'inconscio: il soggetto fabbrica attraverso il corpo un sapere insaputo.

Nel corso della sua elaborazione teorica Freud non parla mai esplicitamente di fenomeni psicosomatici ma esamina un altro

gruppo di sintomi organici, che chiama «nevrosi d'angoscia», che si comportano in modo del tutto differente dalle manifestazioni somatiche di origine isterica.

Negli stessi anni in cui parla dei sintomi isterici, Freud avanza l'ipotesi che meccanismi psichici diversi dalla conversione possano produrre alterazioni somatiche. Nel 1894, in *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come «nevrosi d'angoscia»* Freud afferma che le nevrosi d'angoscia sono caratterizzate da un preciso corredo di sintomi: irritabilità generica, attesa angosciosa, attacco d'angoscia, spaventi notturni, vertigine, disturbi dell'attività digestiva, fobie, parestesie. Egli aggiunge che si distinguono dai fenomeni di conversione «in quanto tutte le loro componenti possono essere riunite intorno al loro sintomo principale, l'angoscia, e in quanto ognuna di esse sta in una determinata relazione con l'angoscia stessa».

Potremmo considerare le nevrosi d'angoscia come l'intuizione freudiana dei fenomeni psicosomatici, in particolare perché ad essi non viene attribuito alcun significato simbolico. Dieci anni più tardi, infatti, in *Introduzione alla psicoanalisi* Freud precisa: «I sintomi delle nevrosi attuali — senso di pressione alla testa, percezioni dolorose, stato di irritazione di un organo, indebolimento o inibizione di una funzione — non hanno alcun “senso”, alcun significato psichico».

La fonte dell'eccitamento che causa le nevrosi d'angoscia è di natura somatica, mentre nell'isteria e nella nevrosi ossessiva è di natura psichica. Dunque Freud dice chiaramente che in questi casi non c'è alcun conflitto inconscio, non c'è alcun desiderio sessuale rimosso che fa ritorno in modo cifrato nel corpo. Più precisamente, la causa del disturbo nella nevrosi d'angoscia sarebbe la mancanza di scarica dell'eccitamento sessuale che, accumulatosi, non troverebbe una via di soddisfacimento adeguata.

I sintomi delle nevrosi d'angoscia non sono i rappresentanti simbolici di desideri sessuali rimossi, ma equivalenti di uno stato psicologico, per questo non sono soggetti a un'interpretazione che

ne sveli il senso rimosso. Freud ha chiaramente intuito che molte manifestazioni somatiche erano di una natura completamente differente dalle conversioni isteriche, ma ha preferito non approfondire la sua indagine su questi temi. In *Introduzione alla psicoanalisi* mostra un chiaro scetticismo rispetto alla possibilità che la psicoanalisi possa occuparsi dei sintomi somatici delle nevrosi d'angoscia. Immagina che essa possa avere pochi strumenti per chiarire tali manifestazioni, e che dunque sia meglio lasciare questo compito alla medicina. Forse questa fu per Freud una scelta tattica: probabilmente preferì non dare ulteriore scandalo approfondendo l'indagine sulle nevrosi d'angoscia poiché avrebbe rischiato di scuotere ulteriormente le fondamenta della medicina contemporanea, già abbastanza «provata dalle sue scoperte».

La ricerca in questo ambito, nonostante gli ammonimenti di Freud, proseguì comunque e molti suoi allievi si occuparono di questi fenomeni somatici, fino a coniare il nuovo termine di «psicosomatica». Non tutti, tuttavia, trattando questa nuova clinica del corpo, fecero riferimento alla teorizzazione freudiana sulle nevrosi d'angoscia. Spesso i fenomeni psicosomatici furono considerati, al pari dei sintomi di conversione isterica, portatori di un significato simbolico inconscio rimosso.

Fra tutti gli psicoanalisti che si sono occupati di questi temi credo che in particolare Lacan abbia riabilitato la ricerca freudiana intorno alle nevrosi d'angoscia in maniera significativa; passiamo quindi ad analizzare la sua posizione intorno al fenomeno psicosomatico.

Quattro tesi di Lacan intorno ai fenomeni psicosomatici

Solo in quattro momenti particolari del suo insegnamento Lacan fa esplicito riferimento ai fenomeni psicosomatici: nel Seminario II, intitolato *L'Io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi*, durante la lezione del 26 gennaio 1955; nel Seminario III, intitolato

Le psicosi, dell'anno successivo; nel Seminario XI, dedicato ai *Quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* nel corso di due lezioni, quella del 3 e quella del 10 giugno 1964; durante una conferenza tenutasi nel 1975 a Ginevra dal titolo *Il sintomo*.

Affrontiamo una per una queste quattro tesi. Nel 1955, nel corso del suo secondo anno dei Seminari, Lacan fa un'affermazione forte: *nei fenomeni psicosomatici c'è qualcosa che ha a che fare con l'autoerotismo pulsionale*. Precisamente, egli sostiene che nei fenomeni psicosomatici si ha la sensazione di trovarsi in prossimità di fenomeni di erotizzazione dell'organo. L'autoerotismo è un meccanismo che va al di là del narcisismo di tipo nevrotico, nella misura in cui, se il narcisismo si può considerare una difesa dell'Io, l'autoerotismo scavalca tali difese per collocarsi su un piano reale. Le leggi che regolano le pulsioni autoerotiche sono del tutto differenti da quelle indirizzate a una meta al di là del soggetto. In particolare, Lacan afferma che «quando si tratta degli investimenti chiamati autoerotici non possiamo distinguere fonte e oggetto. Non ne sappiamo niente, ma sembra che quello che possiamo concepire sia un investimento sull'organo stesso». In questo modo ne deduciamo una definizione dell'autoerotismo in quanto tale: «Dietro il narcisismo si ha l'autoerotismo, cioè una massa investita di libido all'interno dell'organismo le cui relazioni interne direi che ci sfuggono quanto l'entropia», afferma sempre Lacan. Egli preleva qui dalla termodinamica il termine entropia per spiegare come l'organismo vivente non funzioni come un meccanismo perfetto in cui tutta l'energia in entrata corrisponde a quella in uscita. Piuttosto, l'economia libidica funziona come l'entropia: non tutta l'energia che entra corrisponde a quella che si consuma in uscita; c'è qualcosa che si perde ma non sappiamo bene in che modo.

Questo accade anche nei fenomeni psicosomatici: c'è qualcosa che si muove all'interno, una quantità di godimento, ma noi non conosciamo bene le regole che governano tali meccanismi.

Come abbiamo già detto, i fenomeni psicosomatici non hanno una struttura simbolica, linguistica, come i sintomi di conversione

isterica, sono di un altro ordine. Nei fenomeni psicosomatici non è in gioco alcun meccanismo inconscio. Non si tratta di recuperare un significante rimosso; c'è al contrario qualcosa di impenetrabile, inaccessibile, o, come dice Lacan, «senza fessure». Questo colloca il fenomeno psicosomatico su un piano reale.

A distanza di un anno, nel Seminario III Lacan chiarisce quanto detto nel 1955. Nei fenomeni psicosomatici si ha l'impressione — scrive — «di fenomeni strutturati del tutto diversamente da ciò che accade nelle nevrosi». Fenomeni «in cui c'è una certa qual impronta o iscrizione diretta di una caratteristica, e anche, in determinati casi, di un conflitto su quel che si può chiamare il quadro materiale presentato dal soggetto in quanto essere corporeo. Un sintomo come un'eruzione, diversamente qualificato dal punto di vista dermatologico, del viso, si mobilizzerà in funzione di un certo anniversario in modo diretto, per esempio, senza intermediari né dialettica alcuna, senza che un'interpretazione possa sottolinearne la corrispondenza con qualcosa che appartenga al passato del soggetto».

Dunque, qui egli inizia a dirci qualcosa di più. Intanto, primo punto: *nei fenomeni psicosomatici c'è un'impronta, un'iscrizione diretta sul corpo*. Il significante si imprime come un marchio direttamente sul corpo, senza alcuna mediazione simbolica. Il fenomeno psicosomatico si scrive sul corpo ma non parla di sé. Inoltre qui Lacan utilizza il termine «fenomeni» per tracciare una differenza con i «sintomi» classici di conversione. Questi fenomeni non hanno niente a che fare con i sintomi nevrotici, cioè non c'è un significante che sta al posto di un significante rimosso. La manifestazione non è metaforica, non c'è niente di enigmatico che possa produrre una divisione soggettiva, cioè non c'è un fenomeno di corpo che sta al posto di un desiderio rimosso.

Approfondiremo meglio l'aspetto fenomenico della psicosomatica nel corso della lezione. Per adesso mi soffermerei su un altro punto messo in luce qui da Lacan: il fenomeno psicosomatico si mobilizza in funzione di una ricorrenza, «di un certo anniversario» in modo diretto, non metaforico, «senza intermediari né dialettica

alcuna». C'è qualcosa nel fenomeno psicosomatico che ritorna in un'occasione, che ricorre. Qualcosa si ripete, ritorna in occasione di congiunture particolari. Ci sono cioè fenomeni psicosomatici che producono lesioni alternativamente nel tempo e secondo una ricorrenza più o meno standard. Pensate ad alcune malattie dermatologiche: la psoriasi, per esempio, si presenta sul corpo alternativamente nel tempo. Questa ripetizione però non ha a che fare con un simbolismo che abbia un senso per il soggetto. Per questo, dice Lacan, *nessuna interpretazione di un'analista può sottolineare la corrispondenza con qualcosa che appartenga al passato del soggetto*. Non c'è, cioè, qualcosa che funziona come una metafora. Non c'è una parola dell'analista che possa far intravedere al soggetto un aspetto enigmatico del fenomeno affinché il soggetto stesso possa cogliere e svelare la sua verità inconscia. Il fenomeno psicosomatico è senza veli.

Proseguiamo. Nel Seminario XI credo che Lacan ci offra il contributo più originale e prezioso per orientarci nella comprensione di tali manifestazioni. Questa è la sua tesi: «la psicosomatica è un qualcosa che non è un significante, pure non è concepibile che nella misura in cui l'induzione significante a livello del soggetto è avvenuta in un modo che non mette in gioco l'*afanisi* del soggetto».

Prima di entrare nel vivo di quest'affermazione, è necessario operare un inquadramento del contesto in cui egli pronuncia queste parole. In questo Seminario Lacan stava parlando dei due tempi di costituzione del soggetto in relazione al significante: *l'alienazione* e *la separazione*. Il soggetto quando nasce è alienato all'ordine significante, come accade quando gli viene dato un nome. Il soggetto entra dunque in perdita nel mondo, in perdita di godimento. Affinché possa essere iscritto in un legame sociale, possa parlare e desiderare è necessario che perda una quota di animalità, di godimento primordiale. Questo è il tempo in cui il soggetto entra in relazione alla catena significante. È un tempo di perdita: da una parte ricevere un nome offre senso al soggetto, ma dall'altra produce una «mancanza a essere», nella misura in

cui egli è costretto a reperirsi dove non è. Nel momento in cui il soggetto sorge nel campo dell'Altro, grazie a un significante che lo nomina e lo rappresenta presso un altro significante, sparisce. L'afanisi è precisamente questa sparizione. Nella misura in cui il soggetto non coincide con nessuno dei significanti che lo rappresentano per un altro, egli svanisce, è nell'afanisi.

Per semplificare: il nome di battesimo attribuito a un soggetto, Giovanni, lo rappresenta ma non dice nulla della totalità del suo essere. Nel momento in cui un soggetto rinuncia a una parte del suo essere, per essere nominato, per entrare in questa catena, per essere riconosciuto nel sociale «da questo momento è alienato perché non coincide né con un significante né con l'altro». Questa operazione che Lacan chiama alienazione produce una perdita di senso e una sparizione del soggetto che viene ridotto al suo puro nome, a un significante. Questo è bene che avvenga, dice Lacan, affinché un soggetto venga incluso nel campo dell'Altro, in un legame, perché trovi il suo posto nell'ordine simbolico.

Nei fenomeni psicosomatici, al contrario, non c'è sparizione, non c'è afanisi. Il soggetto non accetta di perdere una quota di godimento per recuperare del senso. Dunque la costituzione del soggetto in rapporto al significante, nel caso dei fenomeni psicosomatici, risulta difettosa. Il soggetto non accetta di essere ridotto a un significante che lo possa rappresentare per un altro significante. Per dirla in altri termini, il soggetto non acconsente a entrare nella catena metonimica dell'ordine significante tale per cui un significante non ha un senso in sé ma lo assume solo nel continuo rimando tra un significante e l'altro.

Nel corso della lezione seguente, Lacan precisa meglio cosa accade a livello della catena significante nel caso dei fenomeni psicosomatici: «quando non c'è intervallo tra S_1 e S_2 , quando la prima coppia di significanti si solidifica, si olofrasizza, abbiamo il modello di tutta una serie di casi — benché, in ciascuno, il soggetto non occupi lo stesso posto».

I casi a cui si riferisce Lacan sono precisamente: debilità infantile, psicosi e fenomeni psicosomatici. In questa sede approfondiremo

solo ciò che accade a livello del fenomeno psicosomatico. Dunque, dicevamo che un funzionamento «normale» dell'alienazione produce come effetto una sparizione del soggetto, il quale si può nominare solo a partire da un significante dell'Altro, che Lacan chiama «significante unario» o S_1 . A livello di S_2 , cioè del secondo significante della catena, il soggetto sparisce, alienato nell'impossibilità di coincidere con nessuno di questi significanti. Ciò non accade per i fenomeni psicosomatici. $\$$ non cade sotto la barra della rimozione, ma rimane incollato al significante unario. La coppia S_1 - S_2 si congela, senza lasciare nessuno spazio vuoto: si produce un'olofrase, i due significanti si solidificano. In questo caso la catena significativa non fa spazio alla mancanza, non si apre al desiderio dell'Altro, ma si impone monoliticamente sul corpo.

A questo punto ci si potrebbe domandare dove reperire il soggetto in questi casi in cui l'apertura all'Altro sembra elusa. Lacan è radicale rispetto a questo: «non c'è soggetto senza, in qualche modo, afanisi del soggetto, ed è solo in questa alienazione, in questa divisione fondamentale, che si istituisce la dialettica del soggetto».

Ma allora: c'è soggetto nei fenomeni psicosomatici? Lacan offre una risposta a questa domanda prendendo in considerazione per l'ultima volta queste manifestazioni, non più dal punto di vista del significante, ma del godimento. Accade nel 1975 durante la conferenza di Ginevra *Sul sintomo*. Lacan offre qui una nuova prospettiva alla lettura dei fenomeni psicosomatici. Egli inquadra con precisione il fenomeno psicosomatico dal punto di vista del godimento. Se negli interventi precedenti aveva spiegato cosa accade a livello dell'ordine simbolico, adesso risponde alla questione rimasta in sospeso. Il soggetto psicosomatico è un soggetto di desiderio? A partire dall'intervento di Ginevra potremmo rispondere di no. Non è un soggetto di desiderio, è un soggetto di godimento. Questo non vuol dire che un soggetto che manifesta una somatizzazione sul corpo non abbia un rapporto con il suo desiderio inconscio, ma l'approccio di uno psicoanalista a questi fenomeni deve essere orientato a

reperire quale godimento è in gioco. In primo piano nel soggetto psicosomatico è il godimento.

Secondo Lacan, più precisamente, il fenomeno psicosomatico «è dell'ordine dello scritto. In molti casi noi non sappiamo leggerlo». Qualcosa che «è dato come un enigma» si scrive direttamente sul corpo. L'imbarazzo dello psicoanalista al cospetto di un paziente psicosomatico risiede proprio qui: «c'è qualcosa da leggere, e noi, sovente, non sappiamo che pesci pigliare».

Lacan dunque ci dice che c'è qualcosa dell'ordine dello scritto, il che significa che lo scritto è da non leggere, ossia da non interpretare, da prendere così come si presenta. A livello psicosomatico c'è una fissazione, una gelificazione del corpo, «il corpo si lascia andare a scrivere qualcosa del numero», cioè lo scritto sul corpo è dell'ordine del numero, di un *quantum* di godimento.

Lacan mette in valore una certa dimensione di passività del corpo psicosomatico che si lascia marchiare dall'evento traumatico, senza alcuna mediazione simbolica. Il corpo prende atto di qualcosa che avviene. Precisamente la presa d'atto del fenomeno traumatico è effettuata dal corpo, *sul corpo* e non *nel corpo* come accade per le isteriche. Il trauma si imprime come un timbro, un marchio che incide il corpo.

Più avanti Lacan specifica che il fenomeno psicosomatico si comporta come la numerazione binaria, come l'alternanza 01-01-01. Ciò significa semplicemente che il fenomeno psicosomatico o c'è, o non c'è. Esso si mobilita in funzione di un certo anniversario, dichiara Lacan. O c'è o non c'è, non può esserci in parte, non c'è un resto. O c'è tutto, o non c'è per niente.

Questo però ci dice qualcosa anche relativamente a un punto di impossibilità nel trattamento. Nella misura in cui tra l'esserci e il non esserci non c'è nessuna traccia, nessun resto che possa essere elaborato, il fenomeno si manifesta solo nella sua imponenza e cronicità. Riprenderemo più avanti questo tema clinico del trattamento. Adesso tornerei su un punto del Seminario III, perché ci permette di approcciare il tema della clinica contemporanea.