

PHYLLIS GREENACRE

PROBLEMI GENERALI DELL'*ACTING OUT*

A CURA DI SANDRA PUIATTI

## Nota editoriale

Phyllis Greenacre, *General Problems of Acting out* è apparso per la prima volta in «Psychoanalytic Quarterly», 19, 1950, pp. 455-467. L'articolo è tratto da un testo letto al meeting dell'American Psychoanalytic Association, Maggio 1949, a Montreal. Esiste una traduzione italiana di A. Pandolfi, "Problemi generali dell'acting out", in Phyllis Greenacre, *Trauma, crescita, personalità*, Raffaello Cortina, Milano 1986, pp. 181-191, libro da tempo non disponibile; la traduzione di Sandra Puiatti che qui proponiamo è stata fatta *ex-novo*, senza poter consultare questa traduzione.

*General Problems of Acting out* è riassunto e discusso nel seminario di J. Lacan, libro X, *L'angoscia* (1962-63), Einaudi, Torino 2007, lezione del 23 gennaio 1963; al suo centro, afferma Lacan, vi è "la questione... di sapere come agire con l'*acting out*."

Seconda edizione PDF, completamente rivista e corretta, luglio 2015.

## INTRODUZIONE

Nel suo scritto “Ricordare, ripetere, rielaborare”, Freud indica come una vittoria della tecnica psicoanalitica, il fatto che un paziente in analisi, nel momento in cui ricorda un avvenimento significativo dell’infanzia, riserva un trattamento diverso all’affetto che vi è legato e che riaffiora intatto. All’interno della relazione di transfert, all’affetto antico legato a una rappresentazione viene creato un posto in uno scenario psichico perché esso acquisti forma di parola. In questo modo il paziente ha abbandonato la via motoria della scarica che fino a quel momento aveva dominato nei suoi ricordi e che rappresentava continui ostacoli al trattamento analitico.

Phyllis Greenacre definisce, infatti, l’*acting out* come un modo di ricordare in una forma che prevarica il soggetto, perché spesso inanalizzabile, una messa in scena del ricordo e dell’affetto ad esso legato diretta allo sguardo di uno spettatore. Ciò che predomina in questo scenario non verbale e non simbolico è costantemente l’agire del soggetto, il linguaggio vi può comparire ma è relegato sullo sfondo, un accessorio che ha perso il suo scopo primario, quello di parola rivolta a un altro.

L’autrice, riprendendo Fenichel, rinviene l’origine di ogni *acting out* incontrati nella sua pratica, nel periodo della primissima infanzia quando tutta la spinta pulsionale del bambino, la sua ricerca di soddisfarsi dipende dalla qualità delle cure che potrà avere a disposizione. In quell’epoca risulta fondamentale che il desiderio della madre non si ancori sul bambino ma scelga il padre come l’oggetto privilegiato del proprio investimento libidico. Se ciò accade, il bambino potrà entrare nella costellazione edipica attraverso l’intervento del padre e potrà compiere quel passaggio decisivo che Phyllis Greenacre ritiene fallito nei soggetti che usano l’*acting out* come forma di ricordo e di comunicazione: “Tutte queste forme di comunicazione... sono difficili da analizzare e possono ostacolare l’analisi, probabilmente perché appartengono a una forma di pensiero preverbale e rappresentano una difficoltà reale precoce a compiere questo passaggio nella vita del bambino.”

Questo periodo definito preverbale, cioè un tempo che precede l’uso del linguaggio, è rintracciabile nel predominio delle pulsioni parziali (orale, scopica, anale, ecc.) e nell’investimento libidico sulla madre come oggetto parziale. Sarà l’intervento della metafora paterna, del nome-del-padre, all’interno di questa relazione, a introdurre quella rottura, quella discontinuità necessaria nel rapporto del bambino con la madre che rischierebbe di rimanere chiuso, di completarsi in se stesso. L’accesso al linguaggio è il segno tangibile di questo passaggio, di un’apertura connotata dall’abbandono dell’oggetto che fino a quel momento era stato al centro degli investimenti.

Il bambino che impara a parlare si rivolge a un altro, persino quando parla nel gioco e sembra non avere interlocutori; con l'accesso al linguaggio egli appare visibilmente cambiato, diventa uno sperimentatore, affronta la realtà con nuovi atteggiamenti, arriva a rifiutare i modi con cui veniva accudito, curato, avvicinato per pretendere, a volte con opposizione violenta, una nuova identità e un nuovo trattamento, soprattutto da parte della madre. Il piacere del movimento, culminato nell'acquisizione del cammino, lo vede ora padroneggiare diversamente lo spazio dei luoghi abituali, acquisire una motricità più raffinata e finalizzata, non più in presa diretta con gli elementi pulsionali ma capace di interpellare l'altro e di tollerare l'esistenza separata e un volere diverso dal suo.

La parola, nuova forza economica nei rapporti, prende il posto, sostituisce l'azione poiché è in grado di evocare ciò che prima passava direttamente nell'agire. Questo è il passaggio cruciale che sembra non essere avvenuto nella vita di alcuni pazienti che trovano nell'*acting out* una maniera antica per riproporre in una scena ciò che non ha mai trovato forma di parola, ma che si è espresso, secondo Lacan, solo nel reale non simbolizzato. In questo modo l'*acting out* diventa quindi, una sorta di coazione a ripetere che il soggetto subisce, che si impone suo malgrado negli aspetti pulsionali irrisolti che lo attraversano integri fino all'età adulta e che cercano un interlocutore.

Tale carattere d'impulsività dell'*acting out*, termine con cui, per Greenacre, viene definito l'esprimersi attraverso il legame pulsionale con la madre, non addomesticato dalla parola del padre, secondo l'autrice deriva sia da un'intolleranza alla frustrazione legata ad epoche precoci che produce una percezione distorta della realtà, sia da una motricità sempre in attesa di un'espressione teatrale da mettere in scena, di una chiamata che non conosce la parola. Infatti la vediamo in azione in momenti particolari della vita adulta, nei quali il soggetto è chiamato in causa in un certo evento (il matrimonio, la paternità, una perdita, ecc) quando ciò che non è mai stato simbolizzato si ripresenta inesorabilmente. Phyllis Greenacre parla di questa esperienza come di un cortocircuito dove passato e presente s'incontrano confondendosi sulla scena dell'*acting out*.

È patrimonio comune quel pensiero sul bambino piccolo che mette in relazione l'evoluzione del movimento e quella del linguaggio e nota in un bambino che ritarda a parlare un uso eccessivo del movimento, talora indifferenziato, senza una meta precisa. Si nota facilmente che il comportamento di questi bambini rimane ancorato a modalità regressive, consolatorie nella pretesa che la realtà non muti e che l'altro possa dare soddisfazione senza che il bambino debba formulare domanda alcuna. Così il carattere perentorio, invasivo, dirompente dell'*acting out* attraversa il tempo e si ripropone in questo *linguaggio del corpo*.

Nella vita di un bambino anche l'educazione degli sfinteri, va ad accentuare tutta l'attività motoria e muscolare: *“Non di rado il linguaggio e i movimenti della bocca si combinano o sono influenzati dai movimenti degli sfinteri espulsivi... Il comportamento motorio generale è influenzato, inoltre, pur non essendone condizionato in senso inibitorio, dallo sforzo di padroneggiare i processi escretori”.* (Corsi nostri.)

Acutamente l'autrice nota come i movimenti degli sfinteri siano mimati, ripresi dai movimenti della bocca e come certe parole, certe frasi conservino una notevole tonalità affettiva e iconica e rappresentino la chiave di volta in alcuni momenti d'impasse dell'analisi. In questo senso il linguaggio viene a perdere il suo scopo principale di comunicazione per rimanere ancorato al suo aspetto più antico, quello motorio, legato a giochi di parole, suoni, smorfie, tics, che rivelano il legame profondo con l'aspetto pulsionale che prende il sopravvento.

Si scopre, inoltre, nei soggetti predisposto all'*acting out* una particolare attitudine a fissare in una forma visiva, quasi cinematografica, eventi significativi dell'infanzia, primo tra tutti l'esperienza legata alla scena primaria dove il bambino non sarebbe un semplice spettatore ma potrebbe giocarvi un ruolo attivo. Si tratterebbe di una sorta di talento legato alla percezione visiva, allo sguardo che sicuramente gioca un ruolo importante nell'*acting out*: "...il bambino che è ripetutamente esposto alla scena primaria può subire un intensificarsi dell'erotizzazione visiva partecipando con lo sguardo... Tutto ciò, se ripetuto, può intensificare definitivamente i tratti scopofilico-esibizionisti del carattere e quell'agire preverbale che, in seguito, favorisce l'*acting out*". (Corsivi nostri.)

Imbattersi in un *acting out* mette comunque alla prova l'analista, che si trova davanti a fenomeni che, secondo l'autrice, mettono a dura prova l'interpretazione e lo chiamano in causa direttamente nel controtransfert, cioè nel cuore del suo desiderio.

*Sandra Puiatti*

# Problemi generali dell'*acting out*

Non si è scritto molto sui problemi dell'*acting out* che intervengono nel corso di una analisi, sebbene siano molto difficili da trattare, sovente interferiscano con l'analisi e, talvolta, non vengano scoperti finché non sono colti in flagrante. Forse la prima ampia discussione sull'*acting out* apparve nella *Psicopatologia della vita quotidiana* di Freud (1901) sotto il titolo di *Errori e Azioni sintomatiche e casuali*<sup>1</sup>. In particolare l'ultimo capitolo contiene alcuni chiarimenti in riferimento a ciò che in seguito è stato chiamato *acting out*. A quel tempo, tuttavia, tali atti venivano generalmente presi in considerazione dal punto di vista di quegli altri elementi che essi sostituivano e nascondevano mentre veniva attribuita un' enfasi minore al loro significato in relazione alla storia precoce del paziente. Forse la descrizione più sistematica dell'*acting out* è stata presentata da Fenichel, che lo definì provvisoriamente come

“... un agire che allevia inconsciamente una tensione interna e porta a una scarica parziale che allontana gli impulsi [non importa se questi impulsi esprimano direttamente delle domande istintuali (*instinctual*) o siano reazioni a domande istintuali originali, per esempio a sentimenti di colpa]; la situazione contingente, legata in qualche modo attraverso associazioni al contenuto rimosso, viene usata come occasione per la scarica di energie represses; la catessi<sup>2</sup> è spostata dai ricordi rimossi a quelli del presente da essi derivati e tale spostamento rende possibile la scarica”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> S. Freud, *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901), in *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino 1970. Il termine “acting” è usato da Anna Freud in *L'io e i meccanismi di difesa* (Capitolo II) nel senso in cui “acting out” è usato qui. [Cfr. Anna Freud, *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, 1<sup>a</sup> ed. ted. 1936, 1<sup>a</sup> trad. ingl. *The Ego and the mechanisms of defence*, 1937; trad. it. di Laura Zeller Tolentino, *L'io e i meccanismi di difesa*, Martinelli, Firenze 1967. Il capitolo II a cui si riferisce Greenacre (pp. 33-35 dell'ed. it.) è disponibile in formato PDF: [http://www.lacan-con-freud.it/aiuti/dossier4\\_acting\\_out/anna\\_freud\\_acting\\_out.pdf](http://www.lacan-con-freud.it/aiuti/dossier4_acting_out/anna_freud_acting_out.pdf)].

<sup>2</sup> Investimento di energia libidica in una persona, oggetto o idea. [N.d.C.]

<sup>3</sup> O. Fenichel, *Neurotic Acting Out*, *Psa. Rev.* XXXII 1945 p. 197.

Fenichel osserva che tale definizione non distingue adeguatamente l'*acting out* da altre attività nevrotiche e mette l'accento sul fatto che è la qualità dell'azione ad essere vistosa e preponderante e sul fatto che si tratta in genere di un'attività ben organizzata, non ridotta a un singolo movimento, gesto o espressione mimica. Inoltre egli ribadisce la diversità tra l'atto compiuto attraverso lo spostamento e quello compiuto attraverso la razionalizzazione che è, generalmente, egosintonico e che

“... condivide con il transfert una insufficiente distinzione tra il passato e il presente, un'indisponibilità a imparare, una facilità a usare invece configurazioni reattive rigide per far fronte agli stimoli attuali.”

L'*acting out*, in altre parole, è una forma particolare del ricordare, nella quale il vecchio ricordo viene ricostruito in una forma più o meno organizzata e, sovente, appena dissimulata. Non si tratta di una capacità di ricordare visiva o verbale chiaramente cosciente, né vi è alcuna consapevolezza che l'attività particolare sia motivata dal ricordo. Il proprio comportamento appare al soggetto come plausibile e appropriato, sebbene appaia eccessivo e inappropriato sia all'analista sia a chi gli è vicino.

Sembrirebbe che nell'*acting out* si tratti di problemi particolari nell'accettare e comprendere la realtà del momento a causa di 1) problemi specifici inerenti alla situazione reale; 2) il persistere straordinario del ricordo di esperienze precoci disturbanti; 3) un inadeguato senso di realtà. Tutto ciò si può applicare, inoltre, anche allo sviluppo di molti sintomi e attitudini, ma nel caso dell'*acting out* troviamo una compulsione a riprodurre interamente in modo ripetitivo un'esperienza o un episodio piuttosto che sceglierne alcune piccole parti come in una rappresentazione simbolica. Può essere tradotta in termini o forme nuove, ma l'esperienza nel ricordo conserva quasi interamente la sua organizzazione originale.

Fenichel nota la qualità della motilità o dell'azione che pervade l'*acting out*, proprio come il termine suggerisce. Egli parla di “... una facilità allopsichica – forse

costituzionale – ad agire...” come uno dei fattori in gioco; esamina il fatto che l'essere in analisi favorisce l'utilizzo dell'*acting out* nel transfert e che il processo analitico stesso può, in qualche modo, stimolare l'*acting out* in individui predisposti. L'analisi, infatti, conduce il paziente a produrre dei derivati sempre più fedeli dei suoi impulsi repressi, e, nello stesso tempo, mobilita e provoca tutti gli impulsi rimossi. Per queste ragioni l'*acting out* è relativamente più frequente in persone che sono in analisi. È necessario porre una particolare attenzione quando accade al di fuori del transfert poiché interferisce con l'analisi scaricando tensioni con una modalità inanalizzabile, creando realmente nella vita del paziente problemi di una notevole portata nociva.

Può essere utile, tuttavia, distinguere il comportamento nevrotico e l'*acting out* nevrotico. Senza dubbio sono entrambi in relazione ma l'*acting out* implica un'attività organizzata che si fonda generalmente su una tendenza all'azione, specialmente in quei pazienti che ne mostrano numerosi esempi durante l'analisi.

Nell'addentrarci a trattare tale tema, questa discussione si è limitata a considerare per primo la sua genesi e, secondo, i suggerimenti nella tecnica. Sarà necessario limitare la discussione soprattutto intorno agli *acting out* nevrotici comuni in contrasto all'*acting out* psicotico nel quale i ricordi e le tendenze inconscie prendono il sopravvento sulla situazione presente in un modo così massiccio che gli stimoli legati al passato sono scarsamente distinguibili. Dobbiamo inoltre distinguere *acting out* isolati, occasionali o realmente sintomatici nel corso di una analisi da quelle condizioni nelle quali l'*acting out* risulta frequente, abituale o caratteristico di tendenze rintracciabili nell'intera vita del paziente.

Appare ovvio che l'impulsività deriva da un'incapacità a tollerare la frustrazione, da un'alterazione straordinaria della realtà e del senso di autocritica, da una motilità o attività che, spesso, mostrano una nota drammatica – caratteristiche legate tutte, in massima parte, a nevrosi estremamente gravi, da apparire talvolta pericolosamente vicine alle psicosi e alle psicopatie.



Nella genesi dell'*acting out* abituale, Fenichel risale a una fissazione orale con un notevole bisogno narcisistico e intolleranza alla frustrazione, a un'elevata motilità costituzionale e alla presenza di gravi traumi precoci (che producono un *acting out* di ripetizione e di abreazione simile alle nevrosi traumatiche) come fattori che producono una tendenza all'agire e, conseguentemente, favoriscono l'*acting out*. A tutti questi fattori che mi sembrano di indubbia importanza, ne aggiungerei ancora due: un'enfatizzazione straordinaria delle sensazioni visive che produce una disposizione alla drammatizzazione (derivata dall'esibizionismo e dalla scopofilia) e una credenza ampiamente inconscia nel valore magico dell'azione. Il bisogno di drammatizzare potrebbe essere uno dei fattori che influisce maggiormente nelle tendenze dirette all'agire nevrotico all'interno dell'*acting out*, in quanto induce a conservare nel ricordo l'episodio alla stregua di una scena o di un ricordo organizzato piuttosto che selezionare parti di esso nella ripetizione. Spesso, tali persone sono convinte che inscenare una cosa in un modo drammatico o imitativo – facendola sembrare vera – sia in realtà l'equivalente di renderla vera. È ovvio che tutto ciò viene messo in campo per scongiurare il ricordo con attività magiche o per ricrearlo in un'imitazione approssimativa.

È probabile, tuttavia, che la situazione genetica comune che vi è collegata o talora produce in parte queste caratteristiche e accompagna la tendenza generale all'*acting out*, consista in una distorsione che colpisce l'atto del parlare e del pensare verbalizzato, che ha le sue origini, quasi sempre, in gravi turbe nel secondo anno e manifesta i suoi effetti proprio nei mesi seguenti. Osservazioni cliniche ripetute di pazienti che abitualmente presentano degli *acting out*, dapprima mi condussero a considerare questi nessi tra linguaggio e azione: 1. Anche se l'azione coinvolta nell'*acting out* include il linguaggio, quest'ultimo è di solito in secondo piano rispetto all'azione che rimane la funzione più importante. Talvolta il linguaggio stesso partecipa qualitativamente alla scarica motoria della tensione attraverso il tono e l'intensità piuttosto che attraverso lo stabilirsi di una comunicazione o di qualsiasi distillato di pensiero. 2. In numerosi pazienti, che spesso

presentano *acting out* nella situazione analitica, tali periodi sono caratterizzati da una straordinaria molteplicità di distorsioni del linguaggio – lapsus, malapropismo, scambi delle iniziali fra due parole, pseudo afasie e, inoltre, una aumentata tendenza a fare giochi di parole calcando rumorosamente le associazioni.

In una paziente, per la quale riuscii a risalire all'origine del suo disturbo con una certa chiarezza, l'*acting out* nella situazione analitica era spesso associato a una preoccupazione che la induceva ad amplificare in modo futile i nomi propri, in varie combinazioni rumorose, proprio come fa un bambino di due o tre anni quando esplora dei suoni con la bocca. La paziente se n'era servita in modo originale all'età di quattro anni per scongiurare il dolore e l'angoscia quando perse un cugino più vecchio, morto di tetano. Ella gli aveva rivolto con uno spostamento un attaccamento edipico al momento in cui si era sentita abbandonata da entrambi i genitori in seguito alla nascita di un fratellino. In un'epoca ancora anteriore la bambinaia portava spesso questa bambina a passeggiare fino alla propria casa e la piccola divenne testimone inerte di scene sessuali. Le intimarono di non dire nulla e ottenne molti elogi dalla bambinaia per aver mantenuto il segreto. Una bambina precoce e attraente, predisposta comunque ad un eccesso di adulazioni, ella imparò a parlare precocemente e correttamente; ma sotto la pressione di mantenere il segreto, sviluppò una singolare tendenza a un divertente chiacchiericcio all'interno del quale produceva allusioni perspicaci, che, senza dubbio, si riferivano al suo segreto. Sembra probabile che in questa situazione la bambina, che era così già disturbata nevroticamente, incorporò il concetto infantile di malattia, del tetano, ripetendo con la bocca varianti del nome del cugino, con un effetto così esilarante che il suo "lutto", attraverso l'identificazione, divenne un'allettante spiritosaggine ma anche il nucleo da cui si sviluppò un disturbo del carattere. Ella diventò una grande burlona, dilettrandosi in giochi di parole e producendo gag nel corso della sua vita, parlando ed agendo con lo scopo di eludere i sentimenti.

I vari tipi di associazioni di suoni di parole, il loro legame con il periodo nel quale si è strutturata l'identità (con la separazione del proprio sé dal mondo ester-

no e l'accettazione dell'esistenza dei due sessi), come pure il loro legame con i nomi e i suoni funzionali naturali, tutto questo è chiaramente illustrato in un libro per bambini, *Il Mondo è rotondo*, di Gertrude Stein<sup>4</sup>.

L'analisi della psicogenesi dello sviluppo conferma che questo è sicuramente un periodo durante il quale il linguaggio e altre funzioni motorie, specialmente quelle legate alla locomozione e alle azioni imitative, possono venire coinvolte in complessi particolari. Ho l'impressione che da tutto questo derivi la motilità legata all'*acting out* piuttosto che da fonti costituzionali innate, intese nel loro significato congenito. Questo è un periodo in cui sia il linguaggio che il camminare sono agli inizi e devono essere gradatamente padroneggiati. L'oralità di cui parla Fenichel è sicuramente importante ed è, generalmente, determinata dalla costituzione o dalle vicende individuali legate all'esperienza dell'*infans*. Risulta sicuramente vero che il bambino che ha vissuto frustrazioni orali esprime la sua angoscia attraverso una motilità altamente diffusa e che le frustrazioni orali o forme particolari di condiscendenza possono produrre una generale incapacità a tollerare altre frustrazioni. È anche vero che la persistenza di una domanda orale potrebbe costituire il *focus* più cospicuo di uno stato generale di tensione emotiva durante i primi mesi di vita, rappresentando la fonte di qualsiasi turba che in futuro possa accadere. Il carattere particolare di ogni trauma orale precoce può in seguito entrare in gioco in un ritardo, una distorsione o una deviazione della funzione linguistica.

Durante il secondo anno dell'infanzia, tuttavia, quando la padronanza del linguaggio e della motilità specifica legata al cammino è stata realizzata, il controllo sfinterico è in procinto di costituirsi. Non di rado il linguaggio e i movimenti della bocca si combinano o sono influenzati dai movimenti degli sfinteri espulsivi della vescica e dell'intestino che ne determinano delle caratteristiche chiaramente segnate dall'impronta degli altri materiali evacuati dal corpo. Il comportamento

---

<sup>4</sup> Pubblicato sulla rivista *il Mulino* 5/111; il testo in formato PDF è disponibile (a pagamento) a questa pagina: [www.rivistailmulino.it/doi/10.1406/19387](http://www.rivistailmulino.it/doi/10.1406/19387). [N.d.C.]

motorio generale è influenzato, inoltre, pur non essendone spesso condizionato in senso inibitorio, dallo sforzo di padroneggiare i processi escretori. Sembra che l'attività aumenti con lo sforzo di controllare le defezioni: le prime comunicazioni riguardanti tale aspetto riferiscono, in genere, gesti o termini infantili, spesso onomatopeici, che possono persistere in modo sorprendente nell'età adulta.

Mi è sembrato in seguito che, in quei pazienti che tendono all'*acting out* in modo cronico, ci furono spesso: 1, turbe emotive più o meno presenti nei primi mesi dell'infanzia con un aumento dell'oralità, una diminuzione della tolleranza alla frustrazione e un aumento del narcisismo; 2, un'inibizione del linguaggio, ritardato o altrimenti disturbato nel suo sviluppo in misura maggiore della motricità, che, invece, sarebbe progredita fino al cammino ma con il peso dell'accresciuto bisogno di comunicare dovuto alle tensioni e pressioni legate all'educazione alla pulizia. Tuttavia, è il disturbo della funzione e non degli aspetti formali del linguaggio che predomina. In alcuni casi il bambino impara ad articolare perfettamente ma il linguaggio si degrada nella sua funzione, usato per fini esibizionistici invece che comunicativi. Il prevalere di un linguaggio affettato, con la conseguente restrizione del suo valore d'uso, può avvenire sia in bambini con un linguaggio incerto sia in quelli con una verbalizzazione precocemente sicura, talora basata su imitazioni divertenti dei più grandi. In entrambi i casi, la funzione del linguaggio è usata o anche ampiamente deviata a scopi diversi da quello di comunicare. In altre circostanze, nelle quali ogni lieve incertezza nel parlare veniva derisa, può sopraggiungere un'inibizione del linguaggio e una dipendenza quasi completa dall'azione. In entrambi i casi si verifica un inevitabile aumento della funzione dello sguardo. La dottoressa Anna Katan ha potuto verificare (comunicazione inedita) l'importanza dell'esperienza ripetuta della scena primaria. Nella sua pratica, il bambino che è ripetutamente esposto alla scena primaria può subire un'intensificarsi dell'erotizzazione visiva partecipando con lo sguardo, ma spesso suscita l'ira di uno dei due genitori con il pianto e, in questo modo, da spettatore passivo, si trova a parteciparvi attivamente. Tutto ciò, se ripetuto, può intensificare defini-

tivamente i tratti scopofilico-esibizionisti del carattere e quell'agire preverbale che, in seguito, favorisce l'*acting out*.

Chiunque lavori con nevrotici gravi si accorgerà di quanto la loro comunicazione si rifaccia al linguaggio del corpo – sia con tensioni involontarie del corpo, gesti, cambiamenti somatici transitori, sia con l'*acting out*. Tutte queste forme di comunicazione, soprattutto se compaiono all'interno della situazione analitica, sono particolarmente difficili da analizzare e possono ostacolare l'analisi, probabilmente perché appartengono a una forma di pensiero preverbale e rappresentano una difficoltà reale precoce a compiere questo passaggio nella vita del bambino. La capacità di verbalizzare e di pensare in termini verbali sembra consistere in un enorme vantaggio non solo nell'economia della comunicazione, ma anche nel mettere a fuoco le emozioni associate ai contenuti di pensiero. Sono convinta che ciò rappresenti un aspetto molto importante nella comprensione dei problemi dell'*acting out*.

Se, da una parte, sembra che lo scarto tra la verbalizzazione e l'attività motoria sia caratteristico degli *acting out* più comuni, è evidente che la sua incidenza può variare di molto a seconda del grado e del tipo di *acting out*. Questa è invariabilmente e in misura considerevole determinata dalla spinta del contenuto specifico dell'elemento individuale dell'*acting out*, che verrà riprodotto nella ripetizione qualora venga suscitato da stimoli attuali al fine di respingere il pericolo "di subirlo per la prima volta" e di fare in modo che l'evento del passato "si ripeta ancora" ma diventi meno nocivo, in un periodo posteriore alla formazione degli stadi di sviluppo del senso di realtà. In verità, un suo sviluppo incompleto appare una caratteristica di numerosi fra questi pazienti. Ma l'*acting out* cronico o abituale è una ripetizione di eventi passati e una dimostrazione di relazioni di transfert eccessivamente onerose, a partire dal secondo anno di vita. Entrambi questi fatti sono vissuti e presentati senza una sufficiente risonanza emotiva o modalità di comunicazione più evoluta. Il complesso sintomatico si intensifica quando vi si aggiunge un io debole e narcisista dovuto ad altre cause. In molti

casi questa debolezza dell'io, ampiamente di tipo narcisistico, con il suo seguito di una eccessiva dipendenza da attività teatrali come mezzi di espressione piuttosto che da attività con fini meno futili, è associato inoltre a una tendenza all'esagerazione e a fantasie separate che, a loro volta, intaccano il senso di realtà o, alla fine, rendono difficoltosa la percezione della realtà.

In uno dei suoi primi scritti sulla tecnica<sup>5</sup>, Freud discusse il tema dell'*acting out*, secondo gli sviluppi della tecnica di quel periodo (1914) e mise in guardia dall'incoraggiarlo: "permettere la ripetizione" durante il trattamento analitico, pur rappresentando la più recente acquisizione della tecnica, costituisce un gioco d'illusionismo su un pezzo di vita reale all'interno di un'esistenza e perciò può non avere sempre effetti innocui e irrilevanti in tutti i casi. L'intera questione della "esacerbazione dei sintomi durante il trattamento", così spesso inevitabile, è legata a ciò...

"Per lui [il medico] lo scopo rimane il ricordo secondo la vecchia maniera, la riproduzione sul terreno psichico; e a questo scopo egli deve restar fedele anche se sa che esso con la nuova tecnica non può essere raggiunto. Egli si accinge a un permanente conflitto col paziente per trattenere entro il campo psichico tutti gli impulsi che quegli vorrebbe avviare nel campo motorio, e saluta come una vittoria della cura tutti quei casi in cui è possibile liquidare attraverso un'attività mnestica ciò che il paziente vorrebbe scaricare in un'azione"<sup>6</sup>.

Anna Freud<sup>7</sup>, molto tempo dopo (1936), compendì il sapere accresciuto dell'analista sulle reazioni dell'io dell'analizzando ottenuto dall'osservazione di *acting out*, ma stabilì che era quasi del tutto inservibile per la cura, proprio come nel processo

"... l'io continua a funzionare liberamente o, se fa causa comune con l'Es e semplicemente esegue i suoi ordini, vi è poca opportunità per spostamenti endopsichici e per portarlo a tollerare l'influenza dall'esterno".

<sup>5</sup> S. Freud, *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914), che costituisce il Capitolo 2 di *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* (193-1914), in *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino 1975.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 359.

<sup>7</sup> Cfr. *supra*, la nota 1.

Sembra probabile che in queste relazioni si trovino le ragioni dei limiti terapeutici di metodi quali l'analisi di gruppo e lo psicodramma, non importa in che misura queste tecniche riescano ad alleviare strappi e tensioni. Anna Freud suggerisce che l'*acting out* abituale non può essere analizzato.

Sembra che le tre tecniche conosciute per trattare l'*acting out* siano l'interpretazione, la proibizione e il rafforzamento dell'Io (Fenichel). Sono applicabili a gradi diversi in accordo alla natura specifica dell'*acting out*, la struttura dell'Io e il fatto che l'*acting out* si verifichi dentro o fuori la situazione analitica. Oltre il generale divieto di prendere importanti decisioni che interessano la vita del paziente, durante il corso del trattamento, la proibizione nei confronti dell'*acting out* è difficile. L'analisi diventerebbe in poco tempo qualcosa di più di una regola che produce molti divieti a condizione che l'analista sia acuto a sufficienza per anticipare l'esatta natura dei pericoli che il paziente dovrà incontrare; inoltre, finché l'*acting out* è per sua natura egosintonico e il paziente non si rende conto della sua natura distruttiva, esso giunge all'attenzione dell'analista nella maggior parte dei casi dopo che è avvenuto (anche se non del tutto) e talora non viene nemmeno riportato o solo in modo indiretto.

L'interpretazione sembrerebbe essere, con certezza, il metodo elettivo ma è inevitabilmente limitata a quei pazienti che possiedono un Io abbastanza ben integrato e a coloro a cui capita sporadicamente di fare un *acting out* e in relazione a traumi precoci particolarmente opprimenti rivissuti durante l'analisi. Nella mia esperienza, tuttavia, un'interpretazione troppo affrettata di alcuni di questi traumi ne riattiva di supplementari o collegati e può indurre una tendenza temporanea all'*acting out* in un paziente che in precedenza non ne aveva presentati. Allora può diventare una questione connessa alla scelta del momento e all'accuratezza dell'interpretazione del contenuto mnestico specifico della situazione conflittuale dell'infanzia che rappresenta il nucleo del disturbo più recente.

Appare necessario un altro tipo di interpretazione, tuttavia, che rafforzi l'Io e sviluppi un capacità di auto-critica adeguata che deve precedere o sovrapporsi

all'analisi dei contenuti dell'*Es* in pazienti che intraprendono *acting out* diversi e molto frequenti, lontano dalla situazione analitica. In genere questi pazienti rivelano tali tendenze nella loro vita prima di venire in analisi – o in un comportamento francamente soggetto ad impulsi che risulta con evidenza nella loro storia o in un trattenere generalizzato nell'inibizione, che separa e maschera l'impulsività latente. Frequentemente, in casi recenti, l'*acting out* abituale appare evidente solo dopo che l'analisi è ben avviata. Ciò è soprattutto vero in pazienti che hanno sofferto di una psicosi infantile che si è incapsulata. Tali pazienti debbono avere lunghi periodi d'analisi durante i quali i contenuti dell'*Es* vengono trattati solo nella misura in cui ciò è strettamente necessario. Molti di questi pazienti portano interessanti sogni icastici con un talento nel cogliere simboli. Alcune interpretazioni appaiono accettate ma sono invece utilizzate solo per una gratificazione narcisistica, in questo senso è proprio il narcisismo a dover essere analizzato più a fondo. I pazienti possono sedurre analisti sprovveduti che si mettono troppo presto a lavorare con questo tipo di materiale più profondo in un momento in cui non può essere assimilato dal paziente e può provocare solo un aumento dell'angoscia con il rischio di venire usato a giustificazione di *acting out* in imprese e discorsi fuori della situazione analitica. Tali pazienti tendono a distorcere un'interpretazione autorizzandosi o prendono un sogno come un presagio.

In relazione a una discussione sugli indizi dell'angoscia precoce<sup>8</sup>, cercherò di descrivere il metodo che uso nel trattare un gruppo di pazienti, molti dei quali mostravano questa tendenza a frequenti *acting out*. In aggiunta al materiale di questo scritto, sembrano degni di menzione i seguenti punti di importanza rilevante nell'*acting out* abituale, associato a povertà della struttura dell'Io. È di solito importante che un transfert positivo si sia ben stabilito prima di interpretare qualsiasi contenuto dell'*Es*, anche se si presentasse anteriormente. In molti casi, sembra vi sia una lieve difficoltà nel raggiungere un transfert positivo, come in quei

---

<sup>8</sup> P. Greenacre, *The Predisposition to Anxiety*, Part II, *Psychoanal. Q.*, X, 1941.



pazienti affamati di affetto che danno luogo a un immediato ma troppo esigente tipo di transfert e che, rapidamente, colgono e utilizzano l'empatia del controtransfert. Altri pazienti esibiranno un vistoso transfert positivo che, tuttavia, è inconsistente e si rivela presto troppo suscettibile all'*acting out* sia dentro che fuori del transfert. Entrambi i tipi di transfert che si instaurano velocemente in modo positivo necessitano di tempo per il loro consolidarsi. Alcuni di questi pazienti, sicuramente, non possono mai instaurare un transfert abbastanza solido da poter essere analizzato.

L'interpretazione del narcisismo del paziente deve essere iniziata e portata avanti con pazienza. Tra i fenomeni del narcisismo, prevalgono l'incapacità a distinguere tra obiettivi fantasmatici e reali e una tacita dipendenza dal magico. Quest'ultimo tratto si rivela nella singolare bizzarria del linguaggio e del comportamento (far apparire vera qualcosa è lo stesso che renderla vera) e nell'enfatizzare il significato delle coincidenze. È possibile informare il paziente relativamente presto e in modo diretto della sua estrema facilità all'agire; si tratta di uno dei modi per allontanare l'angoscia. Ciò lo porta a divenire consapevole della sua tensione di base e della suscettibilità all'angoscia che rimane nascosta nel suo agire razionalizzato falsamente come produttivo. Sarà necessario a un certo momento che il paziente, durante i primi mesi d'analisi, venga messo al corrente in modo diretto dell'evidenza dei suoi disturbi molto precoci, resi manifesti nel suo linguaggio del corpo, negli atti sintomatici all'interno della situazione analitica e nel comportamento fuori dell'analisi. Lo scopo non appare tanto quello di fargli cogliere pienamente il significato del suo comportamento nei dettagli, ma piuttosto quello di mostrargli che lo sta usando come una via di comunicazione che lo priva della possibilità di padroneggiare la sua capacità d'espressione. Può essere necessario usare un approccio intellettualizzato proprio per questi problemi per favorirne nel paziente una analisi accurata e un' autocritica. Se ciò si realizza, il paziente inizierà a limitarsi vincendo quasi del tutto la battaglia contro l'*acting out*. Ciò si realizzerà solo al prezzo di molto dolore a causa delle ferite e rinunce narcisistiche

messe in gioco, ma sarà compensato da un sentimento definitivo di una crescente competenza apprezzata dal paziente stesso. Solo quando tutto ciò si sarà ben avviato, l'analisi dell'*Es* potrà essere sviluppata in modo esaustivo.

Compare ancora la questione di come i contenuti del periodo preverbale, che hanno prodotto e sono contenuti nell'*acting out*, possano essere pienamente convertiti in una espressività verbale (nel pensiero o nella parola) e così rivelati. È provato da molte esperienze cliniche che la forma dell'espressività del paziente possa essere trasformata passando dall'*acting out* alla verbalizzazione. Alcuni pazienti possono trovarsi a dover vigilare tensioni troppo intense da tollerare, da cui non trovano mai sollievo attraverso il lavoro sui traumi dei primi mesi, a differenza di quei pazienti i cui conflitti patogenetici risalgono al periodo della verbalizzazione.

Viene in mente un'ulteriore considerazione dal punto di vista della reazione dell'analista nei confronti del paziente che presenta degli *acting out*. Fenichel annota che alcuni analisti provocano, godono o incoraggiano l'*acting out* drammatizzato nei loro pazienti e sollecitano eccessivamente il possibile beneficio dell'abreazione piuttosto che analizzarlo realmente. In questa questione incorrono analisti giovani e inesperti, ma anche analisti che tendono loro stessi all'*acting out*, direttamente o in forma inibita e che godono di questo attraverso i pazienti. Ciò può accadere più frequentemente e in modo più rilevante di quanto si pensi tra analisti che non esibiscono apertamente l'*acting out* ma che reagiscono come certi adulti gravemente controllati che godono e plaudono tacitamente al comportamento impulsivo dei loro bambini che osano fare ciò che a loro non è stato permesso. Ciò si osserva con evidenza nelle attitudini dei genitori che costituiscono il background di molti psicopatici gravemente impulsivi. Un'angoscia eccessiva da parte dell'analista, come reazione all'*acting out* del paziente, è spesso avvertita da quest'ultimo con un falso senso di potenza e di indipendenza per la reazione di soddisfare inconsciamente il suo sadismo proprio come accade nell'*acting out*. Se l'analista si comporta, anche raramente, in uno dei modi de-

scritti, l'*acting out* del paziente continuerà, anche se il suo contenuto è stato interpretato.

Una questione finale, che può solo essere accennata, è la relazione dell'*acting out* con l'isteria di conversione. È ovvio che, nell'aspetto sintomatico, l'*acting out* ha molto in comune con l'isteria di conversione. Questa diagnosi viene fatta molto meno frequentemente di quello che si dovrebbe, perché attualmente le nevrosi non si presentano spesso con questo aspetto perché tendiamo a vedervi una serie di disturbi molti più profondi di quanto ci capita solitamente che ci inducono ad assimilare questi casi alle nevrosi narcisistiche. È un tema degno di studi ulteriori.