

DONALD W. WINNICOTT

PAURA DEL CROLLO

Fear of breakdown: a clinical example è stato pubblicato nel 1974 sulla «International Review of Psycho-Analysis», ma è probabile che la stesura fosse precedente: la data sembra essere il 1963 in occasione di una conferenza tenuta da Winnicott presso la Davidson Clinic di Edimburgo. 1963 infatti è la data riportata sull'articolo ed è accompagnata da un punto interrogativo.

La traduzione che qui presentiamo è stata pubblicata su «Il piccolo Hans», rivista di analisi materialistica, n. 63, autunno 1989, pp. 123-139, a cura di Luca Rosi e Manuela Trinci.

NOTA INTRODUTTIVA

Nel 1974, in occasione della pubblicazione del primo numero dell'«International Review of Psycho-Analysis», Clare Winnicott consegnò agli editori questo breve scritto del consorte, Donald, scomparso – allora – da pochi anni.

Paura del crollo, un lavoro estremamente sintetico che, pur addentrandosi in concetti complessi e speculazioni ardite, conserva il tono volutamente non scientifico caro a Winnicott, ripropone, imprescindibili e tra loro intricate, le basilari concettualizzazioni winnicottiane relative alla lenta maturazione del piccolo alle prese con i primi processi di differenziazione tra il «non me» e il «me» per il raggiungimento dello “stadio di unità”, con una *membrana limitante*, un dentro e un fuori e una *realtà psichica*.

L'ambiente facilitante, ma ancora prima l'ambiente “interno” – che precede il termine di madre introiettata – l'*holding*, la dipendenza assoluta, i processi di insediamento della psiche nel soma (*personalizzazione*), sino all'instaurarsi di una relazione d'oggetto sono dunque, assieme al postulato di una *non integrazione primaria*, le argomentazioni teoriche utilizzate da Winnicott nella disamina, attraverso l'esperienza clinica, della paura del crollo.

Nell'opera di Winnicott, il termine *mental breakdown* compare alla fine degli anni '40 quando, occupandosi dello sviluppo emozionale primario del bambino¹, nota come ogni qualvolta i processi maturativi non si siano compiuti sino in fondo vi sia il pericolo di «un disordine o di un crollo mentale» che, quale risultato di una serie di fallimenti di altri tipi di difese, riconduce il soggetto al primitivo stato di *non integrazione*.

L'argomento viene poi ripreso negli anni '50, quando Winnicott si andava orientando, abbandonato il regno delle «relazioni oggettuali»

¹ D.W. Winnicott, *Lo sviluppo emozionale primario* (1945), in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Martinelli, 1975, pp. 180-181. Cfr., dello stesso autore, *Pediatria e psichiatria*, ivi, p. 193.

e distaccatosi sempre più da Melanie Klein, circa un'etiologia della psicosi situata nello «stadio in cui l'essere umano immaturo è veramente dipendente dalle misure ambientali»².

In uno scritto del '59, Winnicott precisa di intendere per crollo psichico il «quadro clinico... dominato da *un crollo nelle difese*, sia pure temporaneo». Tutto questo era emerso attraverso alcuni casi di psicosi, letti quindi come crollo delle difese e come stato nel quale nuove difese, di tipo «ancora più primitivo possono venire instaurate», a causa di anomalie ambientali³. Nel corso dello stesso articolo Winnicott annota che le deficienze ambientali in grado di determinare la psicosi, appartengono a uno stadio dello sviluppo precedente a quello in cui l'individuo ha gli strumenti per essere consapevole sia delle provvidenze ambientali che del loro fallimento. Ma l'argomento relativo al crollo dovette risultare per Winnicott tanto pregnante da dedicarvi, al momento in cui si apprestò a fare un quadro completo della morfologia psichica rispetto ai concetti di salute e malattia, uno specifico spazio nosologico⁴.

Nel '64 egli approntò, poi, un poscritto al lavoro del '59 sopra citato, nel quale detta gli assiomi fondamentali del *crollo mentale* riproposti dall'autore in questo più tardo lavoro del '71. Qui l'espressione sino allora usata da Winnicott di *crollo mentale*, divenne semplicemente *paura del crollo*, che elidendo la parola mentale precipita ancora di più la direzione della lettura in un senso arcaico e infantile di mancanza o di fallimento dell'organizzazione difensiva in rapporto alle esperienze originarie e alle vicissitudini ambientali dell'infante.

È dunque in maniera sottile che, nel tempo, Winnicott delinea una

² D.W. Winnicott, *Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica?*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 1970, p. 160. Il poscritto cui ci si riferisce più oltre si intitola «Nota al mental Breakdown».

³ *Ivi*, p. 166.

⁴ D.W. Winnicott, *Sanità e malattia* (1962), in AA.W., *Il pensiero di Donald Winnicott*, Roma, Armando, 1982, pp. 77-94.

lettura della *malattia psicotica* non come «crollo» bensì come un'organizzazione di difesa patologica contro l'angoscia impensabile derivante, al piccolo, dall'entrare catastroficamente in contatto con quelle agonie che solo una madre «sufficientemente buona» è in grado, attraverso l'identificazione con il suo bambino, di contenere e rendere pensabili. La continuità dell'esistere è garantita infatti al bambino, che ancora non differenzia il «non me» dal «me», di contro all'angoscia di annientamento e all'insorgere di angosce arcaiche e impensabili (definite da Winnicott da un lato come «materia prima delle angosce psicotiche» e dall'altro come «elemento centrale di un aspetto dello sviluppo normale») dalla funzione dell'*ambiente supportivo* (la madre ambiente), dal sostenere e considerare (*holding*) operati da una madre «sufficientemente buona» e «normalmente devota» in grado di proteggere il bambino da «qualsiasi urto» (*impingment*) che possa, appunto, interrompere la continuità dell'essere. La paura del crollo, della catastrofe, del collasso, diviene allora la paura di quelle terribili e minacciose agonie primitive che, filogenesi e ontogenesi, originarono – per l'assenza di una barriera, di «uno scudo che protegge dagli stimoli»⁵, del, vale a dire, *holding* materno – la struttura difensiva patologica del bambino. «Dobbiamo utilizzare – scrive infatti Winnicott – la parola crollo per descrivere l'impensabile stato di cose che sottende l'organizzazione difensiva».

Nel difficile stadio della «non integrazione» – sostiene Winnicott nel '62 – è necessario non considerare il bimbo come un individuo che ha fame e le cui pulsioni istintuali possono essere soddisfatte o frustrate, ma bisogna invece considerarlo come un essere immaturo che è sempre sull'orlo di un'impensabile angoscia⁶. E in questo scritto del '71 aggiunge, perseguendo la stessa ottica di convergenza tra il «potenziale di sviluppo» e l'«insieme delle cure materne», che «sul

⁵ Cfr. S. Freud, Nota sul «Notes magico» (1924), in *Opere*, vol. X, Torino, Boringhieri, 1976.

⁶ D.W. Winnicott, *L'integrazione dell'io nello sviluppo del bambino* (1962), in *Sviluppo affettivo e ambiente*, cit., p. 69.

limitare della vita del soggetto il crollo è già avvenuto».

È dunque su di un orlo, su di una soglia agonica, fra la non esistenza e l'esistenza, che nella vita di questi soggetti ci sono eventi accaduti, ma non sperimentati: eventi minacciosi quali l'andare a pezzi, il cadere per sempre, l'essere senza alcuna relazione con il corpo, l'essere senza orientamento⁷. Niente tuttavia che abbia a che fare con un trauma tradizionalmente inteso, piuttosto somiglia a un urto (*impingment* è, d'altra parte, la parola che Winnicott usa per definire questa specie di avvenimento sordo) che in assenza di un'adeguata struttura difensiva non ha trovato un luogo psichico che, contenendolo, garantisca la possibilità di «rammentarlo».

Il paradosso diviene per il paziente una ricerca compulsiva nel futuro di un accadimento passato che non può ricordare in «quanto non era là». Si è posti dunque di fronte a un fatto «accaduto ma non sperimentato» di cui non si conserva memoria e, in questo senso, la paura del crollo – come sostiene Nicolaidis⁸ – pare allora segnalare un vuoto nel sistema della rappresentazione, una falla nei primi processi di mentalizzazione. Sembra quasi che l'organizzazione psichica di questi pazienti, estremamente fragile, si accosti a quelle modalità di funzionamento mentale, definite da «economia di guerra»⁹, dove le resistenze hanno il compito di neutralizzare qualunque irruzione dell'attività rappresentativa in favore della ripetizione, nella regressione, dell'evento temuto. Ripetere, allora, nel transfert il crollo temuto e mai sperimentato – sostiene Winnicott in un'ottica terapeutica –, diviene l'equivalente, per questo tipo di pazienti, del «ricordare» per i pazienti psiconevrotici.

Luca Rosi – Manuela Trinci

⁷ Ivi.

⁸ N. Nicolaidis, *La rappresentazione* (1984), Torino, Bollati Boringhieri, 1988.

⁹ E.C. Gori, estrapolato dalla relazione presentata al Congresso della SPI, Sorrento, maggio 1988.

PREMESSA

È solo recentemente che si è aperta per me, attraverso l'esperienza clinica, una nuova possibilità di comprensione del significato della paura del crollo. Ed è questa concettualizzazione, ripeto, nuova per me come forse per altri che operano in ambito psicoterapeutico, che qui di seguito intendo argomentare.

Ovviamente, se nelle mie parole c'è una qualche verità, i poeti ne avranno già trattato, ma le intuizioni poetiche non possono certo esonerarci dall'arduo compito di procedere, passo dopo passo, dall'ignoranza verso il nostro scopo che è di conoscenza. Ritengo inoltre che uno studio specifico su questo tema conduca a un ripensamento di quei problemi che, quando nella clinica non si sia in grado di operare così come desiderato, creano imbarazzo e, come conclusione, indicherò quali ampliamenti della teoria io proponga alla discussione.

VARIABILITÀ INDIVIDUALE

La paura del crollo è una caratteristica rilevante in alcuni pazienti, ma non in altri. Da questa osservazione, supponendo che sia esatta, si può trarre la conclusione che la paura del crollo si origini in relazione alla passata esperienza del singolo individuo e a varianti ambientali. Inoltre, dobbiamo pensare ad un comune denominatore della paura stessa per indicare l'esistenza di esperienze universali; sono proprio queste esperienze che rendono possibile, anche per noi, il conoscere empaticamente cosa provi un paziente quando accusi, in maniera molto marcata, questa paura. (In verità lo stesso potrebbe dirsi

a proposito di qualunque altro aspetto della malattia. Tutti ne sappiamo qualcosa, anche se un qualcosa di cui possiamo non preoccuparci particolarmente.)

COMPARSA DEL SINTOMO

All'inizio del trattamento, non tutti i pazienti, con questo tipo di paura, se ne lamentano. Alcuni lo fanno. Altri hanno, tuttavia, difese così ben strutturate che la paura del crollo emerge come fattore predominante solo nel momento in cui il trattamento abbia fatto un considerevole progresso.

Per esempio, un paziente può avere svariate fobie e una complessa organizzazione per affrontarle, ragione per cui la dipendenza non entra presto nel transfert. Quando, infine, col tempo la dipendenza diviene una caratteristica importante, allora gli errori e le carenze dell'analista vengono ad essere motivo immediato di specifiche fobie e dell'erompere della paura del crollo.

SIGNIFICATO DI CROLLO

Abbiamo qui usato il termine crollo di proposito poiché è da considerarsi vago e indicativo di più cose. Nel complesso, e in questo contesto, il termine può essere inteso nel senso di un cedimento di una organizzazione di difesa. Ma subito ci chiediamo: difesa da che cosa? E questo ci conduce ad un approfondimento del medesimo termine poiché siamo costretti ad usare la parola crollo per definire l'indefinibile stato di cose che giace sotto l'organizzazione delle difese.

In effetti, mentre nel campo delle psiconevrosi è opportuno

pensare che dietro le difese vi sia l'ansia di castrazione, nella maggior parte dei fenomeni psicotici che stiamo esaminando è in questione il crollo della costituzione della stessa unità. L'io organizza difese contro il crollo dell'organizzazione dell'io in quanto è quest'ultima ad essere minacciata. Ma l'io non può organizzarsi contro l'insufficienza dell'ambiente in quanto la dipendenza è un fatto di vita o di morte.

In altre parole, ci stiamo occupando di un'inversione dei processi maturativi dell'individuo e questo rende opportuno ricapitolare brevemente gli stadi precoci della crescita emotiva.

CRESCITA EMOTIVA, STADI PRECOCI

L'individuo eredita un processo di maturazione e questo gli consente di svilupparsi proporzionalmente ad un ambiente facilitante e solo quando questo esista. L'ambiente facilitante è di per sé un fenomeno complesso. In quanto tale richiede uno studio speciale: possiede come qualità fondamentale una potenzialità di crescita sua propria che si adatta alle mutevoli necessità della personalità umana durante l'accrescimento.

L'individuo procede, dunque, da una dipendenza assoluta a una indipendenza relativa sino a giungere all'indipendenza. Di norma lo sviluppo accade con un ritmo tale da non sopravanzare l'evoluzione della complessità dei meccanismi mentali, essendo questa strettamente congiunta alla maturazione neurofisiologica.

L'ambiente facilitante può essere descritto come un *supporto* (*holding*) che si sviluppa nell'ambito di un *contatto manipolatorio* (*handling*) a cui si aggiunge la *presentazione dell'oggetto* (*object-presenting*).

In tale ambiente facilitante, l'individuo sperimenta uno sviluppo che qui può essere classificato come un successivo integrarsi (*integrating*) a cui si aggiunge l'insediamento della psiche nel soma (*indwelling*) (o coesione psico-somatica / *psychosomatic collusion*) e poi la relazione d'oggetto (*object-relating*).

Si tratta, ovviamente, di una semplificazione grossolana ed eccessiva, ma in questo contesto dovrebbe essere sufficiente.

In questa schematizzazione si osserverà che la progressione nello sviluppo corrisponde strettamente alla minaccia di uno spostamento in senso contrario (e alle difese contro questa minaccia) quale si ha nella malattia schizofrenica.

DIPENDENZA ASSOLUTA

È necessario ricordare che, nel periodo della dipendenza assoluta, quando la madre assolve alla funzione di io-ausiliario, l'infante non ha ancora separato il «non-me» dal «me»; questo non può avvenire indipendentemente dalla costituzione del «me».

ANGOSCE ARCAICHE

Da questo schema è possibile enucleare alcune delle angosce arcaiche (in questo ambito la parola ansia non è un termine sufficientemente incisivo).

Ne diamo, qui di seguito, alcune:

1. il ritorno ad uno stato di non integrazione (difesa: disintegrazione);
2. il cadere per sempre (difesa: autosostenersi);
3. la perdita della coesione psicosomatica, il fallimento

dell'insediamento nel soma (difesa: depersonalizzazione);

4. la perdita del senso di realtà (difesa: esplosione del narcisismo primario etc.);

5. la perdita della capacità di entrare in rapporto con gli oggetti (difesa: stati autistici, che si rapportano solo ai fenomeni del sé).

E così di seguito.

LA MALATTIA PSICOTICA COME DIFESA

In questo lavoro mi propongo di dimostrare come quanto si osserva nella clinica sia sempre un'organizzazione di difesa, anche nelle forme di autismo della schizofrenia infantile. L'angoscia, che sotto vi si trova, è impensabile.

È sbagliato pensare alla malattia psicotica come ad un crollo, si tratta piuttosto di una organizzazione di difesa nei confronti di un'angoscia arcaica e di solito essa viene ad essere coronata da successo (salvo nel caso in cui l'ambiente facilitante non sia stato insufficiente ma subdolamente illusorio, la cosa peggiore forse che possa accadere ad un bambino).

ESPOSIZIONE DEL TEMA PRINCIPALE

Adesso posso esprimere la mia opinione più importante, cosa, di fatto, molto semplice. Sono convinto che ciò che appare come *paura del crollo* sia la *paura di un crollo già sperimentato*. Si tratta della paura di quella angoscia arcaica che dette origine all'organizzazione della struttura difensiva manifestata dal paziente come sindrome patologica.

Questa idea può, o non, rivelarsi di immediata utilità per il

clinico. Non possiamo far premura ai nostri pazienti e pur tuttavia potremmo trovarci a rallentare i loro progressi a causa di vera e propria ignoranza; in questo senso ogni pur minimo contributo alla nostra capacità di comprendere può esserci utile nel provvedere ai bisogni del paziente.

Ci sono momenti in cui, in relazione alla mia esperienza, il paziente ha bisogno che gli si dica che il crollo – la paura del quale sta distruggendo la sua esistenza – ha già avuto luogo.

Si tratta di un evento che l'individuo si porta dietro nascosto nell'inconscio. Ma l'inconscio, in questo caso, non è propriamente l'inconscio che, rimosso, si riconosce nelle psiconevrosi, né l'inconscio della formulazione freudiana corrispondente a quella componente della psiche molto prossima ad un processo neurofisiologico. Neppure è l'inconscio di Jung, inconscio che io definirei: tutto ciò che avviene nelle caverne sotterranee o, in altre parole, la mitologia di quel mondo nel quale trova realizzazione la comunione della più profonda realtà psichica di individuo e madre. Più precisamente l'inconscio sta invece ad indicare quel qualcosa che la capacità integrativa dell'io non è in grado di racchiudere. L'io è, cioè, troppo immaturo per riunire tutti i fenomeni all'interno del dominio della propria onnipotenza.

Bisogna allora chiedersi: perché il paziente continua a preoccuparsi di ciò, trattandosi di cosa che appartiene al passato? La risposta non può essere data se non dal fatto che l'esperienza originaria di angoscia arcaica non può entrare a far parte del passato. A meno che l'io non l'abbia prima accolta nella sua esperienza attuale e posta, nel presente, sotto il proprio controllo onnipotente (avvalendosi del supporto dell'io-ausiliario della mamma [analista]).

Detto in termini diversi, il paziente deve procedere nella ricerca di quel frammento di passato *ancora non sperimentato*. Tentativo, questo, che prende la forma di ricerca di questo frammento nel futuro.

A meno che il terapeuta non lavori proficuamente tenendo presente che questo frammento è già un fatto, il paziente dovrà suo malgrado continuare a temere di raggiungere ciò che, peraltro, sta compulsivamente cercando nel futuro.

D'altronde, se il paziente è pronto ad accettare in qualche modo questa bizzarra verità (vale a dire che quanto non è stato ancora sperimentato è, purtuttavia, avvenuto nel passato) si ha allora l'opportunità che l'angoscia venga riedita nel transfert come risposta alle carenze e agli errori dell'analista. Tali errori, se non eccessivi, possono essere affrontati dal paziente, il quale attribuirà ogni errore di tecnica dell'analista al controtransfert di quest'ultimo. In altri termini, gradatamente, il paziente riconduce l'originaria deficienza dell'ambiente facilitante nello spazio della propria onnipotenza e dell'esperienza di onnipotenza che appartiene alla condizione di dipendenza (transfert).

Tutto questo è molto difficile, lungo e doloroso ma, in ogni caso, non certo inutile. Ciò che, contrariamente, sarebbe inutile è l'alternativa che adesso prenderemo in esame.

INUTILITÀ IN ANALISI

Date per scontate modalità di concettualizzazione e di accensione dell'analisi derivate dalle psiconevrosi, possiamo dire che, nei casi in discussione, l'analisi ha un buon esordio e procede bene; quel che di fatto avviene è che però paziente e anali-

sta si stanno semplicemente divertendo, colludendo in una analisi posta su di un registro psiconevrotico, quando in realtà la malattia è di natura psicotica.

Paziente e analista sono spesso soddisfatti di ciò che, insieme, hanno costruito: valido, ingegnoso, comodo, ma in virtù della loro collusione! Ed è per questo che ogni, per così dire, progresso finisce in rovina. Ad un certo punto il paziente pone fine a questa situazione e dice «E allora?». Il progresso non era da considerarsi progresso. Si trattava di un ulteriore esempio dell'analista accondiscendente verso il tentativo del paziente di rimandare la questione principale. E nessuno potrebbe farne colpa né al paziente né all'analista (sempre che naturalmente non si tratti di un analista che, potremmo dire, stanca il pesce psicotico con una lunghissima coda nevrotica sperando, con ciò, di evitare la cattura finale confidando in qualsivoglia scherzo del destino, sia esso la morte di uno dei due o il venir meno delle possibilità economiche).

Dobbiamo ritenere che sia il paziente sia l'analista desiderino veramente che l'analisi abbia un termine ma, ahimè, nessuna fine è possibile se non si sia prima toccato il fondo, se la cosa temuta non sia stata sperimentata. In effetti, una via d'uscita per il paziente è di avere un crollo (fisico o mentale) e la cosa può funzionare benissimo. Tuttavia tale soluzione non è buona abbastanza se non è comprensiva di un lavoro analitico, da parte del paziente, di intelligenza e approfondimento e, invero, molti pazienti cui mi riferisco sono persone di valore che non possono permettersi di crollare nel senso di un ricovero in ospedale psichiatrico.

Il fine di questo lavoro è attrarre l'attenzione nella direzione che il crollo sia già avvenuto sul limitare della vita del soggetto.

Il paziente avverte la necessità di “ricordarlo” ma non è possibile ricordare qualcosa che ancora non sia accaduta, e questa cosa del passato non è ancora accaduta perché il paziente non era là dove potesse accadergli. In questo caso, l’unico modo di ricordare per il paziente è quello di sperimentare questa cosa appartenente al passato per la prima volta nella situazione attuale, vale a dire, nel transfert. Ecco allora divenire questa cosa, assieme passata e futura, materia del qui ed ora, sperimentata per la prima volta dal paziente. Equivalente quindi del ricordare, questo risultato corrisponde al venir meno della rimozione nel corso dell’analisi del paziente psiconevrotico (trattamento classico freudiano).

ULTERIORI APPLICAZIONI DI QUESTA TEORIA

Paura della morte

Basterà una leggera modifica per far sì che l’ipotesi di fondo, relativa alla paura del crollo, possa essere traslata in una specifica paura della morte. Si tratta forse della paura più comune, tanto da essere stata inglobata nei precetti religiosi relativi a un aldilà, come a negare la realtà della morte. Quando la paura della morte è un sintomo significativo, la prospettiva di una vita futura non riesce più a recare sollievo perché il paziente è compulsivamente alla ricerca della morte. Anche in questo caso, ad essere inseguita è la morte che, già avvenuta, non è stata ancora sperimentata. Quando Keats si descrisse «quasi innamorato della confortante morte» egli, in accordo con quanto abbiamo esposto più sopra, stava desiderando ardentemente quel sollievo che gli sarebbe giunto se solo avesse potuto “ricordare”

di essere morto; ma, per poter ricordare, avrebbe dovuto sperimentare la morte in quel momento.

La maggior parte delle mie idee sono ispirate dai pazienti, verso i quali riconosco il mio debito. Particolarmente, a uno di essi debbo l'espressione «morte fenomenica». Ciò che era avvenuto nel passato era la morte come fenomeno, ma non come l'evento che siamo abituati ad osservare. Molti uomini e donne trascorrono la vita interrogandosi sulla possibilità di trovare una soluzione nel suicidio, procurando cioè al corpo quella morte già avvenuta per la psiche. Il suicidio in ogni caso non è da considerarsi una risposta, ma un gesto di disperazione. Adesso, per la prima volta, comprendo che cosa intendesse la mia paziente schizofrenica (che poi si uccise) quando diceva «tutto ciò che le chiedo è di aiutarmi ad attuare il suicidio per il motivo giusto anziché per quello sbagliato». Non ci riuscii e lei, disperando di trovare la soluzione, si uccise. Il suo scopo (nella visione di oggi) era di veder affermato tramite me che era morta da piccola. Su questa base, penso che insieme avremmo potuto fare in modo da posporre la morte fisica sino a quando la vecchiaia non avesse riscosso il suo pedaggio.

La morte, considerata in tal modo come un qualcosa già accaduto al paziente, ma in un momento in cui egli non era ancora sufficientemente maturo da poterla sperimentare, assume il senso di annichilimento. Si è così delineato un modello di sviluppo nel quale la continuità dell'essere è stata interrotta dalle reazioni infantili del paziente in risposta ai colpi, intesi questi ultimi come fattori ambientali divenuti urtativi a causa delle deficienze dell'ambiente facilitante. (Nel caso di questa paziente, i guai cominciarono molto presto, visto che una prematura consapevolezza venne risvegliata prima della nascita dal panico

della madre e, in più, la nascita stessa fu complicata da una placenta previa non diagnosticata.)

Vuoto

Sono ancora una volta i miei pazienti a mostrarmi come il concetto di vuoto possa essere considerato in questa medesima ottica.

In alcuni il vuoto deve necessariamente venire sperimentato e, anche in questo caso, il vuoto appartiene al passato, vale a dire a prima che il livello di maturazione avesse reso possibile esperire lo stesso vuoto.

Per la comprensione di ciò è necessario pensare non nei termini di trauma, ma di un non essere accaduto niente mentre qualcosa avrebbe potuto accadere.

Per un paziente è più facile ricondurre alla memoria un trauma che ricordare che niente è accaduto quando avrebbe potuto accadere. A quel momento il paziente non sapeva cosa sarebbe potuto accadere e così non poteva sperimentare niente, salvo registrare che qualcosa potrebbe essere stato.

Esempio

Può essere esemplificativa di quanto detto una fase del trattamento di una paziente. Questa giovane donna giaceva vanamente sul divano e tutto quello che poteva fare era dire: «Niente accade in questa analisi!».

A questo punto della terapia la paziente aveva fornito materiale indiretto in modo tale che io potei accorgermi che proba-

bilmente stava avvertendo qualcosa. Fui così in grado di verbalizzarle che stava avvertendo dei sentimenti e che li stava sperimentando come se si stessero pian piano affievolendo, secondo un suo peculiare modo di sentire, che la faceva disperare. Erano sentimenti dalle caratteristiche sessuali e femminili, senza evidenza clinica.

All'interno del transfert era la mia presenza (praticamente) che veniva ad essere la causa attuale dello svanire delle componenti femminili della sua sessualità. Quando questo fu stabilito chiaramente, avemmo, nel presente, un esempio di ciò che già le era accaduto innumerevoli volte. Nel suo caso (per semplificare nell'interesse della descrizione) c'era un padre – all'inizio quasi mai presente – che successivamente, quando si ritrovò in casa all'epoca in cui essa era piccola, rifiutò le parti femminili della personalità della figlia e niente ebbe da dare come stimolo maschile.

Ora, il vuoto è presupposto perché si accumuli una tensione di attesa. Il vuoto primario significa semplicemente: lo stato precedente al riempimento, e perché questa condizione abbia senso è necessario un considerevole livello di maturazione.

Il vuoto che si presenta durante un trattamento è una condizione che il paziente sta cercando di sperimentare, una condizione passata che non può essere ricordata se non venendo sperimentata al momento, per la prima volta.

In pratica, la difficoltà è che il paziente teme la spaventosità del vuoto e, in difesa, organizzerà un vuoto controllato tramite il non mangiare e il non imparare, o potrà anche riempirsi spietatamente con un'ingordigia che è compulsiva e che lo fa sentire rabbioso. Quando il paziente riesce a pervenire al vuoto stesso e a tollerare questa condizione facendo affidamento

sull'io-ausiliario dell'analista, allora, il ricevere può cominciare, improvvisamente, ad essere una funzione piacevole; qui può cominciare quel mangiare che non è funzione dissociata (o separata) come parte della personalità; inoltre, è in questo senso che alcuni dei pazienti che non potevano apprendere possono iniziare a farlo in modo piacevole.

La base dell'apprendimento (così come il mangiare) è il vuoto. Ma se il vuoto non viene sperimentato come tale fin dall'inizio, allora ecco che si trasforma in una condizione di cui si ha paura, pur se compulsivamente la si ricerca.

Non-esistenza

La ricerca della non-esistenza personale può essere considerata alla stessa maniera. Si troverà che la non-esistenza qui è parte di una difesa: l'esistenza personale viene ad essere solo rappresentata dagli elementi di proiezione e l'individuo tenta di proiettare qualunque cosa possa essere personale. Questo può essere un tipo di difesa relativamente sofisticato e lo scopo è di evitare la responsabilità (nella situazione depressiva) o la persecuzione (in ciò che chiamerei lo stato dell'auto-affermazione, cioè lo stadio dell'io-sono, con l'intrinseca implicazione *io ripudio tutto ciò che non è me*). È indicato citare qui come esempio il gioco infantile del «I'm the King of the Castle you're the Dirty Rascal» (io sono il re del castello – tu sei lo sporco monello).

Nelle religioni, questa idea può apparire nel concetto di unità con Dio e con l'Universo. Si può invece vedere questa difesa negata negli scritti e nei principi dell'esistenzialismo, dove si fa dell'esistenza un culto nel tentativo di contrastare la tendenza

personale ad una non-esistenza che fa parte di una difesa organizzata.

Ci può essere un elemento positivo in tutto questo, cioè un elemento che non è una difesa. In questo senso si potrebbe dire che solo al di fuori della non esistenza può iniziare l'esistenza. È sorprendente quanto presto (anche prima della nascita, di sicuro durante il processo del parto) possa venir mobilitata la consapevolezza di un io-prematuro. Ma l'individuo non può svilupparsi da una radice dell'io se questa è separata dalla esperienza psicosomatica e dal narcisismo primario. È proprio qui che inizia l'intellettualizzazione delle funzioni dell'io. Si può osservare che tutto questo si realizza molto tempo prima del costituirsi di un qualcosa che possa utilmente chiamarsi il sé.