

Il declino del Nome-del-Padre e la clinica dei nuovi sintomi

Nicolò Termino*

Relazione presentata il 24 maggio 2008 al Convegno *Il complesso del piccolo Hans. Nuove costellazioni edipiche?*, organizzato dall'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali di Roma.

Introduzione

In un suo recente lavoro Mario Rossi Monti ci ricorda che già a metà degli anni Ottanta Eugenio Gaddini si interrogava sul cambiamento dei pazienti che chiedevano una cura psicoanalitica. Il classico terreno delle nevrosi si è infatti allargato sempre più verso le sintomatologie di tipo borderline per giungere in certi casi fin dentro l'area della psicosi. Oltre alle configurazioni sintomatologiche “sono cambiati anche i modi, i tempi, le aspettative con i quali i pazienti si presentano all'analista. L'idea stessa di guarigione è andata incontro a trasformazioni radicali. Oggi il cosiddetto ‘paziente psicoanalitico’ si configura più come entità da *costruire* che non come condizione di partenza stabilmente acquisita. Una parte sempre più consistente del lavoro analitico consiste infatti in una sorta di lavoro preparatorio a una psicoanalisi classicamente intesa. Lavoro preparatorio che va considerato al tempo stesso come psicoanalisi a tutti gli effetti, che è già terapia e che ha spesso lo scopo di piegare la domanda di ‘terapia istantanea’ ai tempi necessari per un reale cambiamento”.¹

È a partire da questa constatazione clinica ed epidemiologica che prenderà forma il mio intervento, in cui cercherò di rispondere a tre domande principali: Perché chiamare in causa il concetto di Nome-del-Padre – e quindi il complesso di Edipo – per collegare le trasformazioni del discorso storico-sociale con le configurazioni della clinica contemporanea? [parr. 1-2] – In quali aspetti clinici le nuove forme del sintomo riflettono il declino del Nome-del-Padre? [parr. 3-4] – Quali difficoltà pone la cura dei nuovi sintomi? E in cosa consistono le strategie preliminari per far fronte a tali difficoltà? [parr. 5-6].

1. Il Nome-del-Padre e il nodo tra soggetto e Altro

La famiglia, in ambito psicoanalitico, così come negli studi di storia e antropologia, non è mai riducibile ad una unità naturale, dove avviene cioè soltanto la riproduzione biologica degli individui, ma è il luogo dove un soggetto incontra il proprio destino, nel bene e nel male.

* Psicoterapeuta – Ph.D. in “Ricerche e metodologie avanzate in Psicoterapia”. Responsabile del Centro JONAS di Roma (Centro di clinica psicoanalitica per i nuovi sintomi). Docente a contratto presso il Corso di Laurea in Psicologia della LUMSA di Roma (Sede decentrata di Caltanissetta).

¹ M. ROSSI MONTI, “Psicopatologia e figure del presente”, in *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano 2008, pp. 135-136. A proposito dei cambiamenti delle dinamiche relazionali tra paziente e analista si veda per esempio il lavoro di V. Lingiardi sull'impatto che lo spazio cibernetic ha sul rapporto analitico: cfr. V. LINGIARDI, “Playing with unreality: Transference and computer”, *International Journal of Psychoanalysis*, 2008, 89, pp. 111-126.

L'essere umano non è il frutto di una causa biologica, si configura semmai come l'effetto di due cause o, meglio, del rapporto tra quelle due cause che sono il padre e la madre. Il bambino è la verità del legame che unisce i due genitori. Ciò che ereditiamo non è solo un patrimonio genetico, ma anche la declinazione particolare con cui la parola del padre viene accolta dalla madre, ossia il posto che ha riservato alla funzione paterna.

La funzione paterna apre al soggetto la dimensione particolare del desiderio e, al contempo, lo inserisce nella dialettica con l'Altro. Nella clinica di ogni soggetto possiamo cogliere quello che è accaduto alla funzione paterna, come il soggetto ha interpretato quel legame tra la causa del desiderio e il padre, e come egli stesso vi si è situato.

Nel vissuto umano c'è un nodo strutturale tra soggetto e Altro,² un nodo che si iscrive grazie ad una funzione simbolica che in ambito psicoanalitico lacaniano viene chiamata "Nome-del-Padre". Il Nome-del-Padre non coincide con il padre reale, ma corrisponde piuttosto alla funzione paterna. Nell'insegnamento di Jacques Lacan il Nome-del-Padre è un operatore psichico che consente al soggetto di accedere alla funzione simbolica, alla possibilità cioè di dare un senso all'esperienza. A rigore, il Nome-del-Padre è la condizione di possibilità perché un soggetto diventi soggetto d'esperienza, di un'esperienza propriamente umana. Paradigmatica a questo proposito la lezione della psicopatologia psicotica: l'eclissi del significato dell'esistenza mette in luce ciò che ci rende umani proprio nel momento del suo dissolvimento.³

La funzione paterna inserisce il soggetto in un'invisibile trama simbolica che umanizzando il desiderio instaura una progettualità intramondana.⁴ Nell'apertura all'esistenza il soddisfacimento *pulsionale* non è mai riducibile a uno sfogo *istintuale*, poiché nell'uomo l'esperienza di soddisfacimento è, sin dalla nascita, strutturalmente legata alla presenza dell'Altro. Il marchio simbolico del Nome-del-Padre articola la pulsione – intesa come “uno dei concetti che stanno al limite tra lo psichico e il corporeo”⁵ – con l'inserimento nella dialet-

² “L'Altro è il luogo ove si costituisce colui che parla con colui che ascolta [...]. L'Altro deve essere considerato anzitutto come un luogo, il luogo in cui la parola si costituisce” [J. LACAN (1955-1956), *Il seminario, Libro III, Le psicosi*, a cura di G.B. Contri, Einaudi, Torino 1985, pp. 323-324].

³ Su questi temi sono molto preziose le osservazioni antropo-fenomenologiche di W. BLANKENBURG (1971), *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*, Cortina, Milano 1998 e le profonde analisi di G. BENEDETTI (1992), *La psicoterapia come sfida esistenziale*, Cortina, Milano 1997.

⁴ Per maggiori precisazioni sul complesso di Edipo si rimanda all'intervento di Franco Lolli. Qui ci si limita a indicare alcuni riferimenti generali: nella lettura lacaniana dell'opera di Freud il complesso d'Edipo è il mito dove vengono indicati quegli operatori psichici che introducono il soggetto in un mondo attraversato e ristrutturato dal simbolico. Lacan (1957-1958) distingue “tre tempi”, ossia tre scansioni logiche che si svolgono in una certa successione cronologica. In un primo tempo, in una fase precoce dello sviluppo, il bambino sente di essere tutto per la madre, ciò che l'appaga completamente. L'entrata in scena del Nome-del-Padre segna la separazione della coppia madre-bambino, instaurando il passaggio da questa dialettica immaginaria al secondo tempo dell'Edipo: quello dell'interdizione paterna. La funzione paterna opera una duplice manovra d'interdizione (castrazione simbolica), rivolgendosi sia al bambino che alla madre: quest'ultima non può più soddisfarsi completamente nel bambino, che a sua volta viene sganciato dall'identificazione fallica. La legge veicolata dal Nome-del-Padre non è però soltanto un'interdizione del godimento, infatti il tramonto dell'Edipo apre al bambino una dimensione che sta al di là del sacrificio del suo godimento. In questa terza fase, definita da Lacan la tappa “feconda”, la funzione del padre consiste nel fornire al soggetto un modello in cui identificarsi, ma questa volta su un piano simbolico. Il padre risarcisce il sacrificio pulsionale del bambino con un dono simbolico: un ideale che struttura nel soggetto l'annodamento tra legge e desiderio. Freud indicava con questo concetto l'“Ideale dell'Io”. L'intervento del Nome-del-Padre è dunque necessario affinché il soggetto trovi posto in un apparato simbolico. Questo è il carattere duplice della funzione paterna dal punto di vista della legge: da una parte l'interdizione e dall'altra, l'abilitazione al desiderio.

⁵ S. FREUD (1905), “Tre saggi sulla teoria sessuale”, in *Opere*, vol. IV, a cura di C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1970, p. 479.

tica Soggetto-Altro, dialettica che abita il cuore del soddisfacimento libidico.⁶ La funzione paterna si costituisce come mediazione tra la pulsione e l'Ideale dell'io: oltre a veicolare l'interdizione trasmette un'impronta in cui ritrovarsi in quanto soggetto del desiderio. E il desiderio è desiderio dell'Altro, sosteneva Lacan.

Ciò che il paziente dice in seduta è indicativo della sua posizione soggettiva rispetto all'Altro, un Altro che è anche rappresentato dal discorso sociale. I labirinti delle vicissitudini sintomatiche ci indicano infatti le modalità particolari con cui un soggetto si inserisce nel legame sociale. Ecco perché l'ambito degli interventi psicoterapeutici, sebbene sia confinato alle stanze di consultazione, si apre non solo sui fenomeni psicopatologici, ma anche sulla loro intersezione con il discorso sociale dominante. Questa tesi è in sintonia con quanto pensava Freud,⁷ per il quale il mentale è sempre già sociale e “il collettivo – per dirla con Lacan – non è altro che il soggetto dell'individuale”.⁸ In questa prospettiva la cultura rappresenta la dimensione sociale degli eventi psichici e la soggettività individuale rivela a sua volta la dimensione psichica degli eventi sociali e ambientali.

Il Nome-del-Padre indica dunque quell'annodamento unico e irripetibile tra soggetto e Altro, crea un rapporto tra la vita psichica individuale e la dimensione sociale e grupppale del soggetto.

2. “L'epoca dell'Altro che non esiste”

Nel periodo storico in cui Freud scopriva e inventava la psicoanalisi il desiderio inconscio si manifestava come una irriducibile spinta al soddisfacimento. Tutto questo era la fonte di quel disagio che poneva in conflitto soggetto e Civiltà.⁹ affinché il soggetto potesse partecipare alla condivisione di valori comuni doveva rinunciare a una parte del suo godimento. La funzione d'interdizione che attraversava il complesso d'Edipo era in sintonia con le esigenze normative del legame sociale.

Jacques-Alain Miller ha scelto, partendo dall'insegnamento di Lacan, di chiamare il regime di funzionamento attuale della civilizzazione, “l'epoca in cui l'Altro non esiste”.¹⁰ Nella contemporaneità il rapporto con l'Altro è segnato dal declino del Nome-del-Padre, declino che lascia il soggetto privo di riferimenti simbolici. Analogamente, sempre nell'area psicoanalitica, René Kaës ha parlato di una “crisi dei garanti metapsichici”¹¹ per indicare il vacillamento dei principi organizzatori dello psichismo.

⁶ Nella teoria freudiana la pulsione di vita (*Éros*) viene distinta dalla pulsione di morte (*Thanatos*). Quest'ultima è impermeabile ad ogni dialettica con l'Altro. In riferimento alla clinica la pulsione di morte è rintracciabile per esempio nella relazione del masochista con il partner o nel rapporto dell'anoressica con il cibo.

⁷ “Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto, in quest'accezione più ampia ma indiscutibilmente più legittima, la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale” [S. FREUD (1921), “Psicologia delle masse e analisi dell'Io”, in *Opere*, vol. IX, a cura di C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1977, p. 261].

⁸ J. LACAN (1946), “Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata. Un nuovo sofisma”, in *Scritti*, vol. I, a cura di G.B. Contri, Einaudi, Torino 1974, p. 207.

⁹ In realtà la nozione, e il termine, di “soggetto” (*sujet*) sono così rari nei testi di Freud quanto così onnipresenti nell'insegnamento di Lacan. Per maggiori chiarimenti su tale “accidente terminologico” si rimanda a F. PEL-LION, “Quelques remarques à propos de l'usage de la notion de ‘sujet’ en psychanalyse”, *L'évolution psychiatrique*, 2007, 72, pp. 155-161.

¹⁰ Nell'orientamento lacaniano il punto di riferimento costante su questi temi è stato J.-A. MILLER, E. LAURENT (1996-1997), *L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique*, Corso tenuto al Dipartimento di Psicoanalisi dell'Università di Parigi VIII (inedito). In italiano è disponibile soltanto la lezione del 21 maggio 1997: J.-A. MILLER, E. LAURENT (1997), “L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique”, in L.S. BONIFATI, F. GALLIMBERTI (a cura di), *Il rifiuto dell'Altro nell'anoressia. Studi di psicoanalisi*, Angeli, Milano 2001, pp. 15-36.

¹¹ Cfr. R. KAËS, “Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo. Saggio sui garanti metapsichici”, *Psiche*, 2005, 2, pp. 57-66.

Il tramonto della funzione (edipicamente) strutturante dell'Ideale ha lasciato il posto ad un imperativo che impone una spinta all'eccesso. Nell'epoca contemporanea l'unico Ideale è infatti quello (anti-ideale), cinico, della spinta a godere. Tra Freud e noi passa lo spartiacque di un mutamento socio-culturale che ha visto la trasformazione del messaggio delle istanze sociali: dall'interdetto rivolto al desiderio si è passati ad un invito a godere in modo sempre più eclatante.

Nelle formule di Miller la struttura di questo fenomeno viene espressa con "I < a", l'Ideale ha cioè perso valore rispetto al godimento. In un suo recente lavoro Miller osserva però come questa formula, oltre ad indicare la cifra del discorso sociale contemporaneo, indichi anche il risultato del discorso psicoanalitico.¹² Ma mentre la psicoanalisi opera una disgiunzione che separa l'Ideale dall'oggetto *a* (l'oggetto pulsionale), simbolizzando quel godimento¹³ insito nell'identificazione all'Ideale, il discorso contemporaneo della civiltà opera la stessa disgiunzione inducendo però una "paradossale idealizzazione della deidealizzazione"¹⁴ e incoraggiando un consumo sempre più eclatante dell'oggetto, che però non è mai il proprio oggetto *a*. Il discorso consumistico illude le masse di trovare il proprio oggetto *a* per poi alimentare ipnoticamente¹⁵ il circuito infinito del suo consumo, nel rimando da un oggetto al successivo. Il rapporto con la particolarità del proprio desiderio viene assorbito nella spersonalizzazione del consumo degli oggetti,¹⁶ che riduce il soggetto a solo elemento di una massa.

Se il valore simbolico degli Ideali non organizza più lo stile di vita del soggetto, assistiamo allora a una deriva soggettiva in cui il percorso esistenziale di ciascuno è ridotto a una modalità di godimento, a una modalità di consumo della vita. Il desiderio particolare del soggetto viene così piegato in una pratica uniformizzante di godimento. Parafrasando una poesia di Kavafis potremmo dire che la vita viene sprecata nel banale commercio degli incontri quotidiani fino a farne una stucchevole estranea.¹⁷ È per tale motivo che lo stile di vita del soggetto contemporaneo è caratterizzato da molto godimento e poca soddisfazione, e ciò che della vita non è consumabile viene vissuto con un alone di vuoto e tristezza.

3. Forme della psicopatologia contemporanea

I sintomi, che a inizio del XX secolo portavano le persone a chiedere una consultazione, erano la forma metaforica di un desiderio inaccettabile per le istanze etiche del soggetto. I classici sintomi nevrotici rappresentano infatti un'incrinatura dell'identificazione al ruolo sociale, si insinuano come una faglia nella vita troppo levigata del soggetto e la disarticolano dal suo interno. I sintomi decifrati da Freud sono le righe scritte da una passione inaccettabile, che riaffiora tra le maglie incerte della "feroce coazione" ad adeguare la propria vita alle esigenze della società.¹⁸

¹² Cfr. J.-A. MILLER (2004), "Una fantasia", *La Psicoanalisi*, 2005, 38, pp. 17-34.

¹³ Si tratta di un godimento che tende a saturare la mancanza-a-essere del soggetto.

¹⁴ M. RECALCATI, "L'eclissi del desiderio", in M. RECALCATI (a cura), *Forme contemporanee del totalitarismo*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 76.

¹⁵ Per questa associazione tra "l'Ideale, la massa e l'ipnosi" si rimanda al capitolo 8 di S. FREUD (1921), "Psicologia delle masse e analisi dell'Io", in *Opere*, vol. IX, a cura di C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1977, pp. 257-330.

¹⁶ Cfr. R.E. MANZETTI, "Prendere i *gadgets* come dei sintomi", *La Psicoanalisi*, 2001-2002, 30/31, pp. 102-104.

¹⁷ "E se non puoi la vita che desideri / cerca almeno questo / per quanto sta in te: non sciuparla / nel troppo commercio con la gente / con troppe parole in un viavai frenetico. / Non sciuparla portandola in giro / in balia del quotidiano / gioco balordo degli incontri / e degli inviti, / fino a farne una stucchevole estranea." [C. KAVAFIS (1913), "Per quanto sta in te", in *Settantacinque poesie*, trad. it di N. Risi e M. Dalmàti, Einaudi, Torino 1992].

¹⁸ Nel suo romanzo *Una scrittura femminile azzurro pallido* Franz Werfel illustra i drammi e le contraddizioni della società viennese del periodo storico a cui ci riferiamo.

Nell'epoca contemporanea l'imperativo sociale non è più quello della rinuncia al soddisfacimento, poiché si è trasformato in un obbligo al non dover rinunciare, una spinta al "tunnel del divertimento":¹⁹ il godimento non è più una scelta ma una via obbligata a cui doversi uniformare. Questo segna ad esempio il passaggio dalla repressione del sesso alla sua prescrizione, che potremmo sintetizzare con una battuta: "una volta alle donne era permesso di raggiungere l'orgasmo ma dovevano fingere di non averlo, oggi debbono fingere di averlo anche se non riescono a raggiungerlo".²⁰

Da un'altra angolatura possiamo osservare come il declino del Nome-del-Padre e la conseguente instabilità del legame con gli Ideali favorisca un funzionamento sociale che incoraggia sempre più le personalità narcisistiche: "è sempre più difficile, in assenza di ideali comuni, che ci si interessi del proprio vicino e quindi in effetti ci sono più personalità narcisistiche e ciò modifica la clinica".²¹

Nella clinica contemporanea diventa prevalente l'utilizzo ipertrofico della maschera, del "falso sé" per dirla con Winnicott. La maschera non esprime una difficoltà nell'identificazione, si configura semmai come un eccesso di identità che non lascia posto a un'apertura verso l'alterità. Il sintomo odierno è l'ipertrofia dell'Io, che esclude la possibilità di un rapporto dialettico tra il proprio desiderio e l'Altro: non c'è alcuno spazio simbolico per la dimensione particolare del desiderio, che piuttosto viene alienata in una saturazione narcisistica.

La clinica contemporanea è una "clinica del vuoto",²² infatti come ben sottolinea Massimo Recalcati la "mancanza-a-essere" costitutivamente alla base del legame tra il soggetto e l'Altro viene ridotta a un vuoto. Si tratta di una clinica in cui avviene una reificazione della mancanza in vuoto, un vuoto da riempire (o nutrire) con oggetti e non con legami intersoggettivi.

Mentre la clinica della nevrosi trova il suo perno nella rimozione²³ e i sintomi sono il segno di una "mancanza a essere", ossia di un'enunciazione che non si lascia cristallizzare nella serie degli enunciati, la clinica del vuoto si costituisce nel segno di una rottura del legame con il Simbolico e rigetta quindi ogni questione rispetto al desiderio inconscio e all'Altro.

In diversi contesti è stato sottolineato che le figure psicopatologiche del presente hanno smesso di veicolare la corrente inconscia del desiderio, suturando quella divisione soggettiva che tormentava il classico nevrotico, tutto preso dal dilemma su come dar voce alla verità nascosta dei suoi sintomi. I nuovi sintomi (attacchi di panico, depressioni, anoressie, bulimie e nuove forme di dipendenza) non sono più la metafora di un significato rimosso, ma rappresentano sempre più la spinta ad agire, scavalcando la mediazione del simbolo. Il fondo psicotico della clinica contemporanea riguarda in effetti proprio questa debolezza del simbolico nei confronti del godimento (effetto dell'evaporazione della funzione del Nome-del-Padre) che va di pari passo con il ritorno dei sintomi sul corpo del soggetto. "Anoressia, bulimia, tossicomania e attacchi di panico mostrano la varietà di questi ritorni e il loro motivo comune: la parola è surclassata dal godimento come evento del corpo".²⁴ I sintomi contemporanei sono quindi marcati da un eccesso libidico che scarta la funzione della parola.

Perdipiù i nuovi paradigmi clinici hanno smesso di rappresentare la discrepanza tra il desiderio soggettivo e le richieste della società, infatti non sono l'indice di quella questione che poneva il soggetto in *impasse* rispetto all'Altro. I nuovi sintomi sono semmai l'indice di un eccesso normotico del soggetto al messaggio dell'Altro contemporaneo, sono dei sintomi che

¹⁹ Si fa qui riferimento al testo della canzone "Fuori dal tunnel" di Caparezza.

²⁰ M. FOCCHI, "Il trattamento dei sintomi contemporanei", *Attualità lacaniana*, 2004, 1, p. 10.

²¹ E. LAURENT, "I nuovi sintomi e gli altri", *La Psicoanalisi*, 1997, 21, p. 49.

²² Cfr. M. RECALCATI, *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Angeli, Milano 2002.

²³ La rimozione evidenzia il carattere simbolico-linguistico dei sintomi nevrotici, ovvero il valore di cifra enigmatica per il soggetto.

²⁴ M. RECALCATI, "L'angoscia e la maschera", *Attualità lacaniana*, 2004, 1, p. 49.

in un certo senso sono chiamati a contribuire a un adeguamento del soggetto allo stile di vita incoraggiato dal discorso sociale. L'anoressia è ad esempio l'esaltazione psicopatologica della passione per il corpo magro, oppure l'uso di sostanze è oggi finalizzato a rendere il soggetto sempre più all'altezza dei ritmi dettati dai vari comandamenti sociali. Un mio giovane paziente diceva appunto che la cocaina gli consentiva di "avere il piede in due staffe".

Inoltre l'anoressia o le tossicomanie aprono uno scenario psicopatologico che esclude il riferimento all'Altro e si configurano come il tentativo di fare barriera proprio alla relazione intersoggettiva. L'anoressia è infatti la drammatica messa in atto del rifiuto dell'Altro. L'uso di sostanze stupefacenti è invece il ricorso ad un oggetto che consente di godere, facendo però a meno della presenza di un altro soggetto.

La psicopatologia contemporanea ci mostra però anche un altro lato delle trasformazioni soggettive, infatti accanto a quelle forme sintomatiche che manifestano un'esclusione dell'Altro e che fanno del soggetto una fortezza vuota, osserviamo dei sintomi che evidenziano lo sgretolamento dell'identità: si tratta ad esempio degli attacchi di panico e delle depressioni. Gli attacchi di panico e le forme di depressione cosiddette *atipiche* – in realtà così tanto tipiche nella nostra pratica²⁵ – sono un altro indice della profonda vacillazione delle fondamenta del soggetto e del legame interpersonale.²⁶

L'attacco di panico si presenta come "un fulmine a ciel sereno" e in modo imprevedibile fa emergere la vita fuori da qualsiasi rappresentazione e da qualsiasi limite. La crisi di panico si configura come un'esperienza che mette in risalto il limite dell'esistenza, problema che assume le sembianze dell'evento traumatico perché il soggetto si ritrova ad affrontare la "nuda vita" senza riferimenti simbolici.

La depressione evidenzia lo svuotamento del desiderio, che strutturalmente si configura come desiderio del desiderio dell'Altro. La depressione contemporanea inoltre non trova più il suo organizzatore psicopatologico nel senso di colpa ed è sempre più spostata nell'area borderline e narcisistica. Come fa notare Rossi Monti si tratta di "forme depressive che si aggregano intorno a due fondamentali costellazioni di esperienze: una prima costituita da *disforia-rabbia-solitudine-vuoto* e che affonda le radici in un assetto di personalità borderline; una seconda, organizzata intorno alle esperienze di *vuoto-insufficienza-delusione-vergogna*, che si iscrive nell'ambito della personalità narcisistica. In questo senso l'epidemia depressiva potrebbe essere considerata come l'involucro esteriore di alcune vicissitudini psicopatologiche in assetti di personalità che appartengono all'area borderline e narcisistica".²⁷

4. Quattro figure tipiche dell'Altro familiare

L'esperienza clinica inoltre ci mette sempre più a confronto con una serie di figure familiari in cui si osserva una disarticolazione del rapporto tra il Simbolico e la dimensione libidica. Ad esempio nella clinica dell'anoressia-bulimia la debolezza della funzione del Nome-del-

²⁵ "È evidente come queste nuove forme depressive non appartengano alla costellazione tradizionale delle depressione (colpa-inibizione-rallentamento-persecutorietà interna) quanto piuttosto alla costellazione di quelle forme che la psichiatria clinica e la nosografia chiamano 'atipiche': depressioni *atipiche* che oggi sono diventate *tipiche*." [M. ROSSI MONTI, "Psicopatologia e figure del presente", in *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano 2008, p. 144].

²⁶ Per ulteriori approfondimenti sulla prospettiva psicoanalitica lacaniana sui nuovi sintomi si rimanda a U. ZUCCARDI MERLI (a cura), *Il soggetto alla deriva. Depressioni e attacchi di panico*, Angeli, Milano 2005; F. LOLLÌ, *L'ombra della vita. Psicoanalisi della depressione*, B. Mondadori, Milano 2005; D. COSENZA, M. RECALCATI, A. VILLA (a cura), *Civiltà e disagio. Forme contemporanee della psicopatologia*, B. Mondadori, Milano 2006; R. POZZETTI, *Senza confini. Considerazioni psicoanalitiche sulle crisi di panico*, Angeli, Milano 2007.

²⁷ M. ROSSI MONTI, "Psicopatologia e figure del presente", in *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano 2008, p. 144.

Padre si riflette in alcune tipologie dell'Altro familiare che Recalcati ha condensato in uno schema²⁸ che comprende “le figure della madre-cocodrillo, di quella narcisista, del padre amante e del padre norma”.²⁹

“La *madre cocodrillo* indica l’annullamento della donna nella madre, nella madre-tutta-madre, nella madre divorante così come Lacan ci ha insegnato a definire la struttura del desiderio della madre”.³⁰ La figura della madre-cocodrillo rappresenta una madre che nel suo rapporto con la figlia non risente della mitigazione dell’intervento del Nome-del-Padre, ossia di quell’elemento simbolico che regola il desiderio della madre. Un esempio di questo funzionamento familiare è offerto dalla presenza di una “madre che detta la legge” e di un “padre che accoglie”. In consultazione può capitare di ascoltare una madre che dice di dedicarsi completamente alla figlia e che non ha permesso a nessuno, neanche al marito, di mettersi tra Lei e la figlia. Il marito veniva infatti visto come l’emissario della suocera e proprio per questo non aveva voce in capitolo nell’educazione dei figli. Si vede come in tale caso a proposito del rapporto madre-figlia si ponga la seguente questione: se è la madre a dettare le regole, chi regola poi la madre?

“La *madre narcisista* è un’alterazione storico-sociale contemporanea della madre cocodrillo che non cancella il carattere strutturale del desiderio materno come desiderio sospinto da un cannibalismo immaginario fondamentale, ma indica l’altra faccia della divorazione, ovvero il lasciare cadere, il disinvestimento libidico nei confronti del bambino; non l’appropriazione del bambino-fallo ma il rifiuto del bambino in quanto defallicizzazione del corpo femminile della donna”.³¹ Nel caso della madre narcisista la questione della figlia anoressica non ruoterà, come con la madre cocodrillo, attorno alla necessità di una separazione in grado di preservare una zona insatura tra soggetto e Altro, ma sarà imperniata su una rivalità di tipo speculare che ha come posta in gioco il primato della propria femminilità. Per illustrare questa variazione della figura materna Recalcati propone spesso l’esempio della figlia che insieme alla madre va in un negozio di abbigliamento, lì prova un vestito e poi per scherzo lo prova anche la madre, alla fine la madre lo compra per sé e non più per la figlia.

Sul versante paterno “il *padre-norma* è il padre che pretende di incarnare la Legge. È il padre scrupoloso, dedito al lavoro, educatore, severo, metodico nell’applicazione della regola”.³² L’adesività alla dimensione della regola non lascia però spazio per quell’eccezione che è costituita dal desiderio, elemento della vita psichica che non si lascia incardinare nella rigidità di un programma o di un contratto. Il padre norma sostiene un totalitarismo dell’universale che schiaccia il particolare del desiderio. “A questo universale senza corpo la figlia anoressica può rivolgere la sua provocazione e la sua sfida mortale: ‘c’è un cuore nella macchina della Legge?’”³³

“Il *padre-amante*, infine, è il corrispettivo narcisistico del padre-norma. [...] È il padre che non impartisce la lezione della regola ma interviene col proprio corpo finendo col collocare la figlia al posto della propria donna degradata a madre-tutta-madre. Il padre amante è il padre della cura e della seduzione”.³⁴ Un esempio eclatante è costituito dal padre di una ragazza anoressica che in seduta descriveva il piacere che provava nel guardare la figlia nuda mentre lei si guardava allo specchio. Osserviamo qui un azzeramento “dell’istanza normativa propria del padre simbolico”.³⁵

²⁸ Cfr. M. RECALCATI, “Il quadrato ‘tipo’ della famiglia anoressico-bulimica”, in *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Angeli, Milano 2002, pp. 285-293.

²⁹ *Ivi*, p. 289.

³⁰ *Ivi*, p. 290.

³¹ *Ibidem*.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

Queste quattro figure ovviamente non vanno prese come categorie esclusive, infatti nella dinamica delle relazioni familiari può accadere che un genitore oscilli nell'ambito di queste differenti tipologie. Ciò che risulta cruciale in questo tipo di funzionamento dell'Altro familiare è la disgiunzione tra il limite posto dal simbolico e la dimensione pulsionale. Si tratta di una frattura che da un lato può vedere la prevalenza della Legge a discapito del desiderio, in cui la Legge diviene sadianamente un meccanismo cinico di godimento (madre-cocodrillo, padre-norma), e dall'altro l'insistenza di una soddisfazione che piega la Legge alle esigenze della pulsione (madre-narcisista, padre-amante). Il risultato di questa oscillazione relazionale è comunque un eccesso, un eccesso dell'Altro che non lascia spazio a quella zona insatura tra soggetto e Altro, zona transizionale che fa sì che due non possono fare Uno: infatti è nell'impossibilità dell'Altro a chiudersi sul soggetto fino a diventare Uno che emerge la sua radicale alterità.

5. La clinica del vuoto e il problema della domanda di cura

In una delle pagine del libro *Clinica del vuoto* Recalcati scrive che la vera sterilità dell'anoressica consiste nel non lasciarsi fecondare dal simbolo.³⁶ Il sintomo anoressico infatti non si configura come il segno di una conversione isterica, il corpo non si fa veicolo di un messaggio rivolto all'Altro del linguaggio e quindi non diventa un geroglifico da interpretare, una metafora del soggetto dell'inconscio. La clinica del vuoto pone maggiormente in evidenza non più il legame con l'Altro e la dialettica del desiderio, ma l'*anti-amore* e l'autismo del godimento sintomatico: il godimento cancella la dimensione dell'incontro con l'Altro e l'oggetto del desiderio viene ridotto a un oggetto di godimento. Si parla di anti-amore perché il soggetto si rivolge a partner inumani, dove ciò che conta non è la particolarità del desiderio in gioco ma l'equivalenza e la serialità dell'oggetto. Si pensi all'abbuffata del soggetto bulimico che svuota frigorifero ingerendo qualsiasi cibo, senza badare alla differenza tra il dolce e il salato, oppure mangia le pietanze più raffinate insieme al cibo per gatti. Qui il cibo non è un oggetto del desiderio, ma è soltanto un oggetto pulsionale che serve solo ad alimentare il mangiare per mangiare, il cibo è solo un oggetto attorno a cui la pulsione fa il suo giro.

Si dice dunque che nella clinica del vuoto è in evidenza il godimento, e non il desiderio, perché prevale una spinta autodistruttiva, una pulsione che è al di là del principio di piacere e che non tiene conto di nessun criterio di adattamento alla realtà. Il godimento è ciò che nell'esperienza del soggetto rimane fisso, è ciò che si ripete senza lasciarsi scalfire dalla parola o dal buon senso.

Le forme contemporanee della clinica pongono ancor di più il problema del trattamento del godimento, ossia di ciò che è refrattario alla dimensione della parola e che il paziente indica come "ciò che è più forte di me". Si tratta del "tornaconto paradossale del sintomo" che nella testo del colloquio possiamo dedurre da frasi con struttura logica simile: «non ne posso più, ma non ne posso fare a meno». Ora, se nella clinica della nevrosi questo aspetto è ciò che si fa cifra sintomatica di una posizione soggettiva, nella clinica del vuoto il sintomo non è metafora del soggetto dell'inconscio, ma è segno di un regime di godimento da tutelare o ripristinare. "L'inclinazione olofrastica"³⁷ dei nuovi sintomi produce infatti un effetto di congelamento

³⁶ M. RECALCATI, "La bocca e le ossa", in *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Angeli, Milano 2002, p. 47.

³⁷ M. RECALCATI, *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, B. Mondadori, Milano 1997, p. 216. Il concetto di "olo-frase" – mutuato dalla linguistica e ripreso da Jacques Lacan – indica una parola con significato equivalente a quello di un'intera frase. Lacan "livella così l'olo-frase alla solidificazione della coppia di significanti S₁ S₂. Ora, lo ricordiamo, il significante non può designarsi da solo, ma è designato da un altro significante. Tra un significante e il significante con cui il primo significante è designato c'è una non-coincidenza, una faglia, un intervallo, che permette ci sia metafora, e cioè che ogni significante possa venire al posto di un altro e produrre

della dialettica tra il soggetto e l'Altro, dove il sintomo non diviene metafora di una verità rimossa, ma custode di un Io che scarta l'Altro. Ecco perché, a differenza della classica nevrosi, il paziente chiede soltanto di "aggiustare" il funzionamento del suo Io senza voler sapere quali implicazioni intersoggettive siano nascoste nel suo sintomo. La clinica del vuoto si configura dunque come un'esclusione a priori dell'Altro, il vuoto non è aperto sull'Altro della parola.

Nella classica nevrosi l'Altro viene implicato nella verità rimossa del sintomo, per cui il soggetto si rivolge al terapeuta in quanto incarnazione del luogo della verità: "Ti parlo perché tu sei in grado di ascoltare la verità che mi sfugge". Nella clinica del vuoto invece il paziente non si presenta come soggetto diviso dal proprio sintomo, poiché il soggetto è alienato in un'identificazione con il sintomo – "sono un'anoressica", oppure "sono un depresso" – che non viene interrogata nella sua valenza metaforica, ma solo nei suoi aspetti comportamentali, non simbolici. Nei nuovi sintomi la domanda di aiuto tendenzialmente è refrattaria alla dimensione della parola, si articola su uno sfondo alessitimico,³⁸ da cui deriva la precarietà del legame transferale, ossia della domanda di senso che viene rivolta all'Altro.

La caratteristica anti-metaforica della domanda apre allora la questione del trattamento preliminare della domanda, affinché il paziente possa riconoscere l'enigma (il sintomo-messaggio) che potrebbe coinvolgerlo in una domanda inedita sulla propria verità.

6. Il tempo preliminare della cura e la posizione dell'analista

In sede di primo colloquio può capitare di ascoltare una bulimica che ci chiede di aiutarla a ridiventare anoressica, perché per lei la bulimia è solo un inceppamento del funzionamento anoressico: "nel comportamento sono una bulimica, ma di testa sono un'anoressica".³⁹ In questo enunciato osserviamo l'assenza di una messa in questione del sintomo, che si presenta invece come la maschera garante di un'identità. Dietro questa maschera potrebbe però esserci il niente,⁴⁰ potrebbe cioè nascondersi l'assenza di un'iscrizione effettiva nel campo dell'Altro. In questi casi sarà cura del clinico saper interrogare la struttura psichica che si cela dietro questo fenomeno. "Ovvero: ciò che ritorna è dell'ordine del rimosso o del forcluso? È questa in effetti la discriminazione fondamentale che occorre poter stabilire di fronte al ritorno del reale nell'economia del soggetto anoressico-bulimico".⁴¹

Il punto cruciale nella diagnosi è stabilire dunque la differenza tra nevrosi e psicosi, a partire da un sintomo che però rimane solo segno e che non rivela alcun significato rimosso. Nella prospettiva lacaniana l'anoressia e la bulimia sono infatti indice di una "posizione del sog-

così una certa significazione. Essa fonda nello stesso tempo il desiderio dell'Altro, per il fatto che questo desiderio può essere così interrogato da parte del soggetto" [A. STEVENS (1983), "Nota sull'olofrase", *La Psicoanalisi*, 1987, 2, pp. 89-90].

³⁸ Circa trent'anni fa nell'ambito della ricerca in psicosomatica Sifneos (1973) parlò per la prima volta di *alessitimia*. Il costrutto alessitimico (alessitimia: *a* = mancanza, *léxis* = parola, *thymós* = emozione) indica una configurazione cognitiva e affettiva caratterizzata da: una difficoltà a identificare e descrivere le emozioni; una difficoltà a distinguere i sentimenti dalle sensazioni fisiche; un'incapacità a produrre fantasie e una vita onirica povera o assente; una modalità espressiva che riflette uno stile di pensiero orientato all'esterno. Quest'ultimo fattore era stato già osservato nel 1963 da Marty e de M'Uzan, che coniarono il termine *pensée opératoire* (pensiero operatorio) per descrivere uno stile comunicativo caratterizzato da esposizioni dettagliate degli eventi, senza però alcun riferimento agli aspetti emotivi. Cfr. P.E. SIFNEOS, "The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22, pp. 255-262; P. MARTY, M. DE M'UZAN, "La 'pensée opératoire'", *Revue Française de Psychanalyse*, 1963, 27, pp. 1345-1356.

³⁹ Frammento clinico riferito da Franco Lolli nell'ambito della *Conferenza su "Anoressia e Bulimia"*, organizzata dal Centro JONAS di Pescara (18 novembre 2003).

⁴⁰ Cfr. M. RECALCATI, "I due 'niente' dell'anoressia", in *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Angeli, Milano 2002, pp. 17-25.

⁴¹ M. RECALCATI (a cura), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia e bulimia*, Borla, Roma 1998, p. 39.

getto” e non di una struttura nevrotica o psicotica. “Nella clinica dell’anoressia-bulimia il fenomeno tende a coprire con la sua univocità seriale la differenzialità della struttura”.⁴² I nuovi sintomi sono l’indice fenomenico di un’identità solidificata in “un cortocircuito olofrastico che non concatena in una logica significativa il senso ma lo abolisce, lo pietrifica”.⁴³ Sarà il lavoro svolto nei colloqui preliminari a chiarire la diagnosi di struttura e da lì il sintomo verrà interrogato nella sua valenza metaforica (nevrosi) o verrà garantito in quanto supplenza all’assenza forclusiva del Nome-del-Padre (psicosi).

Il tempo preliminare della cura contempla dunque un percorso diagnostico da cui poter ricavare le coordinate per la direzione della cura,⁴⁴ ma anche un processo di trasformazione dei rapporti del soggetto con l’Altro.

Nella cura psicoanalitica classica il tempo preliminare serve a produrre una “rettifica soggettiva”,⁴⁵ ossia la responsabilizzazione del soggetto all’interno del discorso di cui si fa portatore. Questa fase è cruciale affinché il soggetto possa riconoscere la parte che egli ha nel mantenimento della sofferenza di cui si lamenta e per cui chiede aiuto. La rettifica preliminare consiste dunque nel trasformare la domanda iniziale per aprire nel soggetto un’interrogazione sulla propria implicazione etica nella causa della sua sofferenza.

Questo passaggio trova comunque il suo presupposto nella tendenza del soggetto a indirizzare all’Altro la questione che egli è. Nel caso dei nuovi sintomi invece le condizioni di possibilità per l’entrata del soggetto nella cura pongono “la questione di un *preliminare ai preliminari* classicamente intesi”.⁴⁶ L’aspetto monolitico di un godimento che non si lascia condizionare dal legame intersoggettivo “sembra introdurre la necessità di pensare [...] ad un’iniziale soglia da attraversare affinché il soggetto possa accedere alle fasi seguenti della cura. È la soglia di un *primo trattamento* del godimento che riapra il soggetto ad una minima, appena abbozzata, dialettica con l’Altro”.⁴⁷

Il problema della clinica contemporanea è che il sintomo non ha più qualcosa da dire, è solamente un segno che non allude ad alcun senso, è semmai completamente appiattito sulla dimensione dell’agire.⁴⁸ La dimensione olofrastica dei nuovi sintomi impone di “operare pre-

⁴² *Ivi*, p. 45.

⁴³ *Ivi*, p. 46.

⁴⁴ La distinzione fra nevrosi e psicosi è un punto cruciale perché, come ci ricorda Lacan a proposito della manovra del transfert nel trattamento della psicosi, “far uso della tecnica da lui istituita – Lacan si riferisce qui a Freud – fuori dall’esperienza cui si applica, è altrettanto stupido quanto affannarsi ai remi quando la nave è sulla sabbia” [J. LACAN (1958), “Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi”, in *Scritti*, vol. II, a cura di G.B. Contri, Einaudi, Torino 1974, p. 579].

⁴⁵ In ambito lacaniano nei colloqui preliminari l’obiettivo verso cui si vuole condurre il paziente è il raggiungimento di un modo diverso di interrogare il sintomo e di intendere la cura. Si tratta di un passaggio che va dal lamento sul sintomo alla verità insita nel sintomo: il “sintomo-disturbo” diventa un “sintomo-questione” in cui il soggetto è coinvolto e rappresentato, sebbene non ne sappia il motivo. Il piano della *rettifica soggettiva* è strettamente connesso all’implicazione del paziente nel suo sintomo: il soggetto deve cioè riconoscersi implicato nella causa della sua sofferenza. Il concetto di “rettificazione dei rapporti del soggetto col reale”, che Lacan indica ne *La direzione della cura*, sottolinea appunto il passaggio preliminare di una soglia affinché un soggetto possa diventare l’Analizzante della propria implicazione nel messaggio inconscio veicolato dal suo sintomo. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a J. LACAN (1958), “La direzione della cura e i principî del suo potere”, in *Scritti*, vol. II, a cura di G.B. Contri, Einaudi, Torino 1974, pp. 580-642.

⁴⁶ F. LOLLI, “Introduzione”, in F. LOLLI (a cura), *Sulla soglia. Preliminari nella clinica dei nuovi sintomi*, Angeli, Milano 2004, p. 11.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ “In questa predominanza dell’agire rispetto alla simbolizzazione la clinica dei nuovi sintomi sembra svelare la sua dimensione costitutivamente psicotica; il che non significa affatto operare una riduzione diagnostica dei sintomi contemporanei alla struttura della psicosi secondo uno schematismo meccanicistico, quanto piuttosto riconoscere che la clinica della rimozione – e dunque il sintomo come formazione dell’inconscio – non può integrare in sé la nuova clinica che è appunto, una clinica contrassegnata dallo sfaldamento del carattere simbolico del sintomo e dai ritorni di godimento nel reale” [M. RECALCATI, “La questione preliminare nell’epoca

liminariamente una rettificazione dell'Altro anziché del soggetto". Solo in questo modo il soggetto potrà sganciarsi dalla sua posizione anti-dialettica. L'aspetto olofrastico della clinica del vuoto nasce infatti come risposta, come barriera rispetto ad un Altro che lo asfissia con il soddisfacimento del bisogno, lasciando però intatta la dimensione del segno d'amore, di quel segno che particolarizza le cure "materne". Si tratta qui di un Altro che non lascia spazio per la particolarità del soggetto, che tende cioè ad assorbirlo tutto, ad "assoggettarlo". Questa saturazione del campo relazionale – olofrasizzazione in termini più lacaniani – impedisce al soggetto di tracciare la lettera singolare del proprio desiderio che rimane perciò in balia delle determinazioni dell'Altro.

Cosa significa dunque rettificare l'Altro? "Significa incarnare come analista un Altro diverso da quello reale che il soggetto ha incontrato nella sua storia e che si presenta come un Altro incapace di operare con la propria mancanza. Si tratta innanzitutto di dire di 'sì' al soggetto, dunque di incarnare un Altro che sappia non escludere, non cancellare, non rifiutare, non azzittire, non riempire, non soffocare, non tormentare".⁴⁹ Da qui possono aprirsi per il soggetto nuove condizioni per un possibile legame con l'Altro.

Nella clinica del vuoto "il nostro lavoro clinico inizia necessariamente come un lavoro preliminare sulla domanda".⁵⁰ È importante che il lavoro preliminare non coincida con un lavoro della risposta, il rischio sarebbe quello di mettersi nella stessa posizione di un Altro che con il suo sapere non lascia spazio alla parola particolare del soggetto.

Il tipico lavoro della risposta è rappresentato dalle prescrizioni di stampo comportamentale che intendono trasmettere al soggetto un sapere a proposito della gestione del suo sintomo. L'Altro che può comparire in questi casi – anche se mosso dal desiderio di aiutare – è un Altro che assume le sembianze dell'intruso e che inevitabilmente conduce a un irrigidimento dell'identificazione olofrastica del soggetto. Si tratterebbe di una collusione – anche se inconsapevole – con il sintomo. La somministrazione di un progetto educativo o comportamentale sarebbe, ad esempio, l'occasione per presentificare l'angoscia fondamentale del soggetto anorressico, cioè di essere divorato, di essere completamente assorbito dal sapere e dalla volontà dell'Altro. E sulla volontà dell'Altro sociale contemporaneo ci siamo già soffermati.

Nella clinica dei nuovi sintomi l'analista è dunque chiamato a incarnare le sembianze di un Altro che sappia non domandare nulla al soggetto e al tempo stesso che sappia farsi garante di una messa in questione del sintomo. Quindi non un Altro invadente che si propone come colui che sa disciplinare il reale del soggetto, ma un Altro con cui il soggetto può co-esistere investendo sulla propria parola senza mettere in atto quella separazione radicale che, ad esempio, si esprime nel rifiuto anorressico del cibo (dell'Altro). Nel caso dell'anoressia infatti il sintomo "non dà luogo alla domanda perché si configura già come una risposta del soggetto rispetto a ciò che l'Altro vuole da lui: l'Altro vuole che mangi e il soggetto a questa domanda risponde con un no inflessibile!"⁵¹

La fase preliminare di una cura è quindi un processo molto delicato, in alcuni casi più difficile di altri. In una cura psicoanalitica è ad ogni modo necessario che un soggetto possa mettere in funzione la dimensione del senso, per collegare "la traccia visibile alla cosa invisibile, alla cosa assente, alla cosa desiderata o temuta, come un fragile ponte di fortuna gettato sul vuoto".⁵² È su questa via che la psicoanalisi può rilanciare la sfida, l'apertura del simbolico per quel reale che si fa spazio nel vuoto soggettivo della clinica contemporanea.

dell'Altro che non esiste", in F. LOLLI (a cura), *Sulla soglia. Preliminari nella clinica dei nuovi sintomi*, Angeli, Milano 2004, p. 17].

⁴⁹ *Ivi*, p. 21.

⁵⁰ M. RECALCATI, *L'omogeneo e il suo rovescio. Per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo monosintomatico*, Angeli, Milano 2005, p. 84.

⁵¹ M. RECALCATI, "Anoressia-bulimia: il trattamento della domanda", in M.T. MAIOCCHI (a cura), *Il lavoro di apertura. Per una strategia dei preliminari*, Angeli, Milano 1999, p. 145.

⁵² I. CALVINO, *Lezioni americane. Sei proposte per il nuovo millennio*, Mondadori, Milano 1988 (2002), p. 85.

