

Centro Psicoanalitico di Bologna

Oggetto soggettivo ed esperienze fusionali nella situazione analitica

Paolo Fabozzi

“L’alternativa all’essere è il reagire, ed il reagire interrompe l’essere ed annienta” (Winnicott, 1960, p. 54-5).

“Bisogna ammettere però, semplificando molto, che ci sono due tipi di esseri umani: quelli che non si portano dietro un’esperienza significativa di crollo mentale nella prima infanzia e quelli che invece si portano dietro un’esperienza del genere e devono sempre fuggire da essa, girandoci intorno, avendone paura e *in qualche modo rimanendo sempre sotto l’incubo di questa minaccia*. Si può ben dire che non è divertente” (Winnicott, 1965, 142; corsivo mio)

Presenterò, nelle pagine che seguono, alcune sequenze cliniche di una paziente adulta, segnata dal fallimento del suo ambiente primario di accudimento, a causa di lutti inelaborati e di esperienze gravemente traumatiche che hanno preceduto la sua nascita. Tale fallimento ha costretto la paziente ad una sorta di “impossibilità di essere”. Descriverò come un transfert erotico che ha caratterizzato i primi due anni di analisi abbia avuto per lei anche una spinta evolutiva e trasformativa, poiché ha preso la forma di un sostegno alla sua embrionale capacità di sperimentare l’illusione all’interno della relazione analitica. In questa situazione hanno inoltre preso forma una serie di “coincidenze”, che hanno costituito non tanto una comunicazione tra inconsci, quanto piuttosto una sorta di collaborazione tra inconsci. Mostrerò infine come la graduale costruzione dell’analista come un oggetto soggettivo, resa possibile dalla nascente capacità di illudersi e dalla collaborazione tra i nostri inconsci, abbia permesso alla paziente di iniziare ad elaborare i traumi ereditati dal suo ambiente

primario e le angosce impensabili ad essi connesse.

1. L'essere e il sentirsi reali sono per Winnicott caratteristiche specifiche della salute mentale: “[...] la maggior parte delle persone [nega la] verità che di fatto esiste il pericolo di sentirsi non reali, di sentirsi posseduti, di non essere se stessi, di precipitare all'infinito, di non avere una direzione, di essere separati dal proprio corpo, di essere annientati, di essere un nulla, di non avere un luogo in cui stare” (Winnicott, 1967a, p. 27).

Nel suo “Sum: I am” (1968b) egli, ribaltando di 180° la razionalità cartesiana, afferma che non siamo interessati a esercizi intellettualistici di auto-consapevolezza: ciò che ci preme cogliere è piuttosto la rintracciabilità dell'essere dell'individuo attraverso l'inconscio senso di esistere.²

Cosa ci evoca questa espressione?

È qualcosa che provo a immaginare pensando a ciò che si può sperimentare perdendosi nel gioco, quando spazio, tempo e realtà vanno sfumando e svaniscono sullo sfondo, quando si alterano i contorni. Lo immagino nella capacità di fondersi regressivamente con l'altro in un rapporto sessuale, o nella possibilità di sentire di far parte del quarto movimento della sinfonia N. 5 di Mahler, o di un pezzo di Bruce Springstein. Lo immagino nella disponibilità ad attraversare circolarmente il tempo, ritrovando il “sentire” dell'infanzia, lasciando che questo traspiri nel presente, per ricondurlo indietro con lo sguardo di un'altra età; così come nella disponibilità a rischiare un gesto che nasca da un luogo remoto, spesso tenuto nascosto e isolato, della nostra persona. Lo immagino nella capacità di accogliere un'emozione che potrebbe stravolgere la nostra esperienza corporea e i nostri mondi; o di animare un luogo informe, nato dalla relazione con l'altro, lasciando che lo spazio resti incerto; o di aprirsi a ciò che è inaspettato, anche se rischia di sconvolgere quanto è acquisito, che si vorrebbe e lo si immagina lo fosse, acquisito, una volta per sempre.

L'inconscio senso di esistere è qualcosa che il bambino non può costruire solipsisticamente. È qualcosa che non possiamo dare per scontato, né acquisito una

² “(Cogito, ergo sum è diverso: *sum* qui significa che ho la *sensazione* di esistere come persona, che nella mia mente sento che la mia esistenza è stata dimostrata. Ma in questo contesto siamo interessati alla consapevolezza inconscia dello stato di esistenza, al di là degli esercizi intellettuali sulla coscienza di sé.) Non è forse vero che queste parole *Io sono* assegnate a Dio, rispecchiano il pericolo che l'individuo avverte mentre sta per raggiungere la condizione di essere individuale? Se io sono, allora ho messo insieme questo e quello, l'ho affermato come *me*, e ho ripudiato tutto il resto; ripudiando il non-me ho, per così dire, insultato il mondo, e devo aspettarmi una ritorsione” (Winnicott, 1968, p. 51).

volta per sempre, ma piuttosto sempre alla ricerca di una possibilità di esistenza e di fisiologiche oscillazioni.

Ciò che noi frequentemente incontriamo nella clinica rivela l'assenza o la distorsione di questo "inconscio senso di esistere". In che modo si riesce a vivere quando non si ha la consapevolezza inconscia di sé? Quando questo inconscio senso di esistere è caotico, precario e fittizio, in che modo viene imprigionato e mutilato il nostro stare al mondo? E non ne risulta forse colpito anche il senso di essere reale in rapporto a se stessi, agli altri, al proprio corpo, alla stessa realtà esterna?

Nella nostra clinica entriamo molto spesso in contatto con i tentativi del paziente di addomesticare e di negoziare quel qualcosa di potenzialmente traumatico che sempre è insito nell'incontro con l'altro, facendo sì che quella traumaticità non abbia luogo. Osserviamo la spinta a neutralizzare l'oggetto, a tenerlo sotto controllo, afferrarlo, immobilizzarlo; lo sforzo di rivitalizzarlo, o mantenerlo paralizzato in un limbo, né completamente dentro né completamente fuori. Il paziente è spinto a cristallizzarlo nella sua concretezza, a de-umanizzarlo, a trattarlo tirannicamente perché originariamente alienante.

Incontriamo allora l'onnipotenza fusionale, in luogo della capacità di alimentare l'illusione creativa; ci scontriamo con la concretezza del pensiero e il suo corrispettivo, cioè il fantasticare, che corrispondono ad un'area intermedia atrofizzata nella sua funzione di favorire gli scambi tra il potenziale onirico e la realtà esterna; cogliamo l'irrealtà dell'oggetto e del senso di essere reale, che segna l'impossibilità di avventurarsi alla scoperta della sopravvivenza dell'oggetto; registriamo lo sforzo di idealizzare l'oggetto per proteggerlo o per curarlo.

Tali forme di relazione e negoziazione, quindi, vengono per così dire costrette a distorcersi e a diventare invasive e totalizzanti, perdendo ogni loro spinta evolutiva, proprio in risposta ad un inconscio senso di sé continuamente minacciato dalla impensabilità di esperienze primarie non adeguate che hanno dovuto essere dissociate.

2. [Materiale clinico]

3. [...]

Il vertice che mi interessa approfondire in questo lavoro non è il significato difensivo e potenzialmente distruttivo del transfert erotizzato, né la sua funzione nel rivitalizzare e avviare una integrazione del sé.³ La situazione transferale-controtransferale caratterizzata e abitata dalle fantasie erotiche della paziente, ha rappresentato uno spazio che ha reso possibile la creazione di una *collaborazione tra*

³ Si vedano in proposito i contributi di De Masi (1988), Bolognini (1994), Squitieri (1999).

inconsci, e di un'atmosfera che ha permesso di mantenere sempre vivo il legame tra me e la paziente anche nei momenti di diffidenza, di rabbia, di disperazione.

La mia psiche ed il mio corpo hanno dovuto fare i conti con il mio disagio, imbarazzo, preoccupazione, incertezza, eccitamento, timore di un mio sfruttamento narcisistico nei suoi confronti. Sarebbe estremamente riduttivo pensare che questa situazione transferale avesse semplicemente una funzione eccitatoria antidepressiva o manipolativa. Il mio sguardo ha messo sullo sfondo il significato difensivo, distruttivo e psicotico di tali fantasie, pure presente. E ha colto invece la potenzialità evolutiva delle fantasie della paziente. Se mi è concesso un ossimoro, in questo transfert sono diventato un oggetto "fantasticamente concreto". Sono diventato cioè un oggetto che in fantasia Elena potesse trattenere, afferrare, manipolare e portare alle proprie labbra. Gradualmente sono diventato un oggetto che è lei a far apparire nei giorni in cui viene in seduta, e che è lei a rendere concretamente presente in fantasia nei giorni in cui le sedute non ci sono.

Il fantasticare sessuale di Elena su uomini che incontrava nella sua vita quotidiana aveva senza dubbio avuto fino ad allora anche una funzione antidepressiva. Ma all'interno del processo analitico queste fantasie hanno assunto funzioni del tutto diverse. Possiamo affermare che Elena facendo queste fantasie, stesse rispondendo al proprio bisogno di sperimentare un padre che non si spaventasse di fronte all'eccitamento della figlia bambina e adolescente, e che potesse accorgersi, riconoscere e valorizzare la sua femminilità. Un padre, soprattutto, che potesse uscire da un funzionamento basato sulla concretezza: quando Elena racconta che la prima cosa che faceva il padre entrando in casa era controllare le quotazioni della borsa, e che l'unica cosa che contava per lui era la sicurezza economica, cioè la sopravvivenza fisica e null'altro, sta cercando di contattare e di comunicarmi l'assenza assoluta di una dimensione psichica ed emozionale nel padre e nel rapporto che il padre ha costruito con i figli.

Sul versante materno, Elena aveva il disperato bisogno di istituirmi come una madre "viva", e lo ha fatto attraverso quel corto-circuito sensorialità-sessualità a cui ho accennato prima, come quando da bambina si accarezzava le labbra con il suo pupazzetto. Inoltre, le fantasie sessuali nella mente di Elena ripetevano ad un livello concreto e primitivo i suoi precoci tentativi di curare e rivitalizzare il suo ambiente primario, di riparare non solo lo stato depressivo dei suoi genitori, ma di restituire loro tutte le perdite e le deprivazioni da loro subite, e che i suoi genitori non sono mai riusciti ad elaborare e a trasformare dentro di sé.

In seduta non è mai entrata nel dettaglio delle sue fantasie, e ha piuttosto realizzato, in un modo primitivo, l'idea che potessimo scambiarci qualcosa che avrebbe potuto attivare la nostra vitalità. Lo ha fatto nell'unico modo, maldestro, che

sentiva di avere a disposizione. La scoperta che io potevo sopravvivere alle sue fantasie sessuali, vale a dire che non solo non tentavo di agirle, ma non mi alleavo con il suo Super-io sadico e neppure con una più o meno distorta idealizzazione della psicoanalisi (nella quale si potrebbero leggere quelle fantasie come mere resistenze), ha fatto sì che questa forma transferale diventasse uno spazio nel quale Elena potesse sperimentare qualcosa di completamente nuovo per lei. Non semplicemente un nuovo oggetto. Ma una nuova e inedita relazione oggettuale (Loewald, 1960).

Con le mie interpretazioni le proponevo sia il suo bisogno di dare a se stessa, con questo suo fantasticare, una qualche forma di eccitante vitalità, sia il riconoscimento di quanto forte dovesse essere la sofferenza che comunque scaturiva da queste fantasie. Avevo ben presente, inoltre, che con le sue fantasie tentava anche di riempire lo spazio e il vuoto intollerabili tra una seduta e l'altra, una sorta di incolmabile abisso.

Dando notizia delle sue fantasie quando tornava in seduta, mi stava chiedendo di accettare di essere usato come un suo oggetto concreto. Poi, nel corso della seduta, poteva scoprire che esistevò come persona in grado di sopravvivere al suo avermi usato in quel modo. Detto in altri termini, scopriva che non mi eccitavo, non mi infuriavo, né diventavo una statua di marmo, ma continuavo a respirare, a vivere e a pensare, anche psicoanaliticamente. Elena parlava di desiderio, usava cioè un linguaggio "da adulta", ma stava in realtà avvicinando la dimensione dei bisogni primari connessi alla situazione di dipendenza da un oggetto che se ne potesse prendere cura.

Potremmo dire, giocando, che con le sue fantasie fuori della seduta Elena era una paziente un po' freudiana (che allucina il seno assente) e un po' kleiniana (poiché annullava la separazione fantasticando qualcosa che prendeva origine da un capezzolo alla bocca). Ma, alla mia presenza, comunicandomi che nel tempo intercorso tra una seduta e l'altra aveva fatto delle fantasie su di me, diventava gradualmente una paziente un po' winnicottiana, poiché mi stava creando e al tempo stesso trovando come analista, dopo aver sperimentato la mia reazione alle sue fantasie e aver colto il mio esserci.

Penso che uno dei motivi che le ha permesso di realizzare questa trasformazione, sia stato il suo avvertire il fatto che non ho mai usato difensivamente il mio interpretare. Ho avuto per così dire fiducia fin dal primo momento nel fatto che Elena avesse bisogno di usarmi esattamente in quel modo, e che quella modalità avrebbe potuto avere per lei una spinta evolutiva e trasformativa. Questa fiducia ha

preso la forma di un “sostegno” alla embrionale capacità di Elena di sperimentare l’illusione.⁴

4. Illusione, oggetto soggettivo, fenomeni transizionali e spazio potenziale costituiscono conquiste di uno sviluppo emozionale rese possibili dalla presenza di un ambiente sufficientemente buono. Ma non possiamo utilizzarle come metafore di tutto ciò che accade nel lavoro analitico. Ciò che si muove tra analista e paziente non è, per *default*, qualcosa che ha luogo in uno spazio potenziale, così come l’analista non è di per sé un oggetto transizionale⁵. E l’esperienza analitica non è affatto un’esperienza che in automatico si fonda sulla dimensione dell’illusione. Al contrario, i nostri pazienti giungono in analisi senza poter impiegare e fare esperienza di queste capacità, e hanno bisogno che il nostro lavoro li metta in grado di costruirle e conquistarle.⁶

Nella “prima poppata teorica”, scrive Winnicott, si sviluppa nel lattante una tensione istintuale e un’aspettativa, cioè egli vive una situazione in cui è pronto a trovare qualcosa in qualche luogo, pur non sapendo cosa. Egli è pronto a creare qualcosa, e la madre, più o meno al momento giusto, gli offre il proprio seno, *sostenendo in lui la possibilità di avere l’illusione che il seno, e ciò che esso significa, sia stato creato dall’impulso che deriva dal desiderio del bambino*:

L’adattamento della madre ai bisogni del bambino, se sufficientemente buono, dà a questi *l’illusione* che esista una realtà esterna che corrisponde alla sua

⁴ Sapevo di dover avere in mente l’eventualità che fosse presente un odio inconscio ogniqualvolta la paziente sentiva che “uscivo” dalla sua area di onnipotenza.

⁵ È riduttivo vedere nell’oggetto transizionale solo la funzione di stare (quasi) per la madre e di stabilire un ponte tra il me e il non-me, e tra il dentro e il fuori. Sappiamo che esso rappresenta “l’inizio del simbolo nel tempo”, e che il bambino lo utilizza per tollerare la separazione dalla madre. Ma il suo impiego è più che una esperienza ed è molto più che un mezzo per lenire l’angoscia: è uno dei modi per iniziare a “pensare” l’assenza, ed è anche un modo per “ritrovare” e rendere possibile la presenza dell’oggetto. La funzione di ponte sta quindi nell’istituire una connessione tra la presenza e l’assenza: tra la presenza e l’assenza della madre nella realtà esterna, che sarebbe cosa inerte se a questo non corrispondesse una connessione (in via di costituzione) tra la presenza e l’assenza della madre nella mente del bambino. Una connessione che conferisce speranza e tollerabilità all’assenza, e iscrive la presenza in un movimento dialettico immerso nel fluire del tempo.

⁶ “[...] quando il gioco non è possibile allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace” (Winnicott, 1968, p. 79).

propria capacità di creare. In altre parole, vi è un sovrapporsi tra ciò che la madre fornisce e ciò che il bambino può concepire. (1951, p. 287)⁷

Il termine illusione deriva da “ludere”: giocare, scherzare, recitare, divertirsi. Ma possiede anche significati piuttosto diversi: prendersi gioco, farsi beffe, offendere, imbrogliare. In quanto termine tecnico della retorica, “illusio” indicava ironia, derisione e, nel linguaggio ecclesiastico, inganno e raggio. Breve fu il passo che nel medioevo farà del diavolo il principale artefice delle illusioni (Turner, 1988).⁸ Freud si limitò a cogliere essenzialmente l’accezione diabolica: l’illusione, nel suo modello, è ciò che è sotteso dall’appagamento di desideri inconsci e, anche se non necessariamente falsa, si avvicina alle idee deliranti. L’intera ricerca freudiana è volta, infatti, a smascherare ogni illusione e a mostrare gli autoinganni ai quali ognuno di noi ricorre nel costruire la propria personalità.

Esiste quindi una sostanziale e radicale differenza tra il concetto di illusione nel modello freudiano e in quello winnicottiano: nel primo viene enfatizzata la funzione di autoinganno e di distorsione della realtà; nel secondo, essa viene posta all’origine di un rapporto vitale con il mondo esterno e costituisce una condizione necessaria per incontrare in modo creativo la realtà. Confondere queste due diverse accezioni, sovrapporle l’una all’altra, e attribuire erroneamente a Winnicott una collusione e un invito all’autoinganno o alla distorsione della realtà, comporta un fraintendimento superficiale e fuorviante del suo modello.⁹ Lo stesso termine indica due ambiti e due funzionamenti psichici diversi, in momenti diversi dello sviluppo, con esiti diversi per l’individuo.¹⁰

Ma perché Winnicott pose tutta questa enfasi sulla necessità di un approccio creativo al mondo? Perché ritenne che fosse così essenziale e vitale che ogni individuo potesse “ricreare nuovamente il mondo”?¹¹ Fu nel Romanticismo inglese

⁷ È possibile cogliere delle assonanze con il concetto di pre-concezione, che Bion svilupperà nei primi anni Sessanta.

⁸ Un percepire erroneo generato da agenti diabolici sovranaturali.

⁹ “[...] oggi – prosegue Winnicott – pensiamo in termini di libertà interiore, di capacità di avere fiducia e fede, di attendibilità e continuità dell’oggetto, di libertà dall’autoinganno e anche di qualcosa che ha a che fare con la ricchezza piuttosto che con la povertà come qualità della realtà psichica personale” (1967c, pp. 17-8; trad. mod.).

¹⁰ Peralto, Freud riuscì a riconoscere una dimensione per certi versi winnicottiana dell’illusione, quando affermò che l’amore di transfert è illusorio e al tempo stesso è tuttavia reale (1915). Questa compresenza – che clinicamente deve essere tollerata –, segnala l’esistenza di un paradosso. Anche se questa è un’intuizione che rimase lettera morta, nel senso che Freud non riuscì ad espanderla e utilizzarla nella costruzione del suo edificio teorico e clinico, non può non colpirci che egli abbia utilizzato paradosso e illusione per descrivere e comprendere uno dei fondamentali aspetti della clinica e della tecnica psicoanalitica.

¹¹ Le ricerche in psicologia lo dimostreranno negli anni Sessanta, le neuroscienze ne daranno ulteriore conferma recentemente: il soggetto ha un ruolo attivo nel percepire la realtà. Peralto,

(Coleridge, Wordsworth) e poi negli scrittori inglesi di fine '800 (Conrad, Woolf, Lawrence), che immaginazione, soggettività e illusione assunsero una funzione di costruzione e trasformazione del mondo. E in Winnicott – che assorbì questo stile di pensiero – immaginazione, creatività e illusione non solo furono viste come un tentativo di controbilanciare un funzionamento intellettuale scisso nell'individuo, ma svolsero la funzione di precondizione necessaria per un contatto significativo e dotato di valore con il mondo, attraverso l'opportunità di negoziare e dare forma al "primo" incontro con la realtà.

L'illusione in Winnicott non è una confusa commistione di soggettività e oggettività dovuta a sistemi percettivi ancora immaturi. Essa comporta un movimento attivo verso l'oggetto, o meglio verso quel qualcosa (dal punto di vista del neonato) che potrebbe rispondere al suo stato di bisogno. Ed è di più che la semplice spinta pulsionale verso il seno: mentre per Freud l'oggetto è irrilevante o, più precisamente, contingente, per Winnicott (1960a, 1967b) risulta determinante l'apporto della soggettività dell'oggetto, cioè della madre e dell'analista. In questa accezione, nell'incontro con l'oggetto e con la realtà reso possibile dall'illusione, ciò che rileva e che contribuisce in modo decisivo allo sviluppo emozionale non è l'appagamento, bensì il contributo creativo del bambino.

L'origine di quella funzione psichica fondamentale per la vita dell'essere umano, vale a dire la capacità di entrare in rapporto con la realtà esterna e, più specificamente, *il primo incontro con l'oggetto*, acquistano senso per l'individuo e rendono possibile il suo iniziare a esistere, se e solo se si crea una *sovrapposizione* tra qualcosa che proviene dalla psiche della madre e qualcosa che proviene dalla psiche ancora *in fieri* del bambino. La madre deve avere la capacità, presentando il seno, di garantire dal punto di vista psichico una situazione nella quale il bambino possa avere la sensazione di essere stato lui a crearlo. Stiamo parlando dell'oggetto soggettivo, cioè di quella situazione nella quale il neonato crea un oggetto che è la madre a porgergli e a permettergli di trovare e, nello stesso tempo, egli può trovare un oggetto se è lui stesso a crearlo.

È opportuno tener presente la specificità e la differenza tra questo concetto e quello freudiano di identificazione primaria. Esso è altrettanto distante dalla situazione di indistinzione sé-oggetto generata da identificazioni proiettive, descritta dalla Klein (1946).

La fusione sé-oggetto non è dovuta in primo luogo allo stato di non-integrazione e/o alla mancanza di un Io strutturato, né all'incapacità di distinguere tra il me e il

ancora più illuminanti sono state per me le ricerche del filosofo N. Goodman (1978) sulle diverse versioni del mondo che ognuno di noi costruisce.

non-me. Essa è al contrario una condizione fondativa del suo sviluppo: ciò che Winnicott enfatizza è l'aspetto evolutivo-propulsivo della dimensione fusionale.

Quale significato possiamo dare a questa eccentrica e bizzarra affermazione winnicottiana per cui il seno deve essere creato per essere trovato e, contemporaneamente, perché il seno possa essere creato deve essere trovato? Andando per esclusione, possiamo affermare che non stiamo parlando di investimento libidico, né di pulsione orale. Inoltre non è in gioco la dinamica proiezione-introiezione tra bambino e oggetto parziale: "creato" non è sinonimo di "proiettato".

Differenziandosi da M. Klein, egli ipotizza la presenza di una *creatività primaria*, preesistente e indipendente dai meccanismi di introiezione e proiezione.¹²

Il suo assunto forte, come abbiamo visto, è che gli inizi della vita siano caratterizzati da uno stato di unità individuo-ambiente, cioè da una situazione di indistinzione tra il "me" e il "non-me", e di qui discende l'ipotesi che esista

un potenziale creativo e che il lattante abbia un contributo personale da portare alla prima poppata teorica. Se l'adattamento della madre è sufficientemente buono, il lattante presume che il capezzolo e il latte siano i risultati di un gesto che nasce dal bisogno, il risultato di una idea che ha cavalcato sulla cresta di un'onda di tensione istintuale. (1988, p. 127; trad. mod.)

La creazione di un oggetto soggettivo è un passaggio necessario dello sviluppo sano, ed è reso possibile da una particolare posizione della madre: è lei a garantire che il seno e le cure che prodiga siano vissute dal bambino come se fossero sotto il magico controllo del bambino stesso. È questo il fondamento della capacità di illudersi.

"Tramite la magia del desiderio – scrive Winnicott – si può dire che il lattante ha l'illusione di un potere creativo magico: tramite l'adattamento sensibile della madre l'onnipotenza diventa un dato di fatto" (1988, p. 122; trad. mod.). L'oggetto che la madre gli porge può gradualmente diventare psichicamente dotato di senso e di valore, solo se il bambino ha la sensazione di essere stato lui a crearlo. In altri termini, è un vissuto che nasce da una sorta di cooperazione democratica, all'interno di una situazione asimmetrica, e in parte inconscia, tra madre e bambino. Un dato di fatto, vale a dire *un'esperienza*, e non un appagamento allucinatorio, una fantasia onnipotente o un pensiero onnipotente.

¹² L'accento è sull'esperienza e sull'incontro tra il bisogno del bambino e il seno offerto dalla madre. Per questo motivo la creatività primaria va distinta sia dal concetto freudiano di fantasia filogenetica, che dalla prevalente concezione di oggetto interno di M. Klein, visto come qualcosa di intrinseco alla pulsione e indipendente dall'esperienza (cfr. Winnicott, 1988, pp. 126-8).

Naturalmente nell'esperienza reale non si tratta tanto di un avvenimento singolo quanto di una costruzione di memorie di eventi:

Il bambino che sperimenta l'onnipotenza sotto l'egida dell'ambiente facilitante – scrive Winnicott – *crea e ricrea l'oggetto*, finché questo processo gradualmente si insedia in modo stabile e funge da collettore di ricordi. [...] L'infante, quando è sano, crea ciò che di fatto gli sta attorno aspettando di essere scoperto. Ma, quando l'infante è sano, *l'oggetto viene creato, non scoperto*. [...] Un oggetto buono non è buono per il bambino se non è creato da lui. Devo dire, creato a partire dal bisogno? Eppure, l'oggetto deve essere scoperto per poter essere creato. (1963a, p. 233)

Ci troviamo di fronte a due paradossi alla base della concezione dell'oggetto soggettivo. Il primo consiste in una sorta di fecondo incontro, anziché una statica contrapposizione, tra percezione e allucinazione: un incontro reso possibile dalla sovrapposizione tra il desiderio infantile (ma il termine più appropriato qui è bisogno) e la dedizione materna, nel quale l'accento è sul contributo personale di entrambi.

Il secondo paradosso consiste nell'affermare che la condizione *necessaria* affinché l'individuo possa strutturare un rapporto significativo con la realtà esterna, un rapporto dal quale possa ricavare la sensazione che la vita abbia un valore, e nel quale egli possa riuscire a sentirsi reale, nel quale la cifra dominante non siano la compiacenza e l'adattamento alle aspettative dell'ambiente, è rintracciabile proprio nella possibilità di illudersi di creare il mondo. In altri termini, per poter costruire la capacità di entrare in rapporto con un oggetto obiettivamente percepito, è necessario che abbia luogo un'esperienza (ripetuta più e più volte) nella quale il bambino possa sostare e godere della massima soggettività, sperimentando la sensazione di creare il seno. L'oggetto soggettivo e le esperienze fusionali che il bambino piccolo vive nel primissimo stadio dello sviluppo emozionale costituiscono quindi le precondizioni per poter costruire il senso di essere reali e vivi, all'interno di una relazione vitale con il mondo (Fabozzi, 2024).

Che significato diamo clinicamente al concetto di oggetto soggettivo e che uso ne possiamo fare? È semplicemente una dimensione che indica l'assenza di separatezza e la fusione patologica che si riproducono nella relazione analitica?

È un fatto che i pazienti arrivino portando spesso una incapacità di sentirsi separati e confini del sé labili, incerti e sentiti facilmente violabili. Ma quanto descriviamo con l'espressione oggetto soggettivo indica una differente modalità psichica. Essa designa l'aspetto *fisiologico* dello sviluppo emozionale del neonato, e non la sua deformazione patologica. Non riusciremmo a comprendere il vertice

winnicottiano se pensassimo che l'analista debba semplicemente tollerare il funzionamento fusionale del paziente. Ciò che è in gioco è, piuttosto, la necessità che l'analista metta il paziente in grado di sperimentare una condizione di illusione nei confronti del processo analitico. Questa è una posizione della relazione paziente-analista che necessita di attenzione, o forse meglio di un *ambiente facilitante*, e che non scaturisce come un prodotto automatico del progredire della relazione analitica.¹³ Facilitazione nient'affatto semplice o lineare, e che non si poggia su tecnicismi o manipolazioni: realizzabile gradualmente, individuando qua e là tracce, spunti, accenni da raccogliere e integrare. Facilitazione, e in un certo senso costruzione, che può aver luogo soltanto se saranno la relazione tra analista e paziente e le dinamiche inconscie transferali e controtransferali a renderla possibile.¹⁴

5. Sperimentare, per Elena, l'esperienza onnipotente di "crearmi" nel momento in cui mi "trova", genera un'atmosfera che ospita diversi livelli di esperienza e diverse forme di funzionamento. Favorisce l'affiorare e l'esplorazione di rotture antiche, ferite ancora da rimarginare e precoci disastri: il racconto della madre sul dubbio se abortirla o meno; le angosce della fuga dei genitori, con il rischio di essere uccisi durante il golpe militare; le perdite subite dal padre.

Inoltre, in questa atmosfera hanno avuto luogo diverse esperienze di comunicazioni intime che, a loro volta, hanno contribuito, in una sorta di spiraleforme riverbero di processi, ad alimentare e a nutrire la dimensione di illusione di Elena.

[Materiale clinico]

Creandomi, nel momento in cui mi lascio trovare, Elena inizia a sviluppare la sensazione di avere una qualche "presa" su di me e, progressivamente, si avvicina a

¹³ Marco è in analisi 3 volte a settimana ma, come a volte capita, la continuità è una funzione della mente tutta da "conquistare". Il suo idioma è piuttosto l'interruzione della continuità, realizzato mancando a molte sedute. Al quinto anno di analisi mi dice: "Sul mio cellulare c'è 'Paolo Analisi'. L'altro giorno, quando mi ha aperto la sua collega, pensavo di non sapere il suo cognome. Poi l'ho ricordato. Ieri ho cercato su internet e ho visto le sue pubblicazioni, mi ha fatto piacere". Io: "Ha scoperto che esisto". M.: "Sì, l'ho fatta apparire, ho pensato che ora sento più mia l'analisi, che la posso guardare, e che è una cosa che faccio per me, e che dipende solo da me". Io: "Forse lei è in uno spazio in cui mi può guardare perché esisto, e al tempo stesso sente che è lei che mi fa apparire ed esistere". M.: "È proprio così". In questo caso ha potuto avere luogo l'esperienza di trovare un oggetto che è il paziente a creare. È a partire da quel "dipende solo da me", carico naturalmente anche di echi narcisistici e autarchici, che sarà possibile porre le basi per una diversa presenza del paziente.

¹⁴ È riduttivo ricondurre tale questione alle eccessivamente semplicistiche dicotomizzazioni interpretare vs. non interpretare, interpretazione transferale vs. interpretazione extra-transferale.

potermi pensare come qualcosa di assimilabile a un oggetto transizionale, come quando mi dice: “Ora lei è più reale e posso provare fastidio per il fatto che vede altri pazienti. Lei è un mio possesso”. Questo termine ci rammenta il fatto che Winnicott, subito dopo aver presentato il suo celebre lavoro del 1951, modificò la definizione di oggetto transizionale da “primo oggetto” a “primo possesso non-me” (1951). In questo momento dell’analisi di Elena l’accento non va posto sulla dimensione del controllo, ma sul suo versante evolutivo, poiché non c’è distruttività o diniego della separatezza. C’è, al contrario, la possibilità di iniziarmi a collocare all’interno di una fisiologica e necessaria “area dell’onnipotenza”. Elena sta oscillando tra l’essere in relazione con un oggetto soggettivo e l’essere in relazione con un oggetto transizionale, che porta con sé una qualche traccia di realtà, nonché la funzione di facilitare i momenti di passaggio dal dentro al fuori, dal sogno all’oggetto percepito.

6.

[Materiale clinico]

Un crollo e mille frammenti. Un sogno che ripete e ripete e ripete nella stessa notte, che mostra la perdita del suo rapporto con se stessa, e della relazione con lo spazio e con il tempo; così come realizza il non avere mai avuto un luogo dove poter tornare, né la capacità di compiere movimenti psichici. Un sogno dove viene rappresentato anche un compito impossibile: è stata costretta a pensare che da sola avrebbe potuto costruire qualcosa di psichico che può nascere invece solo grazie ad una relazione. Poi l’aborto, non quello semplicemente “nominato”, ma quello vissuto nel fine settimana, di notte, in qualche modo in relazione a me, e rivissuto poi in seduta quando si identifica con la sorella che si sporgeva fuori dalla finestra e con la donna appesa alla finestra. In queste tre sedute divento io nel transfert la persona che la fa precipitare. Quando scelgo di comunicarle che quella donna era incinta avevo in mente la duplice identificazione di Elena: con la propria madre, anch’ella “appesa”, e con la se stessa nella pancia della madre, a rischio di un aborto concreto, senz’altro oggetto di un aborto psichico.

7. In risposta a questi compiti irrealizzabili, nascere e *darsi* una psiche, Elena ha percorso due strade in un certo senso distinte e complementari. Quella di “mettersi” sotto assedio per potersi sentire integrata, o pseudo-integrata, perché di fronte a ripetuti urti traumatici in cui l’ambiente costringe a interrompere un quieto stato di

going of being, urti che obbligano a costruire organizzazioni difensive a protezione del nucleo più intimo, che sopravviverà solo ed esclusivamente in uno stato potenziale, in una sospesa attesa, per così dire, di tempi nei quali possa prendere o riprendere vita, in queste condizioni il bambino, ed Elena in questo caso, potrà sentire di essere integrato soltanto in risposta ad aggressioni e urti provenienti dall'esterno (Winnicott, 1952).

L'altra strada non è meno drammatica, è quella di ridursi ad un numero, come da qualche parte lo è ancora l'operaio alla catena di montaggio o lo è stato un prigioniero in un campo di concentramento. È la strada che la porta a tenere immobile e congelato il proprio mondo interno. È la strada della mancata personalizzazione, e della perdita del rapporto con ciò che potrebbe essere definito sé o sé potenziale.

È, soprattutto, ciò che la porta a compiere un'operazione estrema: annullare se stessa, pensando ciò che pensa che l'altro pensi, e comportandosi di conseguenza. Una costante assunzione di pensieri che non le appartengono e che non nascono autenticamente da lei e dall'esperienza del suo psiche-soma. Una continua sparizione di sé.

In conclusione, mi limito ad accennare ad alcune forme che può assumere un ambiente primario non sufficientemente buono.

L'ambiente può essere deficitario nelle funzioni di holding, handling e di object presenting, risultando imprevedibile, incostante, fraintendendo e compiendo misconoscimenti.¹⁵ Ciò per Winnicott si costituisce come trauma precoce: una pressione o un urto che costringe il bambino ad attivare una reazione e ad organizzare un complesso e raffinato sistema di difese per fronteggiare le angosce primitive, il caos e la minaccia di annichilimento.¹⁶ Il bambino costruisce un falso sé a protezione del suo sé potenziale e attua una sorta di *self-holding*, facendo le veci dell'ambiente primario.

¹⁵ L'integrazione è una conquista lenta e laboriosa, che coinvolge il corpo e la mente della madre. Il corpo del bambino richiede l'incontro con uno psiche-soma maturo ed abile in grado di compiere un lavoro di significazione e di alfabetizzazione, di preparazione all'accoglimento della psiche, di graduale istituzione del collegamento tra il corpo del bambino e la sua psiche in fieri. La scoperta della realtà esterna necessita un oggetto che sappia tollerare di non essere visto, di essere spremuto e poi gettato via come "una scorza d'arancia" (Winnicott, 1947). È a partire dal fallimento e dall'"impossibilità" di queste complesse funzioni che le angosce impensabili diventano realtà vissute (Winnicott, 1960; 1962).

¹⁶ "[...] ciò che osserviamo chiaramente è un'organizzazione volta a raggiungere l'invulnerabilità. [...] ciò che è comune a tutti i casi è l'esigenza che il bambino, l'adolescente o l'adulto non debba mai più sperimentare l'impensabile angoscia che è alle radici della malattia schizoide: un'angoscia impensabile sperimentata inizialmente al momento del fallimento dell'attendibilità ambientale, quando la personalità immatura era nello stadio di dipendenza assoluta" (Winnicott, 1967, 219-220).

Quest'ultimo non solo può impedire la costruzione di funzioni psichiche, ma può veicolare la propria impossibilità di connettere, legare, trasformare, facilitare transiti, creare spazi: perpetuerà allora la propria incapacità di sentire ed elaborare, e soprattutto una tendenza a distruggere e ad attaccare il legame, anziché a generare vissuti psichici significativi per il sé.

Infine, l'ambiente primario può debordare e invadere, cioè sovrascrivere la mente del bambino impiantando fattori ego-alieni (Winnicott, 1969). Qui la questione non è semplicemente il contatto del bambino con una madre depressa. Il compito impossibile che l'ambiente pone al bambino, gli urti capaci di impedire o gravemente ostacolare l'evoluzione dell'essere umano, sono costituiti dallo sfruttamento e dalla pretesa inconscia che il bambino (con i suoi nuclei psichici che dovrebbero diventare una psiche e che sono in uno stato non integrato) compia un lavoro psichico di elaborazione e trasformazione che la mente del genitore non è stata in grado di compiere. Viene usurpato il diritto del bambino di svilupparsi secondo i propri ritmi, i propri bisogni e, in seguito, i propri desideri.

Non poter essere e non dover essere sono due funzionamenti distinti e convergenti. Il *non poter essere* è la conseguenza delle catastrofi che hanno origine nell'incontro del bambino con l'ambiente primario. Non eravamo presenti quando la catastrofe ebbe luogo nel corso del tempo, più e più volte (M. Khan, 1963), ma vediamo le macerie che ha lasciato, e che sono state usate per costruire nuovi edifici, inevitabilmente traballanti e anch'essi pericolanti. L'individuo può riuscire ad organizzare un sistema raffinato di difese falso sé e/o può avere successo nel funzionare da protesi mentale di un genitore, una sorta di hard disk esterno. E può anche riuscire a svolgere molto bene questo compito. Ma vive una vita che non gli appartiene, che lo lascia vuoto e bidimensionale, immerso nella concretezza del vissuto, e nell'impossibilità di compiere un movimento psichico. Vediamo un'ombra, più che un essere umano.

I luoghi della mente non vanno mai perduti. Per questo motivo, in questi casi, il rischio di sprofondare nuovamente nelle angosce impensabili è sempre presente (Winnicott, 1963b): la persona rimane "*sempre sotto l'incubo di questa minaccia*", come scrive Winnicott nel brano posto ad epigrafe. È qui che, a mio avviso, la persona si muove sull'onda del "*non dover essere*". Essere, allora, non è solo impossibile a causa di funzioni psichiche che la relazione primaria non ha permesso di sviluppare. Essere, in certe situazioni, comporta un rischio per la propria vita. Se dall'involucro la persona si sposta verso il centro, rischia di riattivare le angosce impensabili dalle quali l'ambiente primario non è stato in grado di proteggerla, angosce che ha registrato e non ha sperimentato per l'im maturità del proprio Io.

Possiamo pensare, da un punto di vista tecnico, di non avvicinarci o di non toccare la minaccia di quelle angosce impensabili? Possiamo pensare che sarà sufficiente rinforzare l'Io del paziente per scongiurare un nuovo crollo? Ci arrangiamo alla meno peggio, e rispettiamo i limiti nostri e dei nostri pazienti. Eppure credo che sia necessario per noi ospitare nella nostra mente l'idea fastidiosa e perturbante che il paziente e la coppia analitica possano trovare le forze per esplorare, lenire, curare quella costante minaccia. Sapendo che il punto non è semplicemente "parlarne", ma partire da un vissuto comune.¹⁷

C'è una frase, dal significato sfuggente ed enigmatico, in cui Winnicott afferma che il trauma deve essere inglobato dal bambino "nell'area della propria onnipotenza" (1960, pp. 53-4). Ciò può aver luogo in occasione di un errore dell'analista, quando per esempio si addormenta per qualche minuto. L'idea di Winnicott è che in quel momento il paziente possa scongelare quella rabbia che nei primi mesi di vita non ha potuto provare nei confronti dell'ambiente che lo aveva traumatizzato.

Penso che sia fondamentale il potenziale evolutivo della reazione del paziente all'errore dell'analista, ma a mio avviso non è solo una questione di rabbia, poiché entrano in gioco dinamiche più complesse. Penso che oltre al bisogno di collocare il trauma nell'area della propria onnipotenza, debba aver luogo un altro processo irrinunciabile. Cioè *l'analista deve lasciarsi collocare nell'area di fisiologica onnipotenza del paziente*, diventando gradualmente per quest'ultimo un oggetto soggettivo. È qui che, con un po' di fortuna, e naturalmente non necessariamente in presenza di un transfert erotizzato, potrà prendere corpo una spirale virtuosa nel quale l'analista contribuisce a far sì che il paziente lo "crei" e lo viva come un oggetto soggettivo, esperienza che è alla base dell'essere e dell'essere creativo, e che comincerà ad alimentare la capacità di illudersi.

Ci sorprendiamo allora a cogliere un paradosso: il gesto spontaneo del vero sé è ciò che nasce dal nucleo potenziale più privato dell'essere umano, il nucleo più isolato e incomunicato (Winnicott, 1963a). Eppure quel gesto diventa creativo se e solo se c'è un analista a renderlo tale.

Elena si è permessa, nei giorni immediatamente successivi alla mia interpretazione sull'ambiente, di andare incontro a dei brevi episodi di regressione, esponendosi ad angosce che silenziosamente e sotterraneamente hanno minacciato

¹⁷ "[...] è l'inconscio del paziente che guida ed è esso solo che va ricercato. Occupandosi di una tendenza regressiva l'analista deve essere preparato a seguire il processo inconscio del paziente se non vuole assumere un atteggiamento direttivo che esulerebbe dal suo ruolo di analista" (Winnicott, 1955, p. 353).

tutta la sua vita.¹⁸ Questo è stato il suo e il nostro modo di avvicinare, esplorare, iniziare a creare un “vissuto comune” e al tempo stesso a dare rappresentabilità a quelle angosce primitive che Winnicott rintraccia nella sensazione di frammentazione e di cadere per sempre.

L’alternativa è quella di passare l’intera vita cercando di scongiurare l’estraniante sensazione di non essere, o di essere qualcosa d’altro da sé. O di essere qualcosa appartenente ad altri. Così come si può passare l’intera vita cercando di non essere.

BIBLIOGRAFIA

- Bolognini S. (1994), “Transference: Erotised, Erotic, Loving, Affectionate”, *Int. J. of Psycho-Anal.*, 73-86.
- De Masi F. (1988), “Idealizzazione ed erotizzazione nella relazione analitica”, *Rivista di Psicoanalisi*, 77-119.
- Fabozzi P. (2012). “A Silent Yet Radical Future Revolution: Winnicott’s Innovative Perspective”, *The Psychoanalytic Quarterly*, 3, 601-626.
- Fabozzi, P. (2024). *Dispiegando margini. Nei dintorni di D.W.Winnicott. E oltre*, FrancoAngeli, Milano.
- Freud S. (1938), “Risultati, idee, problemi”, Bollati Boringhieri, Torino, vol. 11.
- Goodman, N. (1978). *Vedere e costruire il mondo*. Laterza, Bari, 1988.
- Khan, M. (1963), “Il concetto di trauma cumulativo”, in *Lo spazio privato del Sé*, Bollati Boringhieri, 1979.
- Klein, M. (1946). “Note su alcuni meccanismi schizoidi”. In *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978, pp. 409-434.
- Loewald H. (1960), “On the therapeutic action of psychoanalysis”, in *Papers on Psychoanalysis*, 1980, Yale Univ. Press, New Haven and London, pp. 221-256.
- Squitieri G. (1999), “Alcune riflessioni su una possibile funzione del transfert erotizzato”, *Rivista di Psicoanalisi*, 679-696.
- Turner, J. (1988). “Wordsworth and Winnicott in the area of play”. *The International Review of Psychoanalysis*, pp. 481-498
- Winnicott D.W. (1935), “La difesa maniacale”, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1947), “Hate in the countertransference”, in *Collected Papers*,

¹⁸ “La ragione per cui il paziente non riesce ad avere sollievo è che egli ha interesse a ricordare la follia che ha sperimentato. [...] In altre parole, quella follia può essere ricordata solo se la si rivive” (Winnicott, 1965, 145).

pp. 194-203.

Winnicott D.W. (1951), "Transitional objects and transitional phenomena", in *Collected Papers*.

Winnicott D.W. (1952), "Psychoses and child care", in *Collected Papers, cit.*, pp. 219-228).

Winnicott D.W. (1955), "Clinical varieties of transference", in *Collected Papers, cit.*, pp. 295-299.

Winnicott D.W. (1959), "Niente al centro", in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano, Cortina, 1995, pp. 63-6.

Winnicott D.W. (1960), "The theory of the parent–infant relationship", in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis, 1965, pp. 37-55.

Winnicott, D.W. (1960a). "I fini del trattamento psicoanalitico". In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970, pp. 213-218.

Winnicott D.W. (1962), "Ego integration in child development", in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, London, pp. 56-63.

Winnicott (1963), "Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi", in *Sviluppo affettivo, cit.*

Winnicott D.W. (1963a), "Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites", in *The Maturation Processes, cit.*, pp. 179-192.

Winnicott D.W. (1963b). "Fear of breakdown", in *Psycho-Analytic Explorations*, London, Karnac Books, 1989, 87-95.

Winnicott D.W. (1965), "Psicologia della follia: un contributo dalla psicoanalisi", in *Esplorazioni psicoanalitiche*, pp. 139-149.

Winnicott D.W. (1965a), "Il concetto di trauma in relazione allo sviluppo dell'individuo all'interno della famiglia", in *Esplorazioni psicoanalitiche*, pp. 150-68.

Winnicott D.W. (1967), "Confronto tra il concetto di regressione clinica e il concetto di organizzazione difensiva", in *Esplorazioni psicoanalitiche*, pp. 215-21.

Winnicott D.W. (1967a), "The concept of a healthy individual", in *Home is Where we Start From, cit.*, pp. 22-38.

Winnicott, D.W. (1967b). "La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile". In *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974, pp. 189-200.

Winnicott D.W. (1968b), "Sum, io sono", in *Dal luogo, op. cit.*, pp. 49-60 ("Sum, I am", in *Home is Where we Start From*, London, Penguin, 1986, pp. 55-64).

Winnicott D.W. (1969) "Mother's madness appearing in the clinical material as an egoalien factor", in *Psycho-Analytic Explorations*.

Winnicott D.W. (1988), *Human Nature*, Free Association Books, London.

